



ECH

Journal

of environmental and community health

VOL.8 NO.2 May - August 2023

**วารสาร
อนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน**

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2566

ISSN : 2672-9717

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกผักและพืชสวนในตำบลบ้านกลาง อำเภอมือง จังหวัดนครพนม	1
ธงชัย อามาตย์บัณฑิต	
ตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬ ในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	14
กฤษณพงษ์ ชุมพล ,ไพศาล ไกรรัตน์ ,สิริรัตน์ รัตนานพวงศ์	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	26
จิรัชยา ประสพปัญญา	
การประเมินผลการจัดระบบบริการแบบ Home ward ในการดูแลผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 อำเภอหนองจิก จังหวัดอุบลราชธานี	33
จิระศักดิ์ กิ้วยานนท์	
ผลของการสร้างคุณค่าในตัวเองร่วมกับการเสริมพลังในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลปางมะผ้า อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน	43
ธนวัฒน์ คงธรรม	
คุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า	54
ปองเดช กวินปัทย์ ,นันทิรา วรกาญจนบุญ	
การปรับตัวระยะหลังการระบาดของ COVID - 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์	63
พินัย สายเชื้อ ,ณัฐชนันท์ กมลฤกษ์	
ปัจจัยทำนายการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชนอำเภอขุนซึ้ง จังหวัดศรีสะเกษ	75
สุพัฒน์ ในทอง ,อารี บุตรสอน	
ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยการสวดมนต์อามะโรรังกา จังหวัดกาฬสินธุ์	88
รัศมี ลือฉาย	
การพัฒนานวัตกรรม Cath locker ในการดูแลผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลัง	100
จิณห์นิภา บุญญานุวัตร	
การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง ตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี	109
สุภาภรณ์ สุภาวงศ์ *,กิตติ เหลาสุภาพ	
ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดขอนแก่น ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19	119
สุภาภรณ์ ศรีสุพรรณ ,บังอร กล้าสุวรรณ ,ปาริชาติ งามนตรี ,กรวิภา ภาคภูมิ ,พรณณา แมตสถาน ,ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล	
การสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	131
แสงจันทร์ พลลาภ ,ประภัศร ดลवास	
การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่	139
คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลน้ำโสม	
หนูกาญจน์ แผงเมืองคุก	
การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน	150
กัทธ ดานา ,แจ่มจันทร์ เทศสิงห์	
ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกจากโรงพยาบาลน้ำโสม	160
เพ็ญลักษณ์ ธรรมแสง	
การดูแลผู้ป่วย Trigeminal neuralgia โดยใช้การแพทย์โฮมีโอพาธี: กรณีศึกษา	169
ชัญญา ชีระโชติ	
การพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวอำเภอแม่ลาน	175
จังหวัดปัตตานี	
อรัญญา ฤทธิเดช , อุบล วรรณกิจ ,อสุณี สาแลมะ ,อาอีเสาะ สาแลมะ	
การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์	185
อรุณี พัวโสพิศ	

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์เพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี	195
อิน วังษเคน	
การพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด	205
วรณัฐ บุญสอน	
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย	212
กมลทิพย์ กำจกรเมฆกุล	
รูปแบบการพัฒนาร้านยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรเทาอาการที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือควบคุมพิเศษ (ข.ย.2) สู่มาตรฐานวิธีปฏิบัติเภสัชกรรมชุมชน (GPP) จังหวัดร้อยเอ็ด	222
ดารณี ชิตทรงสวัสดิ์	
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง	228
ลลิก โหระฤทธิ์ , ฤภากร จิตรจักษ์	
ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร	240
ปิยะนันท์ ศรีทิน	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลคำมั่ง : กรณีศึกษา 2 ราย	250
ประทุมมาศ ไชยสุนทร	
การพัฒนาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกายเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3	260
คุณรัตน์ เดโฝเซ , ณัฐรญา เนตรภักดิ์ , อิน วังษเคน , หนูกาญจน์ แผงเมืองคุก	
กรณีศึกษา การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเริ่มกับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	269
ทัตธญา สุนทราเมธากร	
ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช	278
ณัฐพงษ์ สุวรรณศิริโชค	
การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอตอนตาล จังหวัดมุกดาหาร กรณีศึกษา บ้านนาทม - ห้วยทราย ตำบลป่าไร่ อำเภอตอนตาล จังหวัดมุกดาหาร .	286
โกศล เจริญศรี	
ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง	297
อัญชิสา ช่วยมี , นันทยา เสนีย์	
ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อปรับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม	306
ประมวณ พลขำนิ	
ผลการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉวยโอกาสวัณโรค โรงพยาบาลศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ	318
กฤษณพงษ์ ชุมพล , ไพศาล ไกรรัตน์ , ฐิตารีย์ สร้อยศรี	
การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลหนองหาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะแบง อำเภอหนองหาน จ.อุดรธานี	327
วลัยพร รุ่งเรือง , รจนา วรวิทย์ศรางกูร , อรุณา จันธานี	
ผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566	337
จุฬาลักษณ์ สิ้นสุเขต	
การพัฒนาการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ .	346
สุรพงษ์ ลักขวู	

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดคลอดครั้งแรก ก่อนให้การระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังของวิสัญญีพยาบาล	358
อุไรรักษ์ ผาษา ,อินทิรา ภูสง่า ,รัตนา มั่นคง	
การพัฒนาระบบบริการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ใหม่ คลินิกหู คอ จมูก	370
ลัดดาวัลย์ สุทวา	
การศึกษาผลการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ้มเลือด (Streptokinase: SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซฟิสัย จังหวัดบึงกาฬ	378
สุรพงษ์ ลักขุธ	
ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี	388
รุ่งทิพา กุลธรรมประทับ	
การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือด ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา	397
รัตนา มั่นคง ,อุไรรักษ์ ผาษา ,อินทิรา ภูสง่า	
การพัฒนารูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงด้วยกระบวนการดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลอุบลรัตน์	409
พวงเพชร จันทบุรีบุตร	
การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน	420
คณรัตน์ เดโฬเชษฐ์	
การเปรียบเทียบผลการผ่าตัดได้เลื่อนที่ขาหนีบ ระหว่างผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลพัฒนานิคม	429
วรกร คำน้อย	
การพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาสำหรับพยาบาลตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จ.สกลนคร	435
พาฝัน หงษ์เตาปูน ,สุมาลีนี้ ชุ่มชื่น	
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน	450
อินทิรา ภูสง่า ,รัตนา มั่นคง ,อุไรรักษ์ ผาษา	
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต	460
อริญญา ศรีหาวงษ์	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา	471
ละมุลเพชร ประคำ	
การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงและได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่บ้าน : กรณีศึกษา	480
กัลยาณี สุขสุเมฆ	
ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความพร้อมของญาติผู้ดูแล โรงพยาบาลเขาวง	489
วิชชุณี ละม้ายศรี	
กระบวนการจัดการ Covid -19 ในโรงงาน ไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์)	500
สุวัจน์ บุญยืน	
การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนความรู้และทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเขาวง	509
ยุวดี คาคีวี ,วิชชุณี ละม้ายศรี ,อติสร อุดรทักษ์	
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงรุกบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชน	521
ธัญญลักษณ์ ไชยสุข มอลเลอร์พร ,กานดา ศรีโพธิ์ชัย ,ณัฏฐพร ยี่วาศรี	
การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย อ.เขาวง จ.กาฬสินธุ์	532
อติสร อุดรทักษ์ ,สุลาวัลย์ วรรณโคตร ,วิชชุณี ละม้ายศรี ,ธัญญลักษณ์ ไชยสุข มอลเลอร์พร	

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์	545
วรรณวิมล ทุมมี	
การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครอง ในการปรับทัศนคติของวัยรุ่นหญิง เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวันอันควร อำเภอโพธารักษ์ จังหวัดนครพนม	553
พัชรพร วรรณสุ	
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a โรงพยาบาลโพธารักษ์ จังหวัดนครพนม	563
พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์	
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนต่อเนื่องที่บ้าน : กรณีศึกษา 2 ราย	574
อุดม วงศ์แสน	
การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช	582
มารยาท รัตนประทีป ,วันดี ยิ้มย่อง	
การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง โดย Sepsis Alert Team ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดมหาสารคาม	594
ศิริมา วิริยะ ,กาญจนา จันทะนุญ ,พชรวรรณ คูสกุลรัตน์	
การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน อำเภอประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี	607
ฐานันท์ สิงห์ไพบูลย์พร ,รักษนก ภูตระกูล	
การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก	615
สุวัจน์ บุญเย็น	
ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์	627
ณัฐวดี สุภิตาภรณ์	
การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้วิถีใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง ตำบลดอนสมบุรณ์ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์	634
เต็มใจ แก้วรักษา	
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม	648
จินตนา ภาวะดี	
รูปแบบการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนอำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม .	660
อัญชลี แก้วไชย	
การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาเสพติดแอมเฟตามีน : กรณีศึกษา	670
สายชล ขุนหล้า	
ผลของการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกหอมแดง	677
สมหญิง สิงห์ทอง ,สมศักดิ์ อินทมาต	
การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการบริโภคข้าวเหนียวพันธุ์ กข 6 บริเวณรอบแหล่งฝังกลบมูลฝอยเทศบาล	687
สมศักดิ์ อินทมาต ,ดาวประกาย หนูงาม ,วิศรา รักษาภักดี ,ลำไย ณีรัตนพันธ์	
การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน	696
ราตรี มนต์ศิลา และสุกัลยา ดาษตัน	
การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน จังหวัดนครพนม	707
พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์ ,แสงอุษา ทัศนคร	
การพัฒนารูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านขามป้อม หมู่ 4,12 ตำบลข้าวเรียง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดขอนแก่น	718
วรรณกร ตาบ้านดู่ ,นพพร การถัก ,เกื้อกุล เพ็ชรสันหัต	

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 22 (ปีที่ 8 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน พฤษภาคม – สิงหาคม 2566 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ประสิทธิภาพการดำเนินงานคณะกรรมการโรคติดต่อ การปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จัดระบบบริการแบบ Home ward ในการดูแลผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 การเสริมพลังในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพศิลปะ การแต่งหน้า การปรับตัวระยะหลังการระบาดของ COVID - 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชน การจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยการสวนมนต์ นวัตกรรม Cath locker ในการดูแลผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลัง การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง การเสริมสร้างสมรรถนะด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระฉก การแพทย์โฮมีโอพาธี การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว การให้ข้อมูลก่อนและหลังในหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ต้องได้รับการผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด การเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจ ภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร่วมกับมีหัวใจล้มเหลว การพัฒนาร้านยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสำเร็จที่ไม่ใช่ยาอันตราย การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะฟื้นฟูสภาพ แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกายเพื่อชะลอเสื่อม ทฤษฎีของโอเร็มกับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง การดูแลสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาล การเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉวยโอกาสสัณโรค การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวาน ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพ การระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ระบบบริการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase: SK) การควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือด ระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวาน การแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase: SK) การควบคุมระดับความดันโลหิต ภาวะติดเชื้อกระแสเลือด การจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวของผู้สูงอายุ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกผักและพืชสวนในตำบลบ้านกลาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

(Factors affecting safety behavior of pesticides using in growing vegetables and horticulture farmers in Banklang sub-district, Muang District Nakhon Phanom Province)

(Received: August 8, 2023 ; Revised: August 19, 2023 ; Accepted: August 22, 2023)

ธงชัย อามาตย์บัณฑิต¹

Thongchai Armartpundit¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกผักและพืชสวน ออกแบบวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ อาสาสมัครร่วมวิจัย 208 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาเป็นจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์โดยวิธี step-wised multiple linear regression และการประมาณช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.8 สถานภาพสมรสร้อยละ 82.7 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาร้อยละ 66.8 มีพฤติกรรมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีในระดับดีแต่มีพฤติกรรมเสี่ยงจากการสวมหมวกไม่หรือใช้ผ้าขาวม้าปิดปากปิดจมูกในขณะฉีดพ่น ผสมหรือใช้สารเคมีในระดับสูงร้อยละ 90 และพบว่าตัวแปรศึกษาร่วมกันทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยได้ร้อยละ 58.4 โดยการรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองเป็นตัวแปรที่ดีที่สุดโมเดล รองลงมาได้แก่ การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม ดังนั้นควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสวมหมวกไม่และส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีในเกษตรกรในระยะเร่งด่วนผ่านการพัฒนาการรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองและสร้างบรรทัดฐานกลุ่ม ส่วนในระยะยาวควรสร้างการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมความปลอดภัยเพื่อส่งเสริมการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่ปลอดภัยอย่างยั่งยืนในพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ: การใช้สารเคมีทางการเกษตร พฤติกรรมความปลอดภัย

ABSTRACT

The purpose of this research was to study the factors affecting the safety behaviors in the pesticides using of vegetable and horticultural farmers. A cross-sectional analytical research design was employed with 208 volunteers participated in the research by simple random sampling. Data were analyzed by descriptive statistics of numbers and percentages, mean and standard deviation. The statistics were analyzed by step-wised multiple linear regression analysis and 95% confidence interval estimation at 0.05 significant level.

Results showed that most of samples were female 68.8%, marital status was 82.7%, the primary education level was 66.8%. The good level of safety behavior from the use of chemicals, but risky behavior from wearing a balaclava or using a loincloth to cover the mouth and nose while spraying, mixing, or using chemicals at a high level by accounting for 90% and found that the co-study variable predicted safety behavior by accounting for 58.4%, the best predictor was perceived behavioral control and following additional predictor was subjective norm. Therefore, the behavior of wearing the balaclava should be changed and the promotion of chemical safety behavior among farmers in the urgent period through increasing perceived behavioral control and encouraging subjective norm. In the long term, learning to changing attitude should be created to enhancement safety behaviors into sustainable for agricultural chemicals safety use in the area later.

Keywords: agricultural chemical use, safety behavior

¹ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

บทนำ

เกษตรกรรมเป็นหนึ่งในอาชีพหนึ่งที่สำคัญสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมแก่ประชากรโลกมาอย่างยาวนาน ประชากรโลกกว่าร้อยละ 26 ประกอบอาชีพภาคเกษตรกรรม¹ ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศสังคมเกษตรกรรมประชาชนไทยกว่า 9,368,245 คน หรือร้อยละ 30 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ในจำนวนนี้มีเกษตรกรกว่า 4,900,875 คนหรือร้อยละ 52.3 ของเกษตรกรปลูกพืชเป็นหลัก² จากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำเกษตรกรรมสมัยใหม่ที่ต้องการผลผลิตที่สวยงามและเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจึงเป็นทางเลือกหลักที่เกษตรกรนำมาใช้ในกระบวนการผลิตพืชผักจากสถิติการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากปี พ.ศ. 2561 จำนวน 150,974.6 กิโลกรัม เพิ่มขึ้นเป็น 153,612.9 กิโลกรัมในปี พ.ศ.2562 และ เพิ่มขึ้นเป็น 171,306.17 กิโลกรัมในปี พ.ศ.2563³ โดยสัดส่วนการใช้ของเกษตรกร ใช้เพื่อกำจัดวัชพืชร้อยละ 50-60 ใช้กำจัดแมลงศัตรูพืชร้อยละ 20-30 และใช้กำจัดเชื้อราร้อยละ 10-20 การใช้จะอยู่ในรูปฉีด พ่นและหว่านลงในดินในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ 0.1 ของสารเคมีที่ใช้เท่านั้นที่มีผลต่อการทำลายศัตรูพืชตามเป้าหมาย ส่วนที่เหลือจะตกค้างปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมและผลผลิตทางการเกษตร⁴ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสร้างผลกระทบทางสุขภาพต่อผู้บริโภคในวงกว้าง ยิ่งกว่านั้นการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในแปลงเกษตรของเกษตรกรยังก่อให้เกิดการรับสารเคมีและเกิดปัญหาสุขภาพของเกษตรกรโดยตรงทั้งจากพิษของสารเคมีในระยะเฉียบพลัน การสะสมสารพิษในระยะยาวและการบาดเจ็บจากการสัมผัสโดยตรงหรือทางอ้อม ซึ่งจะปรากฏอาการหลากหลาย เช่น อาการผื่นแพ้จากการสัมผัสผิวหนัง ไข้ จนถึงอาการวิงเวียน คลื่นไส้อาเจียน ชัก หมดสติและเสียชีวิตได้⁵ ยิ่งกว่านั้นการสัมผัสและได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระยะยาวมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็ง เช่น จากการสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญระหว่างการใช้สารเคมีกับอุบัติการณ์มะเร็งชนิดเป็น

ก้อน (Solid tumor) โดยเฉพาะอย่างยิ่งมะเร็งสมอง มะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งที่ไต⁶ สอดคล้องกับรายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของอลาวันจาและบอนเนอร์ที่พบความสัมพันธ์จากการทบทวนผลงานวิจัยทางระบาดวิทยาระหว่างการสัมผัสสารเคมีกับการเกิดโรคมะเร็ง⁷ ดังนั้นการใช้และสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืชโดยไม่มีการป้องกันจึงเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ทั้งต่อตัวเกษตรกรผู้ปลูกพืชผักเอง ผู้บริโภคผลผลิตและยังตกค้าง ปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม ดิน แหล่งน้ำ อากาศสร้างผลกระทบต่อสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและสังคมโดยรวมในระยะยาว

ในประเทศไทยมีเกษตรกรกว่าครึ่งหนึ่งปลูกพืชผัก ทั้งนี้พืชผักเป็นอาหารหลักที่มีคุณประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต ผักมีผลดีในเชิงป้องกันโรค มีทั้งสารอาหารที่สำคัญต่อกระบวนการเผาผลาญในร่างกายประเภทวิตามินและแร่ธาตุที่สำคัญช่วยซ่อมแซมและฟื้นฟูร่างกาย สารให้พลังงานดูดซึมเข้าเส้นใยและกากอาหารจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินชีวิต⁸ ดังนั้นประชาชนทั่วไปจึงปลูกพืชผักไว้บริโภคในครอบครัว อย่างไรก็ตามพืชผักเป็นผลผลิตทางการเกษตรที่มีความต้องการของตลาดสมัยใหม่ทั้งภายในและนอกประเทศในระดับสูงจึงกลายเป็นพืชเศรษฐกิจสำคัญชนิดหนึ่งที่มีผลตอบแทนสูง ดังนั้นประเทศไทยจึงมีการส่งออกผลผลิตทางการเกษตรในรูปผัก ผลไม้สดและแช่แข็งจำนวนมากโดยในปี พ.ศ.2562 มีการส่งออกจำนวน 163,612 ตัน รวมมูลค่ากว่า 193.58 ล้านบาทสหรัฐและมีแนวโน้มมากขึ้นในอนาคต⁹ นอกจากนั้นผักยังถูกผลักดันให้เป็นหนึ่งในสินค้าเกษตรที่มีการส่งออกอย่างแพร่หลายในแถบประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้¹⁰ ความต้องการดังกล่าวเป็นปัจจัยเร่งให้เกษตรกรใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทางการเกษตรเพิ่มมากขึ้นร่วมกับปัจจัยด้านการปลูกในปริมาณมาก ความต้องการเพิ่มรายได้ของฟาร์ม การปลูกโดยใช้เครื่องจักรการเกษตร การมีแหล่งรับซื้อปริมาณมากจากนอกชุมชนและการเข้าถึงแหล่งเคมีเกษตร¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีนที่พบว่าการทำ

การเกษตรมีอยู่กระจุกกระจายทั่วประเทศและตลาดมีความไม่ต่อเนื่องจึงยากที่จะควบคุมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรได้ยากและถ้าไม่มีความต้องการด้านตลาดผักเกษตรอินทรีย์ปริมาณมากและต่อเนื่อง เกษตรกรก็จะไม่ผลิตพืชผักเชิงเกษตรอินทรีย์¹² และถ้ามีแหล่งซื้อจากภายนอกชุมชนที่ต้องการผักปริมาณมากก็ยากที่จะควบคุมไม่ให้ใช้สารเคมีอย่างเป็นระบบได้¹³ สอดคล้องกับผลการศึกษาการเลือกซื้อผักออแกนิกอยู่ในระดับปานกลางเช่น ผลการศึกษาในกรุงเทพมหานครพบว่าทัศนคติของผู้บริโภคทั่วไปต้องการซื้อผักออแกนิกในระดับปานกลางเท่านั้น¹⁴ ซึ่งผลทำให้เกษตรกรผู้ปลูกผักยังคงใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการปลูกพืชผักต่อไปและก่อผลกระทบทางสุขภาพอย่างต่อเนื่องดังผลการสำรวจโดยกรมควบคุมโรคในกลุ่มเกษตรกรไทยที่ใช้สารเคมีทางการเกษตรพบว่ามีจำนวนมากถึง 1 ใน 4 หรือร้อยละ 25.6 ของเกษตรกรใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในแปลงเกษตร ในจำนวนนี้เกิดอาการผิดปกติเช่น มือสั่น เหนื่อย 12,554 คน ชาตามปลายมือปลายเท้า 79,645 คน ผื่นหนังอักเสบ 22,569 คน แน่นหน้า 1,132 คน มะเร็งเม็ดเลือดขาว 370 คน¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาความชุกการเกิดพิษในกลุ่มเกษตรกรในจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พบว่าแนวโน้มความชุกการเกิดพิษของสารเคมีในการเกษตรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นระหว่าง พ.ศ.2555-2559 จาก 3.15 ต่อแสนประชากร เป็น 18.9, 32.5 และ 44.4 ต่อแสนประชากรตามลำดับ¹⁶ โดยสาเหตุมาจากพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีทางการเกษตรยังไม่เหมาะสม เช่น การศึกษาในจังหวัดเลยพบว่าเกษตรกรมีพฤติกรรมเหมาะสมในระดับปานกลางเท่านั้น (ร้อยละ 78.8) และตรวจพบร่องรอยของสารเคมีทางการเกษตรตกค้างในเลือกในระดับไม่ปลอดภัยถึงร้อยละ 58.2 อยู่ในระดับเสี่ยงร้อยละ 27.5 มีระดับปกติและไม่ปลอดภัยเพียงร้อยละ 14.3 เท่านั้น¹⁷ ดังนั้นการพัฒนาพฤติกรรมการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัยให้อยู่ในระดับสูง อย่างเข้มข้นจึงเป็นความจำเป็นเพื่อเป้าหมายลดผลกระทบทางสุขภาพ

ในเกษตรกร ผู้บริโภครวมทั้งลดผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมลงให้ได้ในระดับต่ำสุด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรยังขาดประสิทธิภาพเท่าที่ควรทั้งนี้เนื่องจากการจัดกิจกรรมยังคงเน้นการอบรมให้ความรู้ การณรงค์เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยเป็นหลัก ยังขาดการนำผลการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์วิจัยมาสนับสนุนการออกแบบกิจกรรมแทรกแซงเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยให้สอดคล้องและตรงสาเหตุอย่างแท้จริงซึ่งจะเกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพอย่างยั่งยืนได้เนื่องจากพฤติกรรมการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัยเป็นพฤติกรรมสุขภาพซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าทฤษฎีที่มีประสิทธิภาพในการอธิบายพฤติกรรมได้แม่มากที่สุดทฤษฎีหนึ่งคือทฤษฎีทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนซึ่งเป็นกรอบทฤษฎีที่อธิบายปัจจัยทางจิตวิทยาภายในตัวบุคคล¹⁸⁻¹⁹ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมบุคคลไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal factors) เพียงอย่างเดียวยังขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนจากบุคคลภายนอก (Interpersonal factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมด้วย (Social and environment factors)²⁰ จากการทบทวนวรรณกรรมพอสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีทางการเกษตรดังนี้ 1) ทัศนคติมีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมี เช่นการศึกษาในชาวนาในจังหวัดนครสวรรค์พบว่าทัศนคติทำนายพฤติกรรมการใช้สารเคมีที่เหมาะสม 48.6 เท่าของผู้ที่มีทัศนคติไม่เหมาะสม²¹ สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าทัศนคติมีเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ชุดป้องกันขณะใช้สารเคมีในเกษตรกร²²⁻²³ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มชาวนาในจังหวัดสุพรรณบุรี²⁴ สอดคล้องกับการวิจัยกึ่งทดลองที่เพิ่มความตระหนักในเกษตรกรสามารถเพิ่มการปฏิบัติพฤติกรรมความปลอดภัยในเกษตรกรมากขึ้น²⁵ 2) การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม²² รวมทั้งการรับรู้วัฒนธรรมทางสังคม²⁶ 3) การรับรู้การ

กำกับพฤติกรรมตนเองและนิสัย (Habit)²⁷ 4) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยได้รับจากกลุ่มเพื่อนเกษตรกร²⁸ 5) การรับรู้ปัจจัยเอื้อทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น การได้รับการอบรมในชุมชน²⁸ การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม²⁵ ดังนั้นถ้านำกรอบแนวคิดนี้มาศึกษาเพื่ออธิบายพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรน่าจะมีความชัดเจนและได้ข้อมูลเชิงประจักษ์อันจะนำไปสู่การวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยที่ได้ผลและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ตำบลบ้านกลาง อำเภอมือง จังหวัดนครพนม เป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีการปลูกพืชผักสวนครัวทั้งเป็นอาชีพหลักและอาชีพเสริมในช่วงว่างเว้นจากฤดูทำนาครอบคลุม 13 หมู่บ้าน ทั้งตำบลมีประชากร 8,484 คน ปลูกผักและพืชสวนถึง 4,736 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 90 ของประชากรวัยแรงงาน เนื่องจากตำบลบ้านกลางตั้งอยู่ริมฝั่งแม่น้ำโขงและมีที่ดอนสลับกับทุ่งนามีสถานีสูบน้ำด้วยไฟฟ้าจำนวน 4 แห่ง มีหนองบึงจำนวน 4 แห่งในช่วงหลังทำนาจะมีพ่อค้าคนกลางจากนอกพื้นที่มาส่งเสริมและทำสัญญากับเกษตรกรเพื่อให้ปลูกพืชผักและรับซื้อไปขายในพื้นที่อื่นและมีส่วนนำไปขายในตลาดในชุมชน ดังนั้นเกษตรกรจึงมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างแพร่หลายภายในชุมชนมีร้านขายเคมีเกษตรจำนวน 6 ร้าน จากการตรวจเลือดเพื่อประเมินร่องรอยของการปนเปื้อนสารเคมีในเลือดโดยการตรวจเอนไซม์โคลิเนสเทอเรส (Cholinesterase enzyme) จากการสุ่มตรวจจำนวน 100 คน พบความผิดปกติถึงร้อยละ 80.6 และอยู่ในระดับอันตรายถึงร้อยละ 23²⁹ ที่ผ่านมามีการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัยในรูปการอบรมให้ความรู้ การณรงค์ซึ่งขาดประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงในเกษตรกร ทั้งนี้ยังขาดการวิจัยเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมความปลอดภัยและปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมความปลอดภัยเหล่านั้นให้เกิดความชัดเจนอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ เพราะถ้าทราบสาเหตุแล้วจะสามารถนำมาวางแผนกำหนดมาตรการและวางแผนงาน โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความปลอดภัยได้

อย่างแม่นยำและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพเกษตรกรในตำบลบ้านกลางจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรปลูกผักในตำบลบ้านกลาง อำเภอมือง จังหวัดนครพนมเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ตามเป้าประสงค์ดังที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งจะเกิดประโยชน์ในระยะยาวต่อสุขภาพเกษตรกรในตำบลบ้านกลาง เกิดประโยชน์ต่อผู้บริโภคพืชผักจากตำบลบ้านกลางและลดผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรผู้ปลูกผักและพืชสวนในเขตอำเภอมือง จังหวัดนครพนม

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (A Cross-sectional analytic study)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ เกษตรกรผู้ปลูกผักและพืชสวนในตำบลบ้านกลาง อำเภอมือง จังหวัดนครพนม อายุระหว่าง 25-65 ปี อาศัยต่อเนื่องในพื้นที่ต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี (ในปีงบประมาณ 2566) จำนวน 4,736 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าศึกษาได้แก่ อายุ 25-65 ปี ในตำบลบ้านกลาง อำเภอมือง จังหวัดนครพนมช่วยเหลือตนเองได้ อ่าน เขียน เข้าใจภาษาไทยสามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สมครใจและยินยอมเข้าร่วมวิจัย ขนาดตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณเพื่อประมาณความแม่นยำในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Accuracy Parameter Estimated: AIPE) ในการวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยเชิงเส้น³⁰ โดยมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$N_M = \left(\frac{Z_{(1-\alpha)/2}}{w} \right) \left(\frac{1-R^2}{1-R_{XXj}^2} \right) \left(\frac{\chi_{(1-\gamma; N-1)}^2}{N-p-1} \right) + p + 1$$

โดยที่:

N_M = จำนวนของตัวอย่าง

N = 50% ของโอกาสที่จะได้ 95% CI ของ R^2 น้อยกว่า 0.1

P = จำนวนของตัวแปรทำนายใน full model (กำหนดให้ 5 predictors)

α = ระดับจุดตัดสินใจสำหรับทดสอบช่วงเชื่อมั่น (0.05)

w = ครึ่งหนึ่งของช่วงเชื่อมั่นของตัวแปรทำนายหลัก

R^2 = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์การวิเคราะห์ถดถอยสำหรับ Full model ซึ่งได้จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันสารเคมีในเกษตรกรในประเทศไทย²⁷ ที่พบว่าพฤติกรรมเดิม (Habit) ที่เคยอุปกรณ์อยู่แล้วสามารถทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันสารเคมีเมื่อทำการใช้สารเคมีในแปลงเกษตรของเกษตรกรได้ร้อยละ 24.8 ($R^2_{\text{adjusted}} = 0.248$)

R^2_{x-xj} = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรต้นหลักกับตัวแปรต้นอื่นๆ (= 0.30)

$\chi^2_{(1-\gamma; N-1)}$ = ค่าไคสแคว ของการกระจายแบบ ไค-สแคว (กำหนดให้ 0.8)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณในฟังก์ชัน AIPSE ของโปรแกรม STATA version 11 ได้ขนาดตัวอย่างสำหรับ โมเดลการทำนายของปัจจัยศึกษาต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกผักและพืชสวนในตำบลบ้านกลาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนมจากตัวแปรทำนายทั้งหมด 5 ตัวแปร ได้ขนาดตัวอย่าง 199 ตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนเพื่อป้องกันการสูญหายจำนวนร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่ต้องการจำนวน 218 ตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้กรอบประชากรอายุ 25-65 ปี ในปีงบประมาณ

2566 จำนวน 4,736 คน เก็บข้อมูลตามขนาดตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างดังที่กล่าวมาข้างต้น สุ่มตัวอย่างตามตามสัดส่วนประชากรในแต่ละหมู่บ้าน (Proportion to size) จำนวน 13 หมู่บ้าน และสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ตามสัดส่วนตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านโดยการจับสลากและเก็บข้อมูลตามตัวอย่างที่ถูกจับสลากได้จนกว่าจะครบตามจำนวน ในกรณีที่ไม่สามารถเก็บข้อมูลในตัวอย่างที่จับสลากได้จะเลื่อนไปเก็บข้อมูลในตัวอย่างในกรอบครัวถัดไปจนกว่าจะได้ตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามชนิดถามตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อคำถามด้านข้อมูล ประชากร เศรษฐกิจ และสังคม (Socio-demographic characteristics) ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก จำนวนสมาชิกในครัวเรือน รายได้รวม สถานะทางเศรษฐกิจ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ น้ำหนักส่วนสูง ชนิดของพืชผักที่ปลูก สถานที่ขายผลผลิต ปัญหาในการปลูกพืชผัก กระบวนการปลูก ชนิดสารเคมีที่ใช้ รวม 17 ข้อ ครอบคลุมประเด็นดังกล่าว

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามประเมินทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 10 ข้อ พัฒนาตามแนวทางการประเมินทัศนคติของเอเจนซี่³¹ ปรับข้อคำถามให้เข้ากับแนวทางพฤติกรรมการณ์ใช้อุปกรณ์และการปฏิบัติในการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างปลอดภัยตามแนวทางของ Ratana Sapbanrer and Ajchamon Thammachai²² และ Badea และคณะ²⁶ เกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ช่วงคะแนน (5 Rating scale)

ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามประเมินการรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มในการปฏิบัติพฤติกรรมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 10 ข้อ พัฒนาตามแนวทางการประเมินการรับรู้บรรทัด

ฐานกลุ่มของ Ajzen (1991) ปรับข้อคำถามให้เข้ากับแนวทางพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์และการปฏิบัติในการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างปลอดภัยตามแนวทางของ Ratana Sapbanrer and Ajchamon Thammachai²² และ Badea และคณะ²⁶ เกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ช่วง (5 Rating scale)

ส่วนที่ 4 เป็นข้อคำถามประเมินการรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 10 ข้อ พัฒนามาตามแนวทางการประเมินการรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มของ Ajzen(1991) ปรับข้อคำถามให้เข้ากับแนวทางพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์และการปฏิบัติในการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างปลอดภัยตามแนวทางของ Ratana Sapbanrer and Ajchamon Thammachai²² และ Badea และคณะ²⁶ เกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ช่วงคะแนน (5 Rating scale)

ส่วนที่ 5 เป็นข้อคำถามประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติพฤติกรรมตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 10 ข้อ พัฒนามาตามแนวทางการประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของ Cobb³³ ปรับข้อคำถามให้เข้ากับแนวทางพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์และการปฏิบัติในการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างปลอดภัยตามแนวทางของ Ratana Sapbanrer and Ajchamon Thammachai²² และ Badea และคณะ²⁶ เกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ช่วงคะแนน (5 Rating scale)

ส่วนที่ 6 เป็นข้อคำถามประเมินการรับรู้ปัจจัยเอื้อด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 10 ข้อ โดยปรับประเด็นที่จะประเมินการรับรู้ให้เข้ากับแนวทางพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์และการปฏิบัติในการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างปลอดภัยตามแนวทางของ Ratana Sapbanrer and Ajchamon Thammachai²² และ Badea และคณะ²⁶ เกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ช่วง (5 Rating scale)

ส่วนที่ 7 เป็นข้อคำถามประเมินพฤติกรรมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 17 ข้อ โดยปรับประเด็นตามแนวทางพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์และการปฏิบัติในการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างปลอดภัยตามแนวทางของ Ratana Sapbanrer and Ajchamon Thammachai²² และ Badea และคณะ²⁶ เกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ช่วงความถี่ในการปฏิบัติ (5 Rating scale) ตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 5 คะแนน ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ 4 คะแนน ปฏิบัติปานกลางให้ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้ 2 คะแนนและปฏิบัติเป็นส่วนน้อยให้ 1 คะแนน

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือผู้วิจัยได้ทบทวนค้นคว้าวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับพฤติกรรมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและตัวแปรที่เกี่ยวข้อง กำหนดวัตถุประสงค์และกำหนดประเด็นคำถามที่จะกำหนดตามรายละเอียดการวัดตามวัตถุประสงค์ ร่างและพิมพ์แบบสอบถามตามที่กำหนดไว้ นำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญประเมิน ให้ข้อเสนอแนะและนำมาปรับปรุง จนดัชนีความตรงสอดคล้องกันตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กจำนวน 30 คน เพื่อประเมินค่าความเที่ยงแล้วนำมาปรับปรุงให้มีกระชับและความเหมาะสมและสงพิมพ์และเย็บชุดแบบสอบถาม เพื่อเตรียมนำไปใช้เก็บข้อมูลต่อไป การประเมินคุณภาพโดยการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ 1 ท่าน ด้านระเบียบวิธีวิจัยและสถิติ 1 ท่านและด้านสิ่งแวดล้อม 1 ท่าน ได้ค่า ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Corresponding: IOC.) 0.75 ส่วนแบบประเมินปัจจัยทางจิตวิทยา การประเมินค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) ใช้วิธีการทดสอบแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมในการศึกษานอกพื้นที่วิจัยจำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient: α) ซึ่งค่าความ

เที่ยงของแบบสอบถามในแต่ละชุดมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.70 ขึ้นไป ในกรณีที่ยังไม่ได้ตามเกณฑ์ผู้วิจัยจะนำมาพิจารณาปรับปรุงเพิ่มเติมหรือตัดออกและนำไปทดสอบใหม่ได้ค่าความเชื่อมั่นเกิน 0.78 ทุกหัวข้อ การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการโดยผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการฝึกอบรมทำการเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยทำหนังสือประสานงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง นครพนมและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกลางและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นประชาสัมพันธ์เชิญชวนกลุ่มประชากรเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ชี้แจงสิทธิและลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการให้ตอบแบบสอบถาม 30-45 นาที ตรวจสอบความครบถ้วนและกล่าวขอบคุณอาสาสมัคร

การวิเคราะห์ผลการวิจัย

ดำเนินการโดยการตรวจสอบความครบถ้วนของรหัสข้อมูลในแบบสอบถาม นำเข้าข้อมูลผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูล และนำเข้าโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล เบื้องต้นตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ของข้อมูลและจัดการข้อมูลตามตัวแปรให้พร้อมสำหรับวิเคราะห์ ทดสอบการกระจายของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยการวิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามโดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Simple correlation coefficient) จากนั้นนำตัวแปรต้นที่พบความสัมพันธ์ไปทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น (Multi-Colinearity) ตามข้อตกลงในการวิเคราะห์ถดถอย จากนั้นนำตัวแปรอิสระที่ไม่พบความสัมพันธ์กันเข้าสู่การวิเคราะห์สมการถดถอยแบบพหุเชิงซ้อน (Stepwise Multiple linear regression) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม หมายเลข REC 036/66 ลงวันที่ 16 มิถุนายน 2566 โดยผู้เข้าร่วมในการวิจัยมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลตามแบบสอบถาม ผ่านการอธิบายรายละเอียด ลงนามยินยอมและเข้าร่วมวิจัยอาสาสมัครมีสิทธิออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาตามความเห็นของอาสาสมัครว่าได้รับการกระทบสิทธิเสรีภาพส่วนบุคคล

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 143 ราย (ร้อยละ 68.8) สถานภาพสมรสร้อยละ 82.7 รองลงมาได้แก่ หย่าร้างร้อยละ 8.2 หม้ายร้อยละ 3.4 และโสดร้อยละ 3.8 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 66.8 รองลงมาได้แก่ชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 28.8 อาชีพหลักเกษตรกรร้อยละ 89.4 สมาชิกครอบครัวอยู่ระหว่าง 3-4 คนมากที่สุดร้อยละ 47.2 รองลงมาได้แก่ 5 คนร้อยละ 19.2 สถานะทางครอบครัวมีการเงินเพียงพอและเหลือเก็บร้อยละ 27.9 รองลงมาอยู่ในระดับเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บร้อยละ 26.4 ไม่เพียงพอและมีหนี้สินร้อยละ 21.2 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 44.7 ขึ้นอยู่กับโอกาสร้อยละ 37.5 ดื่มทุกสัปดาห์ร้อยละ 15.9 ส่วนใหญ่ร้อยละ 92.8 ไม่เคยสูบบุหรี่ ประเภทพืช ผักสวนครัวที่ปลูกมากที่สุดได้แก่ พริก กระเทียม และกระเทียมร้อยละ 63 รองลงมาได้แก่ พริก กระเทียม กระหล่ำปลี ข้าวร้อยละ 47.1 นอกนั้นปลูกพืช ผักสวนครัวที่หลากหลายในรูปแบบแปลงเล็กกระจัดกระจายเช่น ผักบุ้งจีน ผักชีฝรั่ง บวบ แตง ข่า มะเขือเทศ เป็นต้น จุดประสงค์ปลูกไว้รับประทานเองร้อยละ 58.2 ปลูกตามพ่อค้าคนกลางสั่งและรับซื้อในพื้นที่ร้อยละ 57.2 ปลูกเพื่อขายในชุมชนร้อยละ 25 ปัญหาจากการเกษตรพืชผักสวนครัวได้แก่ ปัญหาผลผลิตล้นตลาดทำให้ราคาตกต่ำร้อยละ 83.2 นอกจากนั้นร้อยละ 82.2 เผชิญปัญหาปัญหาโรคพืช ศัตรูพืชและวัชพืช ร้อยละ 46.6 ระบุว่าความต้องการ

ของตลาดไม่คงที่ ส่วนใหญ่ร้อยละ 98.6 จะหาความต้องการของตลาดก่อนลงทุนปลูก เกษตรกรร้อยละ 83.7 ใช้ปุ๋ยเคมีและสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกำจัดวัชพืช และควบคุมโรคพืชในแปลงเกษตรเป็นประจำ โดยได้รับคำแนะนำการใช้จากร้านเคมีเกษตรในพื้นที่ร้อยละ 32.2 ปรัชญาเพื่อเกษตรกรด้วยกันเองร้อยละ 26.4 มีการอ่านข้อบ่งชี้ในฉลากข้างขวดร้อยละ 23.6 และเลือกซื้อตามประสบการณ์เดิมร้อยละ 16.8 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีของอาสาสมัครมีคะแนนเฉลี่ย 76.1 (sd=7.9, 95%CI=75.0-77.3) โดยพฤติกรรมตารางอยู่ในระดับดีแต่มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการสูดดมสารเคมีเข้าสู่ทางเดินหายใจได้แก่การสวมหมวกมိုး หน้ากากอนามัยหรือใช้ผ้าขาวม้าปิดปากปิดจมูกเพื่อเตรียมผสมหรือขณะฉีดพ่นสารเคมีในแปลงเกษตรซึ่งมีการปฏิบัติในระดับสูงร้อยละ 90 ส่วนทัศนคติต่อพฤติกรรมความปลอดภัยมีคะแนนเฉลี่ย 36.6 (sd=4.3, 95%CI=36.1-37.2) คิดเป็นร้อยละ 90.0-93.0 การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ย 76.1 (sd=7.9, 95%CI=75.0-77.3) การรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองคะแนนเฉลี่ย 26.4 (sd=3.2,

95%CI=25.9-26.8) คิดเป็นร้อยละ 86.3-89.3 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมคะแนนเฉลี่ย 35.0 (sd=5.1, 95%CI=34.2-35.7) คิดเป็นร้อยละ 85.5-89.2 และการรับรู้มาตรการสังคมและสิ่งแวดล้อมคะแนนเฉลี่ย 8.2 (sd=1.8, 95%CI=7.9-8.4) คิดเป็นร้อยละ 79.0-84.0 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรศึกษาพบว่าพฤติกรรมการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับทัศนคติ ($r=0.534$, $p\text{-value}>0.01$) การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม ($r=0.691$, $p\text{-value}>0.01$) การรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเอง ($r=0.730$, $p\text{-value}>0.01$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($r=0.691$, $p\text{-value}>0.01$) และการรับรู้มาตรการสังคมและสิ่งแวดล้อม ($r=0.633$, $p\text{-value}>0.01$) ส่วนตัวแปรอื่นๆ ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะอธิบายความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีจากการวิจัยนี้ จากนั้นได้นำตัวแปรที่พบความสัมพันธ์เข้าสู่การวิเคราะห์สมการถดถอยแบบพหุเชิงซ้อนเพื่อศึกษาอำนาจทำนายพฤติกรรมต่อไป ผลการวิเคราะห์ดังนำเสนอในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยจากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัด ศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกผักและพืชสวนในตำบลบ้านกลาง อำเภอมือง จังหวัดนครพนม(n=208)

โมเดล วิเคราะห์	ตัวแปร	สัมประสิทธิ์ถดถอย (Coefficient)		R^2	R^2_{adj}	Sr^2	R^2 Change
		B	β				
1.	การรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองในการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัย	1.177	0.483	0.532	0.532	5.42	0.532
2	การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัย	0.508	0.341	0.588	0.584	27.51	0.055

(Constant=27.14, $R^2=0.588$, $R^2_{Adjusted}=0.584$; $Sr^2=5.10$, F-change=27.51, $p<0.001$)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าตัวแปรในกรอบแนวคิดการวิจัยสามารถทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกผักและพืชสวนในตำบลบ้านกลาง อำเภอมือง จังหวัดนครพนมได้ร้อยละ 58.4 ($R^2=0.588$, $R^2_{Adjusted}=0.584$; $Sr^2=5.10$, F-change=27.51, $p<$

0.001) โดยตัวแปรการรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองในการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัยเป็นตัวแปรที่ดีที่สุดโมเดล (Best model) สามารถทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกผักและพืชสวนครัวในตำบลบ้านกลาง อำเภอมือง จังหวัดนครพนมได้ร้อยละ

ละ 91.1 ของโมเดลที่ดีที่สุด รองลงมาได้แก่ การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัยสามารถทำนายพฤติกรรมดังกล่าวได้ร้อยละ 5.5 หรือคิดเป็นร้อยละ 9.4 ของโมเดลที่ดีที่สุด ส่วนตัวแปรอื่นๆ นอกจากนี้ไม่มีข้อมูลเพียงพอจากการวิจัยนี้ที่จะระบุอำนาจทำนายของปัจจัยเหล่านั้นต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกผักและพืชสวนในตำบลบ้านกลาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าเกษตรกรผู้ปลูกผักและพืชสวนในตำบลบ้านกลาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนมมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีในระดับสูง แต่ยังมีพฤติกรรมบางอย่างที่ยังเสี่ยงและไม่เหมาะสมได้แก่ การใช้หมวกไม่ม หน้ากากอนามัยหรือผ้าขาวม้าปิดปากปิดจมูกในขณะที่ใช้สารเคมีในแปลงเกษตรโดยเฉพาะการเตรียม ผสม การฉีดและพ่นสารเคมีซึ่งไม่สามารถป้องกันการเข้าสู่ร่างกายของสารเคมีได้ทั้งหมด ส่วนพฤติกรรมด้านอื่นอยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในพื้นที่อื่นๆ เช่น จากการศึกษาในจังหวัดหนองบัวลำภูที่พบว่าเกษตรกรมีพฤติกรรมเหมาะสมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 78.8) โดยพฤติกรรมภาพรวมเหมาะสมในระดับดีร้อยละ 57.98 ซึ่งบ่งชี้ถึงการมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ดีขึ้น หรือเหมาะสมมากขึ้น³⁴ คล้องกับการศึกษาในระดับชุมชนในอำเภอนาวัง จังหวัดหนองบัวลำภูที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเกี่ยวกับการหยุดฉีดพ่นสารเคมีเมื่อฝนตก ร้อยละ 98.5³⁵ สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในเกษตรกรผู้ปลูกพริกชี้ขาวในจังหวัดพังงาพบว่าพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีอยู่ในระดับดี³⁶ โดยรวมทิศทางการปฏิบัติพฤติกรรมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีในกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกพืชผักสวนครัวในตำบลบ้านกลางมีทิศทางดีขึ้นและอยู่ในระดับสูงสอดคล้องกับพื้นที่อื่นๆ ดังที่กล่าวมา อย่างไรก็ตามเกษตรกรยังคงมีพฤติกรรมบางอย่างที่เสี่ยงและจะต้องปรับปรุง

เนื่องจากเกิดความเสี่ยงในการรับสารเคมีเข้าสู่ร่างกายทางปากและจมูกได้แก่ การใช้หมวกไม่ม หน้ากากอนามัยหรือผ้าขาวม้าคลุมศีรษะ ปิดจมูกและปากขณะเตรียมหรือฉีดพ่นสารเคมีในแปลงเกษตร ซึ่งไม่สามารถป้องกันสารเคมีได้ทั้งหมดและเป็นช่องทางสำคัญที่สารเคมีเข้าสู่ร่างกายได้ซึ่งเป็นเหตุผลสำคัญในการตรวจพบร่องรอยของการปนเปื้อนสารเคมีในร่างกายของเกษตรกรในตำบลบ้านกลาง ส่วนปัจจัยทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีพบว่า การรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองในการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัยเป็นตัวแปรที่ดีที่สุดที่โมเดล (Best model) สามารถทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกผักและพืชสวนครัวในตำบลบ้านกลาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนมได้ร้อยละ 53.2 ทั้งนี้การรับรู้การกำกับตนเองเป็นสถานะการรับรู้ทางอารมณ์และจิตใจและเกิดความเชื่อมั่นในการกำกับการปฏิบัติพฤติกรรมตนเองให้บรรลุพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการเหนือการคิดคำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ³¹ โดยเอเจนพัฒนาต่อยอดมาจากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะตนเองของแบนดูรา³⁷ เพื่ออธิบายเพิ่มเติมการมีอิทธิพลของความเชื่อมั่นต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลภายใต้กรอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ทั้งนี้ความเชื่อมั่นเป็นสถานะทางอารมณ์จิตใจที่อยู่เหนือการควบคุมด้วยจิตใจ (nonvolitional control) ซึ่งเป็นพฤติกรรมแบบอัตโนมัติ (Autonomous behavior) โดยมนุษย์หรือสัตว์จะแสดงพฤติกรรมออกมาเพื่อให้ตนเองบรรลุตามเป้าหมาย (Goals-expectancy) ภายใต้สถานการณ์ที่กำลังเผชิญหน้าโดยไม่มีการวางแผนหรือคำนึงถึงเหตุผลและอยู่ภายใต้การควบคุมของอารมณ์เชื่อมั่นซึ่งถ้าบรรลุเป้าหมายความเชื่อมั่นก็จะเกิดขึ้นและสามารถควบคุมการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเพื่อบรรลุเป้าหมายได้³⁸ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยของเกษตรกรในประเทศตุรกีพบว่า การรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองเป็นปัจจัยหนึ่งในปัจจัยเชิงสาเหตุของการปฏิบัติพฤติกรรมความปลอดภัยของเกษตรกร

ดังกล่าว³⁹ สอดคล้องกับการศึกษาการหลีกเลี่ยงการใช้สารเคมีในเกษตรภาคตะวันตกเฉียงเหนือของประเทศอิหร่านพบว่าการรับรู้การกักกับพฤติกรรมตนเองเป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจหลีกเลี่ยงการใช้สารเคมีทางการเกษตร⁴⁰ สอดคล้องกับพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างปลอดภัยในรัฐเปริส ประเทศมาเลเซียพบว่า การรับรู้การกักกับพฤติกรรมตนเองเป็นปัจจัยทำนายเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัยของเกษตรกร⁴¹ และสอดคล้องกับผลการศึกษาการใช้สารเคมีในเกษตรกรในจังหวัดมาชานดาร์น ประเทศอิหร่านพบว่าการรับรู้การกักกับพฤติกรรมตนเองเป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจใช้สารเคมีทางการเกษตรที่เหมาะสมในกลุ่มเกษตรกรดังกล่าว⁴² นอกจากนี้ผลวิจัยพบว่าการรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มในการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัยเป็นอีกปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัยเพิ่มเติมในโมเดลที่ดีที่สุดร่วมกับการรับรู้การกักกับพฤติกรรมตนเอง ทั้งนี้การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มเป็นตัวแปรทางจิตวิทยาซึ่งอยู่ในกรอบทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of reasoned action) และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) โดยการรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มเป็นสถานะทางจิตใจที่รับรู้สถานะความเกี่ยวข้องหรือความสัมพันธ์กับความเป็นไปของกลุ่มหรือบุคคลภายในกลุ่มที่ตนเองอาศัยหรือร่วมกลุ่มอยู่เช่น กลุ่มเพื่อน ครอบครัว โดยบุคคลจะรับรู้อิทธิพลจากสมาชิกหรือผู้มีอิทธิพลในกลุ่มนั้นๆ กดดันให้เกิดการกระทำพฤติกรรมตามกลุ่มนั้นๆ โดยการรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มเป็นลักษณะของการกดดันทางสังคมที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลตามแนวคิดของเอจเซน³¹ ดังนั้นจึงมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลและเป็นหนึ่งในตัวแปรตามกรอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนที่มีประสิทธิภาพในการอธิบายพฤติกรรมมากที่สุดอีกตัวแปรหนึ่ง¹⁸ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาในปัจจัยเชิงสาเหตุของการปฏิบัติพฤติกรรมความปลอดภัยของเกษตรกรในการใช้สารเคมีในประเทศตุรกี³⁹ สอดคล้องกับการศึกษาการหลีกเลี่ยงการใช้สารเคมี

ในเกษตรภาคตะวันตกเฉียงเหนือของประเทศอิหร่านพบว่าการรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มเป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกร⁴⁰ สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างปลอดภัยในรัฐเปริส ประเทศมาเลเซียพบว่า การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัยของเกษตรกรได้⁴¹ สอดคล้องกับผลการศึกษาการใช้สารเคมีในเกษตรกรในจังหวัดมาชานดาร์น ประเทศอิหร่านพบว่าการรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มสามารถทำนายความตั้งใจใช้สารเคมีทางการเกษตรที่เหมาะสมในกลุ่มเกษตรกรเช่นกัน⁴² สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมลดความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีในเกษตรกรในประเทศบังคลาเทศ⁴³ และสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบว่าการรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกษตรกรปรับตัวในการลดการใช้สารเคมีทางการเกษตรและมุ่งเป้าหมายไปทำการเกษตรอินทรีย์ซึ่งปลอดภัยต่อชีวิตและสังคมมากกว่า²² อย่างไรก็ตามพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากอิทธิพลของการรับรู้การกักกับพฤติกรรมตนเองซึ่งเป็นตัวแปรที่เกิดจากความเชื่อมั่นผ่านความคุ้นเคยในการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันและรับทราบว่าเกิดผลดีที่จะเกิดความเชื่อมั่นในการควบคุมตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายนั้นขึ้น ซึ่งเส้นทางการเกิดพฤติกรรมลักษณะนี้จะปราศจากเหตุและผล (Nonvolitional control behavior) ที่เป็นผลจากการเรียนรู้ซึ่งเป็นกลไกการจูงใจให้เกิดพฤติกรรมผ่านการควบคุมด้วยจิตใจ (Volitional control behavior) ได้แก่ ความตระหนักและเกิดทัศนคติทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ซึ่งถ้าสถานการณ์การกระตุ้นทางสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนไปอาจเกิดความไม่มั่นคงในการคงอยู่ของพฤติกรรมได้ง่าย ยิ่งกว่านั้นการปฏิบัติภายใต้อิทธิพลของบรรทัดฐานกลุ่มเป็นอีกลักษณะของการขาดอิทธิพลจากการเรียนรู้ที่ลึกซึ้งซึ่งจะมีความมั่นคงและยั่งยืนน้อยกว่าพฤติกรรมที่เกิดจากอิทธิพลของทัศนคติ ทั้งนี้การรวมกลุ่มของเกษตรกรอาจ

เปลี่ยนแปลงได้ง่ายเมื่อบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป แต่ทัศนคติส่วนมากจะคงอยู่และมีความมั่นคงยั่งยืนในการจูงใจให้เกิดพฤติกรรมในระยะยาวได้มากกว่า

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายผู้เกี่ยวข้องด้านการสร้างความปลอดภัยในการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกรควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้หมวกไหม้ หน้ากากอนามัยหรือผ้าขาวม้าปิดปาก ปิดจมูกเพื่อป้องกันสารเคมีเข้าสู่ร่างกายในขณะที่ใช้สารเคมีในแปลงเกษตร เป็นประเด็นเร่งด่วนและควรสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ป้องกันที่มีประสิทธิภาพ เช่น หน้ากากป้องกันสารเคมีที่ได้มาตรฐานให้เกษตรกรสามารถเข้าถึงได้ในชุมชนในรูปแบบต่างๆ เช่น สนับสนุนการขายผ่านร้านค้าปัจจัยผลิตทางการเกษตรในชุมชน หรือการจัดหาและให้ยืมหรือเข้าถึงในราคาที่เกษตรกรสามารถซื้อหามาใช้ได้ในชุมชน

2. การพัฒนาพฤติกรรมในระยะสั้นและเร่งด่วนควรผลักดันกิจกรรมสร้างความปลอดภัยผ่านการพัฒนาการรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองผ่านกิจกรรมสาธิต ฝึกและลงมือปฏิบัติพฤติกรรมความปลอดภัยและให้เกษตรกรใช้ผลการตรวจการปนเปื้อนสารเคมีในเลือดของตนเองเป็นเป้าหมายในการประเมิน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ดังกล่าว ซึ่งอาจดำเนินการโครงการวิจัยเชิงทดลองหรือสร้างต้นแบบก่อนและขยายให้ครอบคลุมเกษตรกรเป้าหมายในพื้นที่ต่อไป

3. สนับสนุนการสร้างกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกผักและพืชสวนขึ้นในตำบลและสนับสนุนการเกิด

กิจกรรมกลุ่มต้นความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีเป็นประจำและสม่ำเสมอ รวมทั้งแลกเปลี่ยนหรือนำเสนอพฤติกรรมตัวอย่างของสมาชิกกลุ่มและแลกเปลี่ยนกันในกลุ่มซึ่งจะเสริมสร้างบรรทัดฐานกลุ่มในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ปลอดภัยจากการใช้สารเคมีได้ ซึ่งสามารถดำเนินการการวิจัยนำร่องก่อนขยายพื้นที่ดำเนินการต่อไป

4. ในระยะยาวควรสร้างความตื่นตัว ตระหนัก และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติและผลต่อการปนเปื้อนสารเคมีในเลือดและให้นักวิชาการร่วมในการให้ความรู้และสนับสนุนข้อมูลเพิ่มเติมถึงเหตุและผลทางวิทยาศาสตร์ที่เชื่อมโยงพฤติกรรมปฏิบัติของเกษตรกรว่าส่งผลต่อความปลอดภัยที่เกิดขึ้นอย่างไรเพื่อสร้างทัศนคติที่พึงลึกในการปฏิบัติพฤติกรรมในระยะยาวซึ่งจะสร้างความมั่นคงและยั่งยืนได้มากกว่า โดยอาจดำเนินการวิจัยนำร่องและเปรียบเทียบหาประสิทธิภาพเปรียบเทียบกันก่อนเพื่อการตัดสินใจในการขยายกิจกรรมเพื่อสร้างความครอบคลุมและยั่งยืนในระยะยาวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้อง ผู้ทรงคุณวุฒิ อาสาสมัครทุกท่านที่ร่วมให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลบ้านกลางทุกท่านที่สนับสนุนการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยนี้เสร็จสิ้นลงได้ด้วยดี หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตเกษตรกรต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. The World Bank. Employment in agriculture (% of total employment) (modeled ILO estimate) [Internet]. 2023 [cited 2023 May 12]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SL.AGR.EMPL.ZS>
2. Marketeer. How many Thai farmers have? [Internet]. 2023. Available from: <https://marketeeronline.co/archives/161682>
3. Open Government Data of Thailand. import of agricultural hazardous substances (By type of use) [Internet]. 2023. Available from: <https://data.go.th/dataset/importchemvol>

4. Pimental, D. Amounts of Pesticides Reaching Target Pests: Environmental impacts and Ethics. *J Agric Environ Ethics*. 1995;8(1):17–29.
5. Damalas, A.C. & Koutroubas, D.S.. Farmers' Exposure to Pesticides: Toxicity Types and Ways of Prevention. *Toxics*. 2016;4(1):2–10.
6. Basil, K.L., Vakil, C., Sanborn, M., Cole, D.C.. & et al. Cancer health effects of pesticides. *Can Fam Physician*. 2007;53(10):1–7.
7. Alavanja, M.C.R. & Borner, M. Occupational pesticide exposures and cancer risk. A review. *J Toxicol Env Health B Crit Rev*. 2012;15(4):238–63.
8. Robinson, D. Food biochemistry and nutritional value. Longman Sci Tech Publ. 1990;1:18–22.
9. Department of International Trade Promotion. Vegetables, fresh fruits, chilled, frozen and dried exports 2019 [Internet]. 2019 [cited 2026 May 12]. Available from: https://ditp.go.th/contents_attach_PDF
10. Johnson, G.I., Weinberger, K., Wu, M.H. The vegetable industry in tropical Asia: an overview of production and trade, with a focus on Thailand, Indonesia, the Philippines, Vietnam, and India. Shanhu: The World Vegetable Center; 2008.
11. Anage, B.T. & Amikuzuno, J. Factors Influencing Pesticide Use in Smallholder Rice Production in Northern Ghana. *Agric For Fish*. 2015;4(2):77–82.
12. Teng, Y., Chen, X., Jin, Y., Yu, Z. & Guo, X. Influencing factors of and driving strategies for vegetable farmers' green pesticide application behavior. *Front Public Health*. 2022;10(907788):1–13.
13. Li, L. & Guo, H. The impact of business relationships on safe production behavior by farmers: Evidence from China. *Agribus Int J*. 2019;35(1):84–96.
14. ณัฐกร ชื่นวัฒนพงศ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติ และพฤติกรรมการซื้อผลิตภัณฑ์อาหารออร์แกนิกของผู้บริโภคในกรุงเทพมหานคร [รายงานการค้นคว้าอิสระ กลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. [กรุงเทพมหานคร]: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2060.
15. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สำหรับแรงงานนอกระบบ ประจำปี 2563. นนทบุรี: กลุ่มพัฒนามาตรการ; 2563.
16. วิลาสินี ทองบุ, พรนภา ศุภระเวทย์ศิริและสุนิสา ชายเกลี้ยง. ความชุกของพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรจังหวัดร้อยเอ็ด : กรณีศึกษาพื้นที่ไชยใต้. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*. 2560;12(2):41–52.
17. อภิวัฒน์ สุวรรณราชและปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอันตราย ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านหมือ่งแบ่งตำบลหนองหญ้าปล้อง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดเลย. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 2558;3(3):395–407.
18. Armitage, J. & Conner, M. Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: a meta-analytic review. *British J Psychol*. 2001;40(4):471–99.
19. Ajzen, I. Constructing a theory of planned behavior questionnaires [Internet]. 2010 [cited 2022 Feb 12]. Available from: <https://people.umass.edu/ajzen/pdf/tpb.measurement.pdf>
20. Zohar, D. Thirty years of safety climate research: Reflections and future directions. *Accid Anal Prev*. 2010;42:1517–22.
21. Teera Kangkhethron & Chudchawal Juntarawijit. Factors influencing Practice of Pesticide Use and Acute Health symptoms among Farmers in Nakhon Sawan, Thailand. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(8803):1–12.
22. Ratana Sapbamrer & Ajchamon Thammachai. Factors affecting use of personal protective equipment and pesticide safety practices: A systematic review. *Environ Res*. 2022;185:109444.
23. Pan, D., He, M., & Kong, F. Risk attitude, risk perception, and farmers' pesticide application behavior in China: A moderation and mediation model. *J Clean Prod*. 2020;276(124241).

24. ศรีสุรางค์ เคหะนาค1, อิทธิพล ดวงจินดา, ญัณฐ์อริยา เดชะศิริพงษ์และอินกร ไผ่เพชร. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการได้รับอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2565;14(3):1–21.
25. Wisutthananon, A, Chanprasit, C., Kaewthummanukul, T. & Suwannaprapisa, T. Effect of Integrated Safety Program on Safety Behaviors among Rice Farmers: A Quasi-Experimental Study. *Pac Rim Int J Nurs Res*. 2019;23(4):345–56.
26. Baydur, H., Eser, E., Gundogan, N.E., Ayhan, E., Eser, S. & et al. Psychological Determinants of Turkish Farmers' Health and Safety Behaviors: An Application of the Extended Theory of Planned Behavior. *Agric* 2023. 2023;12(967):1–13.
27. Afshari, M., Poorolajal, J., Rezapur-Shahkolai, F., Assari, M.J. & Karimi-Shahanjarini, A. Which Factors Influence Farmers' Use of Protective Measures During Pesticides Exposure? *Workplace Health Saf*. 2019;67(7):338–49.
28. Madaki, M.Y., Lehberger, M., Bavorova, M., Igban, B.T. & Kächele, H. Effectiveness of pesticide stakeholders' information on pesticide handling knowledge and behaviour of smallholder farmers in Ogun State, Nigeria. *Environ Dev Sustain*. 2023;1–20.
29. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกลาง. รายงานประจำปีผลการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกลาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ปีงบประมาณ 2565. เอกสารอัดสำเนา. นครพนม; 2565.
30. Kelley, K., & Maxwell, S. E. Sample Size for Multiple Regression: Obtaining Regression Coefficients That Are Accurate, Not Simply Significant. *Psychol Methods*. 2003;8(3):305–21.
31. Ajzen, I. The Theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1991;50(2):179–211.
32. Badea, D.O., Trifu, A., Darabont, D.C. and Tamau, B. Effectiveness of personal protective equipment in working with pesticides – a systematic review. *MATEC Web Conf*. 2022;373(00003):1–10.
33. Cobb, S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*. 1976;38(5):300–14.
34. นัสพงษ์ กลิ่นจำ ปา และ ดาริวรรณ เศรษฐธรรม. พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรตำบลป่าไม้งาม อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิชาการ สคร 9. 2562;25(2):26–34.
35. พิมพ์ลา ภิรมจิตร์และสุชาดา ภัยหลีกลี่. ความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรบ้านนาเหล่า อำเภอนาวัง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน. 2557;2(3):299–309.
36. สุวรรณ จิตรแสง. พฤติกรรมการใช้สารเคมีและแนวทางการป้องกันกำจัดศัตรูพืชอย่างปลอดภัยในพริกชี้ขาวของเกษตรกรในอำเภอดุสิต จังหวัดพังงา [วิทยานิพนธ์ปริญญาเกษตรศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกส่งเสริมและพัฒนาการเกษตร]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2562.
37. Bandura, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191–215.
38. Simms, J.R. Principles of quantitative living system science. NY: Kluwer Academic Publisher; 2002.
39. Baydur, H., Eser, E., Efruz, N., Gundogan, S., Ayhan, E., Eser, S. & et al. Psychological Determinants of Turkish Farmers' Health and Safety Behaviors: An Application of the Extended Theory of Planned Behavior. *Agriculture*. 2023;13(967):1–13.
40. Bagheri, A., Bondori, A., Sadegh, M., Allahyari, S. & Damalas, C.A. Modeling farmers' intention to use pesticides: An expanded version of the theory of planned behavior. *J Environ Manage*. 2019;248(109291):1–9.
41. Pahang, J. T., Nasirun, N., M. Nor, K. N., Anuar, H. H., & Saputra, D. H. Examining Factors that Influence Harumanis Farmers' Intention to Use Safe Pesticides. *Glob Bus Manag Rev*. 2021;13(1):79–96.
42. Taghdisi, M.H., Besheli, B.A., Dehdari, Cherati, J.Y., Khalili, F. & Toorani, A.H. Factors Influencing the Intention of Behavior the Use of Pesticides among Farmers in Mazandaran Province: An application of the theory of planned behavior. *Rev Publicando*. 2018;18(3):488–99.
43. Sarma, P.K. Farmer behavior towards pesticide use for reduction production risk: A Theory of Planned Behavior. *Clean Circ Bioeconomy*. 2022;1(100002):1–9.

ตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานคณะกรรมการโรคติดต่อ
จังหวัดบึงกาฬ ในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข
กรณีการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

A CAUSAL RELATIONSHIP MODEL OF FACTORS AFFECTING EFFECTIVENESS OF
BUENGKAN PROVINCIAL COMMUNICABLE DISEASES COMMITTEE IN PUBLIC HEALTH
EMERGENCY MANAGMENT CASE OF CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID-19)
OUTBREAK

(Received: July 25,2023 ; Revised: August 5,2023 ; Accepted: August 6,2023)

กฤษณพงษ์ ชุมพล¹ ไพศาล ไกรรัตน์² สิริรัตน์ รัตนานพวงศ์³
Kidsanapong Chumpol¹ Paisan Krairat² Sirirat Rattananupong³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและสร้างตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬ ในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างตัวแบบที่สร้างขึ้นกับข้อมูลเชิงปริมาณรวมถึงการนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาการดำเนินงานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬ การวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือขั้นตอนที่ 1 ศึกษาบริบทการดำเนินงานบริหารสถานการณ์โรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ ในการบริหารจัดการโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา วิเคราะห์เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนที่ 2 การสร้างตัวแบบเชิงสมมติฐาน ของความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการโรคติดต่อ ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างตัวแบบที่สร้างขึ้นกับข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ขั้นตอนที่ 4 การให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เชิงนโยบายของผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มตัวอย่าง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด อําเภอ และตำบล และผู้ปฏิบัติงานด้านการควบคุมป้องกันโรค กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 370 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นด้วยโปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬ ประกอบด้วย ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง สมรรถนะบุคลากร การบูรณาการทำงาน การมีส่วนร่วม และประสิทธิภาพการดำเนินงาน และผลจากการตรวจสอบความสอดคล้องของตัวแบบกับข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ สำหรับข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ในการพัฒนาการดำเนินงานของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬ พบว่าควรเสริมสร้างแนวคิด หลักการ และวิธีการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ รวมถึงการสร้างจิตสำนึก การสร้างวิสัยทัศน์ การวางแผน การทำงานเป็นทีม การใช้เครื่องมือทางการจัดการ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการมีความสัมพันธ์ ที่ดีระหว่างผู้บริหารและปฏิบัติ เป็นต้น

คำสำคัญ : ตัวแบบ, คณะกรรมการโรคติดต่อ, การบริหารจัดการ

¹ นายแพทย์ ระดับชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

² นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

³ เจ้าพนักงานสาธารณสุข ระดับชำนาญงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

ABSTRACT

The purpose of this research is to study and establish causal relationships among factors affecting the effectiveness of communicable diseases committee Buengkan province in public health emergency managing case of corona virus disease 2019 (COVID-19) outbreak. It also checks the consistency between models created with quantitative data and predicts the power of prediction and propose of policy recommendations for the of Implementation development of the Buengkan Provincial Communicable Disease Committee. The research is divided into 4 stages. Step 1: Study the general context to find the success factors in management of Buengkan province communicable diseases committee. Researchers use qualitative research methodology. The data collection and content analysis. Step 2: Creating the hypothesis of causal relationship of factors affecting the effectiveness of management of Buengkan province communicable diseases committee. Step 3: Check the consistency between model of the causal relationship with the quantitative data. Quantitative research methods were used to analyze the relationships between linear structures using computer program. Step 4: The policy recommendation and suggestions from experts and representatives. Samples for data collection were: Communicable diseases committee of province, district, sub-district and Disease Control Workers. The samples were selected from 370 random samples. Data were analyzed by computer program for frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and Linear Algebra Analysis with computer program.

Result : Factors that affect the success of management of Buengkan province communicable diseases committee are 5 factors, transformational leadership, competency, integration, participation And effectiveness. The model's consistency found that consistent with the quantitative data and policy recommendations for Buengkan province communicable diseases committee are concepts, principles and methods should be developed to increase management efficiency Including creating awareness, vision building, planning, teamwork, using of management tools, effective communication and good relationship between executives and operators.

Keyword : Model, communicable diseases committee, management

บทนำ

สุขภาพของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ประเทศมีการพัฒนาอย่างยั่งยืน ประเทศไทย จึงได้กำหนดในรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้ระบุสิทธิ และหน้าที่ของรัฐและประชาชนตามมาตรา 55 ไว้ว่า รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการ สาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชน มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค¹

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีการระบาดในสาธารณรัฐประชาชนจีน ตั้งแต่ เดือนธันวาคม 2562 เป็นต้นมา โดยเริ่มจากเมือง

อู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ทำให้พบผู้ป่วยยืนยันทั่วโลก มากกว่า 283,858,755 ราย และเสียชีวิต 5,445,958 ราย (31 ธันวาคม 2564) การติดต่อ ผ่านทางการไอ จาม สัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่ง ของของคณและสัตว์ ที่อาจเป็นแหล่งรังโรค องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทาง สาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern :PHEIC) และแนะนำทุกประเทศให้เร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคให้ทันต่อสถานการณ์²

ฉะนั้นการรับมือกับภัยพิบัติหรือการจัดการภาวะฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่งซึ่งสามารถลดความสูญเสีย ทั้งชีวิตและทรัพย์สินได้ ประเทศไทยมีการออกพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2523 และมีการออกฉบับใหม่เพื่อให้ทันกับสถานการณ์โรคที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 โดยมีเจตนารมณ์เพื่อคุ้มครอง ป้องกันประชาชนจากโรคติดต่อและควบคุม ระงับโรคติดต่อไม่ให้ระบาดเป็นวงกว้างหรือทำให้หายไปเร็วที่สุด โดยกำหนดให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร ในส่วนของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดกำหนดให้ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานและมีส่วนราชการที่เกี่ยวข้องเป็นกรรมการโดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ มีอำนาจหน้าที่ดังนี้ 1.ดำเนินการตามนโยบาย ระบบ และแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อที่คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติกำหนด 2.จัดทำแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อ ที่ต้องเฝ้าระวังหรือโรคระบาดในเขตพื้นที่จังหวัด 3.รายงานสถานการณ์โรคติดต่อหรือโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่อาจเป็นโรคระบาดซึ่งเกิดขึ้นในพื้นที่จังหวัดต่ออธิบดีกรมควบคุมโรค 4.สนับสนุนส่งเสริมติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในจังหวัด แล้วรายงานต่อคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ 5.แต่งตั้งคณะทำงานประจำช่องทางเข้าออกตามมาตรา 23 ในกรณีที่จังหวัดนั้นมีด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ 6.เรียกให้บุคคลใดๆ มาให้ข้อเท็จจริงหรือแสดงความคิดเห็นหรือจัดให้ส่งข้อมูลหรือเอกสารใดๆ ที่จำเป็นหรือขอคิดเห็นมาเพื่อใช้ประกอบการพิจารณา 7.ดำเนินการอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคติดต่อตามที่

คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติหรือผู้ว่าราชการจังหวัด นอกจากนี้ยังต้องมีการดำเนินงานตามนโยบาย การวางระบบ และแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่กฎหมายกำหนด การจัดระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ใช้เป็นเครื่องมือในการนำมาใช้เพื่อรับมือกับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี และยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข³ จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาประเทศไทยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ครอบคลุมครบทุกจังหวัดทั่วประเทศ ซึ่งทุกจังหวัดให้ความสำคัญและสนับสนุนนโยบายเป็นอย่างดี เห็นควรให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดกลไกอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

จังหวัดบึงกาฬ เป็นจังหวัดขนาดเล็กมีพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 8 อำเภอ 53 ตำบล 619 หมู่บ้าน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดบึงกาฬ เป็นประธาน และมีปลัดจังหวัด ประชาสัมพันธ์จังหวัด ปศุสัตว์จังหวัด หัวหน้าสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด ผู้อำนวยการสำนักงานควบคุมโรคติดต่อ (สคร.) ที่ 8 จังหวัดอุดรธานี นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล เป็นกรรมการ โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ เป็นกรรมการและเลขานุการ โดยได้กำหนดอำนาจหน้าที่ คือ 1. ดำเนินตามนโยบาย ระบบ และแนวทางปฏิบัติ ในการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อที่คณะกรรมการกำหนด 2.จัดทำแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หรือโรคระบาดในเขต

พื้นที่จังหวัด 3.รายงานสถานการณ์โรคติดต่อหรือโรค ที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่อาจเป็นโรคระบาดซึ่งเกิดขึ้นในเขตพื้นที่จังหวัดต่ออธิบดี 4.สนับสนุนส่งเสริม ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติของหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องภายในจังหวัด แล้วรายงานต่อคณะกรรมการ 5.แต่งตั้งคณะทำงานประจำช่องทางเข้าออกตามมาตรา 23 ในกรณีที่จังหวัดนั้น มีด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ 6. เรียกให้บุคคลใดๆ มาให้ข้อเท็จจริงหรือแสดงความคิดเห็น หรือให้จัดส่งข้อมูลหรือเอกสารใดๆ ที่จำเป็นหรือข้อคิดเห็นมาเพื่อใช้ประกอบการพิจารณา 7.ดำเนินการอื่นใดที่เกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อ ที่คณะกรรมการหรือผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย หรือตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัตินี้ แต่ในสถานการณ์การระบาดโรคไวรัสโคโรนา (COVID-19) ซึ่งมีผลกระทบในวงกว้างอย่างมาก จังหวัดบึงกาฬ มีการระดมทรัพยากรที่มีในพื้นที่ทั้งจากหน่วยงานในระดับจังหวัด ทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนเครือข่ายภาคประชาสังคม รวมถึงการจัดกระบวนการในการควบคุม ป้องกัน การระบาดของโรค โดยกระบวนการจัดการจะมีการแต่งตั้งศูนย์การประสานงานด้านการบริหารจัดการภาพรวม ในระดับจังหวัด โดยมีสำนักงานจังหวัดบึงกาฬ เป็นผู้ประสานหลัก และศูนย์การประสานงาน ด้านการจัดหาและใช้งบประมาณโดยมีสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยเป็นหลัก ในส่วนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการแต่งตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬกรณีการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกำหนดให้มีกลุ่มภารกิจต่างๆ ดังนี้ 1.ผู้บัญชาการเหตุการณ์ (Incidence Commander) โดยเป็นผู้บัญชาการณในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ กำหนดวัตถุประสงค์ และเป้าหมายของการบัญชาการเหตุการณ์ 2.กลุ่มภารกิจประสานงาน (Liaison)

มีการประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกองค์กร 3.กลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และวิชาการ (STAG) เป็นผู้กำหนดมาตรการ เป้าหมายในการดำเนินการในภาวะฉุกเฉินแก่ผู้บัญชาการเหตุการณ์ 4.กลุ่มภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ในการติดตาม เฝ้าระวัง ประเมินสถานการณ์ และประเมินความเสี่ยงของเหตุการณ์ 5.กลุ่มภารกิจด้านความปลอดภัย (Safety officer) จะวิเคราะห์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น มีการกำหนดอุปกรณ์ป้องกันตัว (PPE) ทั้งส่วนบุคคลและรายกลุ่มภารกิจ 6.กลุ่มภารกิจปฏิบัติการ (Operation) จะมีทีมประกอบด้วยทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์ โดยประเมินความต้องการทีมปฏิบัติการทางด้านการแพทย์ในการเข้าให้การช่วยเหลือทันต่อสถานการณ์ การประสานงานและจัดระบบปฏิบัติการภาคสนามในการสภาวะการณ์ฉุกเฉิน และทีมปฏิบัติการสอบสวนโรคและควบคุมโรคในพื้นที่ 8.กลุ่มภารกิจ สื่อ สาร ความ เสี่ยง (Risk Communication) มีหน้าที่เฝ้าระวังข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ทุกช่องทาง และประเมินการรับรู้ของสาธารณะ มีการจัดทำแผนการสื่อสารความเสี่ยงและตอบโต้ ที่เหมาะสมและรวดเร็ว 9.กลุ่มภารกิจสำรองเวชภัณฑ์และส่งกำลังบำรุง (Stockpiling and Logistic) มีการจัดทำแผนการสรรหา สำรองเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตลอดจนการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ 10.กลุ่มภารกิจการเงินและงบประมาณ ในการวางแผนงบประมาณของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ 11.กลุ่มภารกิจกฎหมาย 12.กลุ่มภารกิจช่องทางเข้าออกประเทศ (Point of Entry) ด้านควบคุมโรค มีการคัดกรองรวมถึงการกักกันผู้เดินทางที่มาจากพื้นที่เสี่ยงและผู้เดินทาง ขาเข้า ผู้เดินทางขาออก และผู้เดินทางเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค 13.กลุ่มภารกิจกำลังคน (Human Resources) มีหน้าที่ในการ

จัดทำฐานข้อมูลกำลังคนในการสนับสนุนภารกิจในการป้องกันควบคุมโรค

จากการดำเนินงานจังหวัดบึงกาฬมีการนำแผนและนโยบายจากระดับประเทศ กำหนดเป็นนโยบายระดับจังหวัด ถ่ายทอดสู่ระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน แต่พอถึงในระดับปฏิบัติการของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้สามารถบริหารจัดการให้ได้มีคุณภาพ และมีการมีวางแผนจัดเตรียมการล่วงหน้า โดยแต่ละฝ่ายจะทำงานร่วมกัน การคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่สถานพยาบาลและชุมชน ถือเป็นหัวใจสำคัญในการลดการระบาดของโรคโควิด-19 มีอำเภอพื้นที่หน้าด่านตั้งจุดคัดกรองผู้เดินทางเข้าจังหวัด มีด่านคัดกรองชุมชน การดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ ความร่วมมือภาคีเครือข่ายและเอกชน การมีส่วนร่วมมีการบริหารจัดการข้อมูลและการสื่อสารความเสี่ยง การเฝ้าระวังการควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 มีการใช้มาตรการทางกฎหมายการเฝ้าระวังการควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินงานก็ยังมีปัญหาอุปสรรคในการทำงาน ด้านอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ ขาดแคลนอุปกรณ์ในการทำงาน ปัญหาด้านงบประมาณ เรื่องเตียงในการรองรับผู้ป่วย เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากทำให้เตียงในการรักษาไม่เพียงพอแต่ทั้งนี้ ก็มีการแก้ปัญหาตามบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น การประยุกต์ใช้อุปกรณ์เพื่อบรรเทาสถานการณ์ให้ผ่านพ้นไปได้ ในส่วนปัญหาการขาดแคลนเตียงในโรงพยาบาล ที่ไม่สามารถรองรับผู้ป่วยได้ ในช่วงที่สถานการณ์ระดับประเทศ เรียกว่า สถานการณ์ “ฝังแตกร้าง” ก็มีการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม หรือ ศูนย์พักคอย จนกระทั่งถึงการดูแลรักษาตัวเองที่บ้าน รวมทั้งมีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐและเอกชนตลอดจนประชาชน จึงทำให้จังหวัดบึงกาฬสามารถผ่านพ้นสถานการณ์ที่ยากลำบากมาได้ แต่ถึงกระนั้นก็ยังไม่สามารถแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จได้อย่างชัดเจนและยัง

ไม่มีการประเมินการดำเนินงานในภาพรวมของจังหวัดที่จะนำไปสู่การกำหนดนโยบายและแนวทางในการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ จึงนำไปสู่การศึกษาตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬ ซึ่งจะทำให้ทราบถึงอิทธิพลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อจะได้นำไปกำหนดเป็นนโยบายในการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบททั่วไปในการดำเนินงานของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
2. เพื่อศึกษาและสร้างตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพดำเนินงานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีการระบาดของโรคไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19)
3. เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างตัวแบบที่สร้างขึ้นกับข้อมูลเชิงปริมาณและหาอำนาจในการทำนายประสิทธิภาพดำเนินงานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
4. เพื่อให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาการดำเนินงานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานระหว่างระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (Mixed Method) โดยกำหนดวิธีดำเนินการวิจัยไว้ดังนี้

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา ประกอบด้วย

1.1 ศึกษาบริบทของการดำเนินงานและบริหารจัดการของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬ และปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Indept Interview) การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม (Focus group discussion) จำนวน 4 กลุ่ม โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive selection) และการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคณะกรรมการโรคติดต่อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล นำไปสู่การสร้างตัวแบบฯ

1.2 ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด กับข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1.3 การให้ข้อคิดเห็นและเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานคณะกรรมการโรคติดต่อโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 9

คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive selection) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง นำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

2. ขอบเขตด้านพื้นที่ พื้นที่ในการศึกษาเป็นคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬและคณะกรรมการหรือคณะทำงานในระดับอำเภอ ตำบล จำนวน 8 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเมืองบึงกาฬ อำเภอศรีวิไล อำเภอบุ่งคล้า อำเภอพรเจริญ อำเภอบึงโขงหลง อำเภอเซกา อำเภอโซ่พิสัย และอำเภอปากคาด และในระดับตำบล รวมจำนวน 57 ตำบล

3. ขอบเขตด้านประชากร ได้แก่ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬ คณะกรรมการโรคติดต่อระดับอำเภอ และระดับตำบล

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬ ในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Method) โดยกำหนดขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาบริบททั่วไปและปัจจัยที่มีผลต่อความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยกลุ่มเป้าหมายเป็นคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬ เพื่อนำมาศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จ โดยเลือกแบบเจาะจง (purposive selection) จำนวน 10 คน

และการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. นำผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากขั้นตอน 1 มาสร้างตัวแบบเชิงสมมติฐานความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬ

3. ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างตัวแบบกับข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1 การสร้างเครื่องมือ โดยการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จ รวมถึงข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามมาสร้างแบบสอบถาม

3.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน นำไปหาค่า IOC รายข้อและคัดเลือกข้อที่มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ซึ่งผ่านเกณฑ์ทั้งหมด (จำนวน 40 ข้อ) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับในคณะกรรมการโรคติดต่อในพื้นที่ ซึ่งไม่ใช่กลุ่มผู้ให้ข้อมูล จำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงของแบบประเมิน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.91

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ในการตรวจสอบความสอดคล้องของตัวแบบกับข้อมูลเชิงปริมาณ ที่ได้จากการสุ่มแบบอย่างง่าย (simple random sampling) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

- กำหนดขนาดตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล โดยกำหนดตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล 20 คน เป็นอย่างน้อยต่อตัวแปรสังเกตได้ 1 ตัวแปร (Schumaker and Lomax, 1996)⁴ ซึ่งมีทั้งหมด 17 ตัวแปรรวมจำนวนผู้ให้ข้อมูล 374 คน เก็บข้อมูลได้จำนวน 370 คน (ร้อยละ 98.93)

- ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างตัวแบบกับข้อมูลเชิงปริมาณ และมีปรับตัวแบบกรณีที่ผลการตรวจสอบไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ

3.4 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

- การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายบริบททั่วไปของพื้นที่ศึกษา กระบวนการดำเนินงานรวมถึงปัจจัยความสำเร็จที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬ

- การวิเคราะห์ลักษณะการแจกแจงของตัวแปรที่สังเกตได้ โดยใช้ความถี่ค่าร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

- การวิเคราะห์ตัวแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นของปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงของตัวแบบด้วยข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

2. ทำการตรวจสอบความกลมกลืนของตัวแบบเชิงสมมติฐานที่สร้างขึ้นกับข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการวัดดัชนีตรวจสอบความกลมกลืนค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-Square) ดัชนีวัดความกลมกลืนเชิงเปรียบเทียบ (The Comparative Fit Index) ดัชนีวัดความกลมกลืนของคัคเกอร์-ลิวอิส (Tucker-Lewis Index)

3. ผู้วิจัยทำการปรับตัวแบบ (Model Adjustment) ในกรณีที่ตัวแบบเชิงสมมติฐานไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ โดยทำการตรวจสอบผลการประมาณค่าพารามิเตอร์แต่ละตัว และจะหยุดปรับตัวแบบเมื่อพบว่าค่า สถิติไค-สแควร์ (Chi-Square) มีค่ามากกว่า .05

4. การให้ข้อคิดเห็นและเสนอแนะเชิงนโยบายของผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหาร และตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

1. จากผลการศึกษาบริบททั่วไปของการดำเนินงานของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการจัดการโรคติดต่อกรณีการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่า จังหวัดบึงกาฬได้ดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 โดยใช้กลไกตามบทบาทหน้าที่คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 เพื่อกำหนดมาตรการควบคุมป้องกันโรค และสกัดกั้นการแพร่ระบาดของโรคซึ่งใช้ประกาศคณะกรรมการโรคติดต่อ ประกาศจังหวัดบึงกาฬ และคำสั่งจังหวัดบึงกาฬ เพื่อกำกับติดตามการดำเนินงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน ที่จะต้องดำเนินการตามมาตรการและข้อกำหนด เพื่อป้องกันควบคุมโรคไม่ให้ระบาดภายในจังหวัด รวมถึงการปฏิบัติตัวของประชาชนที่ทำให้สามารถใช้ชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ มีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ทั้งในฝ่ายสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง รวมถึงฝ่ายความมั่นคง ดำเนินการต่อเนื่อง ครอบคลุมในทุกหน่วยงาน และองค์กร ตลอดระยะเวลาตั้งแต่ก่อนการพบผู้ป่วยในพื้นที่ จนทำให้สถานการณ์ผ่อนคลายลงส่งผลให้จังหวัด บึงกาฬ เป็นจังหวัดที่พบผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของประเทศไทย และพบผู้ป่วยน้อยที่สุดและเป็นลำดับท้ายๆ ของประเทศ สำหรับปัจจัยแห่งความสำเร็จที่เป็นตัวแปรสาเหตุ และตัวแปรผล สามารถนำมาสร้างเป็นแบบเชิงสมมติฐานฯ ดังภาพประกอบที่ 1

2. ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของตัวแบบเชิงสมมติฐานความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลการดำเนินงานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬ พบว่า ผลการวิเคราะห์ตัวแบบเชิงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

ของปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลการดำเนินงานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ โดยพิจารณาจากค่าดัชนีตรวจสอบความกลมกลืนค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-Square) มีค่าเท่ากับ 734.895 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 113 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p) เท่ากับ 0.000 ค่าดัชนีวัดความกลมกลืนเชิงเปรียบเทียบ (CFI) มีค่าเท่ากับ 0.895 ดัชนีวัดความกลมกลืนของคัลเลอร์-ลิวอิส (TLI) มีค่าเท่ากับ 0.874 ค่าดัชนีรากกำลังสองของค่าความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) มีค่าเท่ากับ 0.122 ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์ของค่าประมาณพารามิเตอร์ (SRMR) มีค่าเท่ากับ 0.117 และค่าดัชนีตรวจสอบความกลมกลืนค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-Square) หาดด้วยองศาอิสระ(df) มีค่าเท่ากับ 6.503 ดังนั้นจึงได้มีการปรับตัวแบบ โดยผู้วิจัยพิจารณาจากดัชนีปรับตัวแบบ (Model Modification Indices) ผลการวิเคราะห์พบว่าตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลการดำเนินงานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬมีความสอดคล้องกับข้อมูล เชิงประจักษ์ ตามรายละเอียดในตารางที่ 1

3. การวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลทางตรงอิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวมในโมเดลสมการโครงสร้างตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลการดำเนินงานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬ เมื่อพิจารณาขนาดอิทธิพล พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลการดำเนินงานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬ ขนาดอิทธิพลที่มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ปัจจัยด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (TLD) มีอิทธิพลทางตรงสูงสุดต่อปัจจัยด้านการบูรณาการ (ITG) มีค่าเท่ากับ 0.992 รองลงมาเป็นปัจจัยด้านสมรรถนะบุคลากร (COM) และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม (PAR) มีค่าเท่ากับ 0.916 และ

0.871 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางอ้อมส่งผลต่อประสิทธิผลต่อการดำเนินงานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬ ขนาดอิทธิพลที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ปัจจัยด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (TLD) มีอิทธิพลทางอ้อมสูงสุดผ่านปัจจัยด้านการบูรณาการ (ITG) มีค่าเท่ากับ 0.708 รองลงมาเป็นปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม (PAR) และปัจจัยด้านสมรรถนะบุคลากร

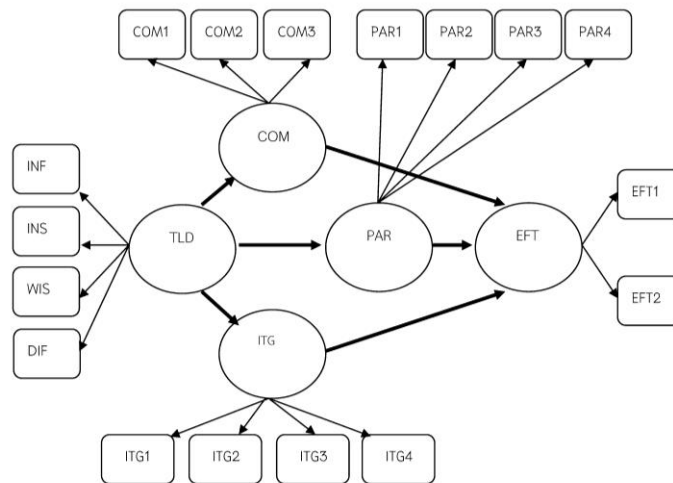
(COM) มีค่าเท่ากับ 0.080 และ 0.011 ตามลำดับ อิทธิพลรวมที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการดำเนินงานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬ ขนาดอิทธิพลรวมที่มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 มีค่าเท่ากับ 0.799 ตามรายละเอียด ในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ

องค์ประกอบโมเดลการวัด	เมทริกซ์น้ำหนักองค์ประกอบ			
	น้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน(β)	SE	t	R ²
1. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (TLD)				
- การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ (INF)	0.606	0.035	17.262	0.367
- การสร้างแรงบันดาลใจ (INS)	0.569	0.037	15.239	0.324
- การกระตุ้นการใช้ปัญญา (WIS)	0.680	0.030	22.418	0.462
- การคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล (DIF)	0.738	0.026	28.720	0.545
2. สมรรถนะบุคลากร (COM)				
- ด้านความรู้ความเข้าใจในงาน (COM1)	0.777	0.026	30.239	0.604
- ด้านทักษะในการปฏิบัติงาน (COM2)	0.776	0.026	20.659	0.602
- ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล (COM3)	0.688	0.031	21.940	0.473
3. การบูรณาการ (ITG)				
- ด้านการสร้างกระบวนการทำงาน (ITG1)	0.770	0.023	33.133	0.593
- ด้านกระบวนการแปลงยุทธศาสตร์ (ITG2)	0.686	0.029	23.252	0.470
- ด้านการสร้างระบบบริหารจัดการ (ITG3)	0.909	0.012	76.565	0.826
- ด้านการสร้างระบบติดตามประเมินผล (ITG4)	0.899	0.012	72.204	0.809
4. การมีส่วนร่วมองค์การ (PAR)				
- การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (PAR1)	0.920	0.011	84.718	0.847
- การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ (PAR2)	0.851	0.018	47.738	0.724
- การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (PAR3)	0.904	0.012	75.033	0.818
- การมีส่วนร่วมในการใช้และได้รับประโยชน์ (PAR4)	0.885	0.014	65.339	0.784
5. ประสิทธิภาพการดำเนินงาน (EFT)				
- ด้านการจัดกระบวนการภายใน (EFT1)	0.926	0.016	57.150	0.858
- ด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน (EFT2)	0.869	0.019	46.569	0.756

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

$\chi^2 = 114.766$, Df = 93 , $\chi^2/df = 1.234$, P-value= 0.062, RMSEA= 0.025, SRMR= 0.020, CFI= 0.996, TLI= 0.995



รหัส

TLD: ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง	COM:สมรรถนะบุคลากร	ITG:การบูรณาการ	PAR:การมีส่วนร่วม	EFT:ประสิทธิผล
INF:การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์	COM1:ความรู้ความเข้าใจในงาน	ITG1:การสร้างกระบวนการทำงาน	PAR1:การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	EFT1:การจัดกระบวนการภายใน
INS:การสร้างแรงบันดาลใจ	COM2:ทักษะในการปฏิบัติ	ITG2:กระบวนการแปลงยุทธศาสตร์	PAR2:การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ	EFT2: : ผลลัพธ์การดำเนินงาน
WIS:การกระตุ้นการใช้ปัญญา	COM3:คุณลักษณะส่วนบุคคล	ITG3:การสร้างระบบบริหารจัดการ	PAR3:การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	
DIF:การคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล		ITG4:การสร้างระบบติดตามประเมินผล	PAR4:การมีส่วนร่วมในการได้รับประโยชน์	

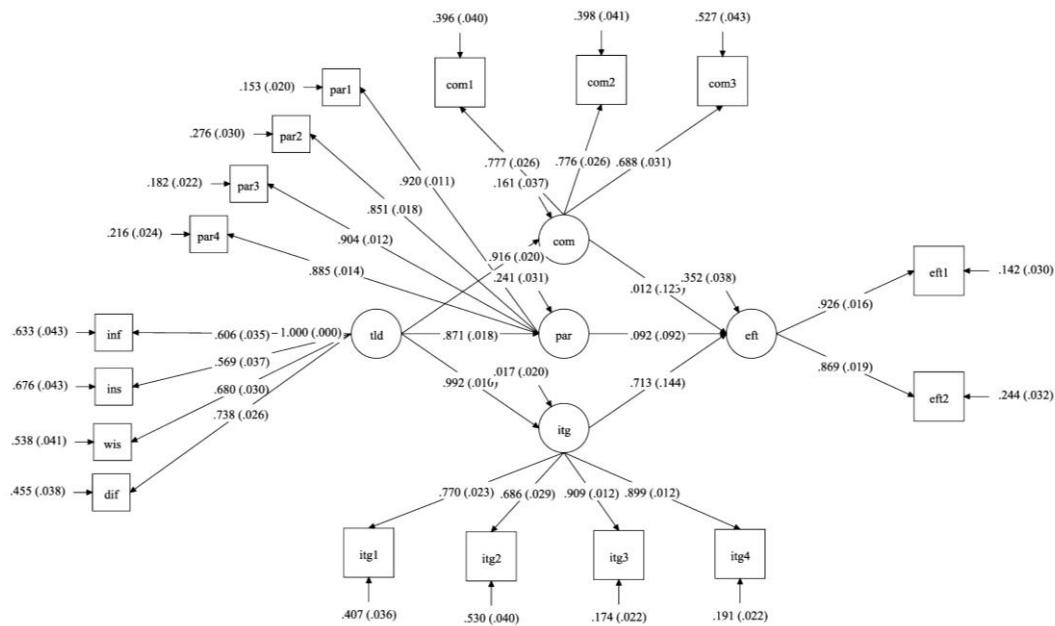
ภาพประกอบที่ 1 ร่างตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการดำเนินงานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน ด้านสาธารณสุข กรณีการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ตารางที่ 2 ขนาดอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวมในโมเดลสมการโครงสร้างตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการดำเนินงานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬ ในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ตัวแปรพยากรณ์	อิทธิพลทางตรง(DE)			อิทธิพลทางอ้อมผ่าน(IE)			อิทธิพลรวม(TE)
	COM	PAR	ITG	COM	PAR	ITG	
TLD	0.916*	0.871*	0.992*	0.011*	0.080*	0.708*	0.799*
COM	-	-	-	-	-	-	-
PAR	-	-	-	-	-	-	-
ITG	-	-	-	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

$\chi^2 = 114.766$, Df= 93, $\chi^2/df = 1.234$, P-value= 0.062, RMSEA= 0.025, SRMR= 0.020, CFI= 0.996, TLI= 0.995



ภาพประกอบที่ 2 ตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ส่งต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬ โดยผ่านปัจจัยด้านสมรรถนะบุคลากร ด้านการมีส่วนร่วม และด้านการบูรณาการ ที่มีอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวมสูงสุด แสดงว่า การดำเนินงานของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬ จะต้องอาศัยภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ซึ่งประกอบด้วย การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ การสร้างแรงบันดาลใจ การกระตุ้นใช้ปัญญา การคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ส่งผ่านปัจจัยด้านการบูรณาการ ซึ่งประกอบด้วย การสร้างกระบวนการทำงาน มีกระบวนการแปลงยุทธศาสตร์ มีการสร้างระบบการบริหารจัดการ และการสร้างระบบติดตามและประเมินผล ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการโรคติดต่อทุกระดับให้มีส่วนร่วมตั้งแต่การตัดสินใจ

การลงมือปฏิบัติ การประเมินผลและการได้รับผลผลประโยชน์ร่วมกัน รวมถึงปัจจัยด้านสมรรถนะบุคลากรซึ่งจะต้องมีความรู้ความสามารถและทักษะในการปฏิบัติงาน ตลอดจนหน้าที่ความรับผิดชอบและมีแบบแผนในการทำงานที่ชัดเจน ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อการบรรลุประสิทธิภาพและประสิทธิภาพของการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณรุ่ง เอื้ออารีสุขสกุล และธีระวัฒน์ จันทิก (2559)⁵ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง : เปลี่ยนความท้าทาย มุ่งสู่ความสำเร็จขององค์กรอย่างยั่งยืนพบว่า องค์กรจะต้องมีการปรับตัวเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงโดยสร้างบุคลากรและผู้บริหารในระดับต่างๆ ให้มีภาวะผู้นำที่เก่งและดีเพื่อนำองค์กรไปสู่เป้าหมาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ โดยมีคุณสมบัติคือเป็นผู้มีวิสัยทัศน์ มีการบริหารจัดการทรัพยากรที่เหมาะสมและเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ใต้บังคับบัญชาทำงานให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดบึงกาฬให้มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนไป

- การป้องกันควบคุมโรคควรส่งเสริมให้ส่วนราชการ เอกชนมีการบูรณาการทรัพยากรร่วมกันโดยเน้นการมีส่วนร่วม สร้างความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายเพื่อให้การทำงานบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

- การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนักและความตื่นตัวในการควบคุม ป้องกัน และเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ตลอดจนการสร้างความรู้รอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ในการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทและสถานการณ์ต่างๆที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย ตลอดจนการบูรณาการทำงาน ต้องคำนึงถึงทรัพยากรในการบริหารจัดการในหน่วยงานนั้นๆ ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภาปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา; 2560.
2. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2563.
3. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข. นนทบุรี: กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2563.
4. Schumacher, R.E., and Lomax, R.G. *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling*. New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates; 1996.
5. อรุณรุ่ง เอื้ออารีสุขสกุล และธีระวัฒน์ จันทิก. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง: เปลี่ยนความท้าทายมุ่งสู่ความสำเร็จขององค์กรอย่างยั่งยืน. วารสารวิชาการ Veridian E-Journal Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2559 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 18 มกราคม 2566]; 9(1), 845-860. เข้าถึงได้จาก : <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-E-Journal/article/view/57039/47393>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

Factors associated with readiness application to the regulations of the prime minister's office of the district quality development

(Received: May 29,2023 ; Revised: July 16,2023 ; Accepted: July 23,2023)

จิรัชชาย ประสพธัญญา¹
Jirachai Prasopthanya¹

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ ความพร้อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเขตจังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างคือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเขตจังหวัดนครพนม จำนวน 252 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ไคสแควร์และสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.30 มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 43.30 สถานภาพสมรส ร้อยละ 70.60 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 77.40 ปฏิบัติงานที่กระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 42.10 มีรายได้ระหว่าง 31,000-40,000 บาท ร้อยละ 35.30 อายุงานที่ปฏิบัติงาน 21-39 ปี ร้อยละ 49.20 ระยะเวลาดำเนินงาน พชอ. 1-2 ปี ร้อยละ 44.00 ตำแหน่งในคณะกรรมการ พชอ. กรรมการ (ผู้แทนภาคประชาชน) ร้อยละ 31.00 การรับรู้ระเบียบและความพร้อมในการปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก และระดับปานกลาง ตามลำดับ ปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า อายุ อายุงานที่ปฏิบัติงาน และระยะเวลาดำเนินงาน พชอ. มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การรับรู้ระเบียบมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต คณะกรรมการ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ABSTRACT

This cross-sectional study aims to determine the perception, the readiness application and factors associated with readiness application to the regulations of the prime minister's office of the district quality development B.E. 2561. The sample was 252 of the committee of the district quality development. Data was collected by the questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, Chi-square test and Pearson product-moment correlation coefficient.

The study result found that 58.30 were male. 43.30% of participants had over the age between 51-60 years, 70.60% were marriage status, 77.40% had received bachelor's degree, 42.10% were ministry of public health staff, 35.30% had average income between 31,000-40,000 bath, 35.30% had years' experience between 21-39 years, 44.00% had DHS had years' experience between 1-2 years, 31.00 were the committee of the district quality development (public agency representative). The perception, the readiness application and factors associated with readiness application to the regulations of the prime minister's office of the district quality development B.E. 2561 were high and moderate, respectively. The personal factors include age, years' experience, and DHS years' experience related to the readiness application to the regulations of the prime minister's office of the district quality development with statistical significance at the p -value < 0.05 . The perception of the regulations of the prime minister's office of the district quality development related to the readiness application to the regulations of the prime minister's office of the district quality development with statistical significance at the p -value < 0.05 .

Keywords: quality of life, the committee, the district quality development

¹ Nakhonphanom Provincial Public Health Office

บทนำ

การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) มีการขับเคลื่อนและขยายผลอย่างต่อเนื่อง ในปี 2559 มีการดำเนินการนำร่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ(District Health Board:DHB) ในพื้นที่ทั้งหมด 73 อำเภอ ในปี พ.ศ.2560 มีการขยายพื้นที่ดำเนินการเพิ่มอีก 127 อำเภอ รวมเป็น 200 อำเภอ เน้นพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย และในปี พ.ศ. 2561 มีการขยายพื้นที่ดำเนินการเป็น 878 อำเภอทั่วประเทศเพื่อรองรับระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2561¹ มีผลบังคับใช้ครอบคลุมทุกอำเภอทั่วประเทศ ทำให้เกิดการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาวะประชาชนในระดับพื้นที่ ที่นำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน มีสุขภาวะที่ดี ทั้งทางกาย จิตสังคม และสิ่งแวดล้อม²

ในปี พ.ศ. 2562 กระทรวงสาธารณสุขได้สานต่อนโยบายสร้างความเข้มแข็งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างต่อเนื่องภายใต้แนวคิด “อำเภอสุขใจ: เส้นทางพัฒนา พขอ. สู่ความยั่งยืน” มุ่งเน้นบูรณาการทุกภาคส่วนทั้งรัฐและเอกชนร่วมแก้ไขปัญหาด้านบริบทในพื้นที่ และได้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานระดับกระทรวงด้านการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่ผ่านมากกระทรวงสาธารณสุขใช้ระดับของการพัฒนา UCCARE (Unity Team, Customer Focus Community Participation, Appreciation, Resource Sharing & Human Development, Essential Care) ในภาพรวมเพื่อประเมินการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอโดยมีการแบ่งเป็น 5 ระดับคือเริ่มมีแนวทางขยายการดำเนินงานดำเนินงานเป็นระบบเรียนรู้และบูรณาการซึ่งผลลัพธ์ของการประเมิน UCCARE³ ซึ่งสำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 ได้มีการดัดแปลงแนวทางประเมินการดำเนินงาน พขอ. ตามกระบวนการ UCCARE เพื่อให้มีความเหมาะสมและสามารถประเมินการดำเนินงานของพขอ. โดยมีการทดลองใช้ในพื้นที่ 2 จังหวัด คือ นครพนมและหนองคาย ภายใต้โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ด้วยกระบวนการเยี่ยมเสริมพลัง เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2563

กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับอำเภอ (พขอ.) เป็นมิติการทำงานรูปแบบใหม่ที่บูรณาการ ระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาให้ตรงกับความต้องการของประชาชน รวมถึงการกำหนด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง มีแนวทางในการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี การชื่นชมและให้คุณค่า การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนา และการดูแลผู้ป่วยและประชาชนที่จำเป็น⁴ ด้วยเหตุนี้จึงเป็นเหตุให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึงการรับรู้และความพร้อมในการปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเขตจังหวัดนครพนม เพื่อเป็นข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และนำมาประยุกต์ใช้ในราชการ อันจะเป็นอรรถประโยชน์ในการนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดนครพนมให้มีคุณภาพ ก่อให้เกิดประโยชน์ในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการรับรู้และความพร้อมในการปฏิบัติตามตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเขตจังหวัดนครพนม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการปฏิบัติตามตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเขตจังหวัดนครพนม

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเขต จังหวัดนครพนม จำนวน 252 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria)

1) เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างน้อย 1 ปี 2) ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย 3) สามารถพูด อ่าน เข้าใจภาษาไทยได้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย คือจำนวนประชากรทั้งหมด จำนวน 252 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) เป็นคำถามที่เกี่ยวกับลักษณะทั่วไปประชากรข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพ ภูมิ/การศึกษาสูงสุดในปัจจุบัน สถานที่ปฏิบัติงาน รายได้ต่อเดือน อายุที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาดำเนินงาน พหุ. ตำแหน่งในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของท่านในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 การรับรู้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Likert⁵

แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

มีระดับการรับรู้มาก หมายถึงได้คะแนนเฉลี่ย 3.68 -5.00
มีระดับการรับรู้ปานกลาง หมายถึงได้คะแนนเฉลี่ย 2.34 -3.67

มีระดับการรับรู้ต่ำ หมายถึงได้คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33

ส่วนที่ 3 ความพร้อมในการปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Likert⁵

แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

มีความพร้อมมาก หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00

มีความพร้อมปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ย 2.34 -3.67

มีความพร้อมน้อย หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเสร็จเรียบร้อยแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) พบว่าทุกข้อคำถามได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาสูงกว่า 0.67

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไข โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำไปหาความเที่ยงกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม โดยใช้แบบสอบถาม 30 คน พบว่าแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 และความพร้อมในการปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 อยู่ที่ 0.96 และ 0.98 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1). ขั้นตอนการเตรียมการ เป็นการเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน

1.1 อธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย การอธิบายชี้แจง การขอความยินยอม และการใช้แบบสอบถาม คำอธิบายตัวเลือกแต่ละข้อคำถามแก่ผู้ช่วยวิจัย

1.2 ผู้วิจัยสาธิตการใช้แบบสอบถามทุกข้อ เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยได้สอบถามในประเด็นที่สงสัย

2) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความยินยอมในกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ โดยขอเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม

2.2 การแจกและเก็บแบบสอบถามดำเนินการเก็บมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามทุกฉบับ

2.3 นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม มาวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับความพร้อมในการปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการรับรู้เกี่ยวกับระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 กับความพร้อมในการปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson Product Moment Correlation Coefficient กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการ 009/65

ตารางที่ 1 ระดับการรับรู้เกี่ยวกับระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2566

ระดับการรับรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการรับรู้มาก	170	67.46
ระดับการรับรู้ปานกลาง	82	32.54
ระดับการรับรู้น้อย	0	0.00

3. ความพร้อมในการปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.30 มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 43.30 สถานภาพสมรส ร้อยละ 70.60 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 77.40 ปฏิบัติงานที่กระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 42.10 อายุงานที่ปฏิบัติงาน 21-39 ปี ร้อยละ 49.20 มีรายได้ระหว่าง 31,000-40,000 ร้อยละ 35.30 ระยะเวลาดำเนินงาน พขอ. 1-2 ปี ร้อยละ 44.00 ตำแหน่งในคณะกรรมการ พขอ. กรรมการ (ผู้แทนภาคประชาชน) ร้อยละ 31.00

2. การรับรู้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561

การรับรู้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 32.54 และระดับมาก ร้อยละ 67.46 (ตารางที่ 1)

ความพร้อมในการปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 อยู่ในระดับน้อยร้อยละ 17.10 ระดับปานกลางร้อยละ 41.30 และระดับมาก ร้อยละ 41.70

ตารางที่ 2 ระดับความพร้อมในการปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561

ระดับความพร้อม	จำนวน	ร้อยละ
มีความพร้อมน้อย	43	17.10
มีความพร้อมปานกลาง	104	41.30
มีความพร้อมมาก	105	41.70

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561

ปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า อายุ อายุงานที่ปฏิบัติงาน และระยะเวลาดำเนินงาน พขอ. มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการปฏิบัติตามระเบียบสำนัก

นายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 3)

การรับรู้ระเบียบมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 4)

อภิปรายผล

ระดับการรับรู้เกี่ยวกับระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 67.46 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในระเบียบนี้เป็นอย่างดี ทั้งด้านคณะกรรมการที่ร่วมดำเนินการ บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการโดยมีหน้าที่โดยสรุปคือกำหนดเป้าหมาย แนวทางบูรณาการความร่วมมือ เสนอแนะให้คำปรึกษา ติดตามประเมินผลการดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนา

คุณภาพชีวิตประชาชนในระดับอำเภอ เจตนารมณ์ของการมี พ.ชอ. ก็เพื่อให้เกิดการบูรณาการทุกภาคส่วนในการส่งเสริมให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยมุ่งเน้นแก้ไขหรือจัดการปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่นั้นๆ นอกจากนี้ เจตนารมณ์สำคัญอีกประการ คือ การส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับการกำหนดนโยบาย ไปจนถึงระดับปฏิบัติการเป็นการลดช่องว่างหรือหลายกำแพงการทำงาน ข้ามต้นสังกัดหรือข้ามภาคส่วน

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความพร้อมในการปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ระดับความพร้อม			χ^2	p-value
		น้อย	ปานกลาง	มาก		
1. เพศ					1.08	.582
ชาย	147	25	57	65		
หญิง	105	18	47	40		
รวม	252	43	104	105		
2. อายุ					16.79	.010
20-40 ปี	25	6	14			
41-50 ปี	87	15	41			
51-60 ปี	109	16	37			
61 ปีขึ้นไป	31	9	12			
รวม	252	43	104	105		
3. ระดับการศึกษา					5.32	.503
อนุปริญญา	20	5	7	8		
ปริญญาตรี	195	28	84	83		
ปริญญาโท	22	5	8	9		
ปริญญาเอก	15	5	5	5		
รวม	252	43	104	105		
4. หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน					9.20	.326
กระทรวงศึกษาธิการ	16	5	6	5		
กระทรวงสาธารณสุข	106	20	45	41		
กระทรวงมหาดไทย	73	8	27	38		
กระทรวงเกษตรและสหกรณ์	18	5	7	6		
อื่นๆ	39	5	19	15		
รวม	252	43	104	105		
5. อายุงานที่ปฏิบัติงาน					13.11	.041
1-10 ปี	36	5	14	17		
11-20 ปี	70	14	36	20		
21-39 ปี	124	19	42	63		
40 ปีขึ้นไป	22	5	12	5		
รวม	252	43	104	105		

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความพร้อมในการปฏิบัติตามตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ระดับความพร้อม			χ^2	p-value
		น้อย	ปานกลาง	มาก		
6. ระยะเวลาดำเนินงาน พขอ.					18.81	.004
1-2 ปี	111	20	58	33		
3-4 ปี	85	13	24	48		
5-6 ปี	41	5	17	19		
7 ปีขึ้นไป	15	5	5	5		
รวม	252	43	104	105		
7. ตำแหน่งในคณะกรรมการ พขอ.					14.66	0.066
ประธานกรรมการ	20	5	5	10		
กรรมการ (ผู้แทนหน่วยงานของรัฐ)	76	15	29	32		
กรรมการ (ผู้แทนภาคเอกชน)	58	5	35	18		
กรรมการ (ผู้แทนภาคประชาชน)	78	13	30	35		
กรรมการและเลขานุการ	20	5	5	10		
รวม	252	43	104	105		

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับความพร้อมในการปฏิบัติตามตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561

ตัวแปร	n	r	p-value
ความพร้อม	252	.557	0.001

โดยใช้พื้นที่ระดับอำเภอเป็นฐาน⁶ ดังนั้นเมื่อคณะกรรมการ
รับทราบและหน้าที่ตนเองตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี
ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 จะทำ
ให้สามารถปฏิบัติงานได้ดีมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา
ของ อรรถวิทย์ วงศ์มณี และกิตติ เหลาสุภาพ⁷ พบว่า การ
ปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภออยู่ในระดับสูงร้อยละ 85.80 และการศึกษา
ของแววดี เหมวรานนท์⁸ ที่พบว่าประสิทธิภาพในการ
ดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
จังหวัดนครราชสีมาอยู่ในระดับดี

ระดับความพร้อมในการปฏิบัติตามระเบียบสำนัก
นายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่
พ.ศ.2561 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 53.60 เมื่อ
กลุ่มตัวอย่างศึกษาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 จนมีการรับรู้
ระเบียบอยู่ในระดับดีมาก ทำให้บางส่วนมีระดับความ
พร้อมอยู่ในระดับดี และระดับปานกลาง นอกจากการการมี
ประสบการณ์การทำงานประจำมาหลายปีย่อมทำให้กลุ่ม
ตัวอย่างมีความรู้ ความชำนาญ และทักษะการปฏิบัติงาน
เมื่อต้องปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ จึงทำให้มี

ความพร้อมที่จะปฏิบัติงาน การเตรียมความพร้อมในการ
ปฏิบัติงาน ทั้งพร้อมทางกายและทางใจจะส่งผลให้การ
ทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การปฏิบัติงานที่มาจาก
หลายหน่วยงานจะต้องอาศัยความเสียสละโดยเฉพาะด้าน
เวลา เพราะนอกจากจะปฏิบัติงานประจำแล้ว ยังต้อง
ปฏิบัติงานที่ต้องอาศัยความคิดสร้างสรรค์ ทักษะ และ
ประสบการณ์ที่จะทำให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชน
ในพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความ
พร้อมในการปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่า
ด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ใน
การศึกษานี้ได้แก่ อายุ อายุงานที่ปฏิบัติงาน และ
ระยะเวลาดำเนินงาน พขอ. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้
ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51-60 ปี แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมี
ประสบการณ์และทักษะในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี
เรียนรู้การทำงานจนเกิดเป็นความเชี่ยวชาญและมีความ
พร้อมในการทำงาน อายุงานที่ปฏิบัติงาน และระยะเวลา
ดำเนินงาน พขอ. เป็นอีก 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
ความพร้อมในการปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี
ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ซึ่งทั้ง

สองปัจจัยนี้เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และทักษะจากการปฏิบัติงานประจำ เมื่อต้องมีการร่วมงาน กับภาคส่วนอื่นๆ ก็มีความพร้อมที่จะปฏิบัติงานได้ นอกจากนี้ระยะเวลาการปฏิบัติงานในคณะกรรมการ พขอ. เป็นระยะเวลานานจะทำให้ทราบถึงปัญหาที่สำคัญของ พื้นที่และได้เรียนรู้วิธีการในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งการ ประสานงานกับเครือข่ายในพื้นที่เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาใน ประเด็นที่พื้นที่ตั้งขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การรับรู้ระเบียบมีความสัมพันธ์กับความพร้อมใน การปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาระเบียบต่างๆ ก่อนที่จะ ปฏิบัติงานมีความสำคัญในทุกๆ งาน เนื่องจากระเบียบจะ เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน การศึกษาระเบียบอย่างถ่อง แท้ จะทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจ สามารถปฏิบัติงานได้ อย่างถูกต้อง ราบรื่นและมีประสิทธิผล เมื่อมีความรู้ความ เข้าใจและมั่นใจในระเบียบก็ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความ พร้อมในการปฏิบัติตามระเบียบได้เป็นอย่างดี เมื่อมี ความพร้อมแล้วก็สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมี ประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรสวรรค์ พร

กาญจนวงศ์⁹ ศึกษารูปแบบการดำเนินงานระบบสุขภาพ ระดับอำเภอ (District Health System) เขตสุขภาพที่ 12 ปี 2558 – 2560 ผลการศึกษาพบว่า ผลการดำเนินงานตาม ประเด็น ODOP ในทุกอำเภอผ่านเกณฑ์ UCCARE ระดับ 3 ขึ้นไปและมีการพัฒนาที่ดีขึ้น มีผลลัพธ์การแก้ไขปัญหา

ข้อเสนอแนะ

1. ไม่ควรมีการเปลี่ยนแปลงคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอบ่อยจนเกินไป เนื่องจากการดำเนินงาน ของคณะกรรมการเดิมจะเข้าใจปัญหาและวิธีการ ดำเนินงานอย่างถ่องแท้และมีประสิทธิภาพ

2. ส่งเสริมให้เกิดการประสานงานระหว่างภาคีเครือข่าย ให้ สามารถปฏิบัติตามแผน มีการประเมินผลงานตามแผนงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการ ดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอเพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าสนใจไปสู่การพัฒนากระบวนการ ดำเนินงานให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

2) ควรมี การศึกษาปัจจัยอื่นๆเพิ่มเติมเช่น สมรรถนะของบุคลากรการบูรณาการทำงานการมีส่วนร่วม และประสิทธิผลของ พขอ.

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2565] เข้าถึงจาก: <https://multi.dopa.go.th/legal/news/cate1/view43>.
2. สุรจิต สุตพันธ์ วรรณาก พรหมศวร จุฬารัตน์ ห้าวหาญ ภาวิณี เสาะสืบ ชลดา กิ่งมาลา. การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ เพื่อสุขภาวะชุมชน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2563; 10(2): 254-273.
3. สำนักงานบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) District Health System (DHS) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2565] เข้าถึงจาก: <http://www.spko.moph.go.th/wp-content/uploads/2013/10/No404.pdf>
4. กิตติ เหลาสภาพ ธานีทร์ ไชยานุกูล. ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย 2565; 4(2): 67-76.
5. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology 1932; 140: 1-55.
6. วุฒินันต์ สุตบอนิจ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจังหวัดยโสธร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2565; 7(1): 89-95.
7. อรรถวิทย์ วงศ์มณี และกิตติเหลาสภาพ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอในเขตสุขภาพที่ 10. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565; 15(3): 169-183.
8. แววดิ เหมวรานนท์. การประเมิน ผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2563; 6(1): 140-157.
9. พรสวรรค์ พรกาญจนวงศ์. (2562). รูปแบบการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) เขตสุขภาพที่ 12 ปี 2558 – 2560. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 33(1); 59-71.

การประเมินผลการจัดระบบบริการแบบ Home ward ในการดูแลผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 อำเภอ บุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

Evaluation of the home ward service system management for patients with confirmed COVID-19 infection, Buntharik District, Ubon Ratchathani Province

(Received: July 20,2023 ; Revised: July 29,2023 ; Accepted: July 31,2023)

จีระศักดิ์ กวียานนท์¹
Jeerasak Gaweeyanont¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเมินผลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการจัดบริการ Home ward ในการดูแลผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี โดยศึกษาในประชากร 430 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 ที่เข้ารับบริการระบบ Home ward 403 ราย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง จำนวน 27 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์ Pearson Chi –square โดยพบว่าการจัดระบบบริการ Home Ward ในการดูแลผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 โดยใช้บุคลากรโรงพยาบาลบุณฑริกดูแลผู้ป่วยด้วยระบบ Tele medicine ในการนัดหมายการเข้ารับบริการประเมินซ้ำรวมทั้งการประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินตามคำสั่งแพทย์ ส่วนบุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ติดตามอาการผู้ป่วยประจำวัน และประสานงานกับ Project manager ระดับอำเภอเพื่อประสานการดูแลที่เหมาะสมกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ โดยสารสนเทศที่ใช้ คือ ระบบการสื่อสารทั้งโทรศัพท์และไลน์ พบว่าผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด 1๙ ที่เข้าสู่ระบบบริการ Home Ward ส่วนมากจะอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.03 รองลงมา คือ อายุ 5 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.22 และอายุน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 0.74 ตามลำดับอายุน้อยสุด คือ 3 ปี อายุมากที่สุด คือ 90 ปี ภาวะเสี่ยงผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 ที่เข้าสู่ระบบบริการ Home Ward ส่วนมาก คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18.12 รองลงมา คือ DM with Hypertension , DM และ BMI คิดเป็นร้อยละ 16.37, 11.41 และ 9.67 ตามลำดับผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 ที่เข้าสู่ระบบบริการ Home Ward อาการดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 82.38 รองลงมา คือ อาการแย่ลงต้องรับมาประเมินก่อนนัด ร้อยละ 17.12 และอาการแย่ลงต้องมา admitted คิดเป็นร้อยละ 0.49 ตามลำดับ ระดับอายุมีผลต่อผลการรักษาของผู้ป่วยในระบบ Home ward แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โรคประจำตัวมีผลต่อผลการรักษาของผู้ป่วยในระบบ Home ward แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: โควิด19, Home ward

Abstract

This research is an evaluation research the purpose of this study was to evaluation of the Home Ward Service System Management for Patients with Confirmed COVID-19 Infection in Buntharik District, Ubon Ratchathani Province. The study consisted of 430 people, including those with confirmed COVID-19 infection. 403 people who received the service from the Home ward system, 27 related health workers. Data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation statistics. and analytical statistics Pearson Chi –square. It was found that the Home Ward service system for caring for patients with confirmed COVID-19 infection was used by Buntharik Hospital personnel to take care of patients with the Telemedicine system for re-assessment appointments, including coordination so that Patients were evaluated on physician orders. The

¹ กลุ่มบริการแพทย์ โรงพยาบาลบุณฑริก

primary care unit personnel in the area Follow up on daily patient symptoms and coordinate with the project manager at the district level to coordinate appropriate care in the event that the patient has abnormal symptoms. The information used is a communication system both telephone and line. It was found that most patients with confirmed COVID-19 infection who logged into the Home Ward service system were over 60 years old, representing 62.03%, followed by 5-59 years old, representing 37.22% and younger than 5. years, representing 0.74 percent, respectively. The youngest age is 3 years, the oldest age is 90 years. The risk of confirmed COVID-19 patients entering the Home Ward service system was mostly hypertension, 18.12%, followed by DM with Hypertension, DM and BMI, accounting for 16.37%, 11.41 and 9.67% according to number. Patients' symptoms improved, accounting for 82.38%. followed by 17.12% of worsening symptoms must be admitted before the appointment, and 0.49% of worsening symptoms must be admitted, respectively. The age level affects the treatment outcome of patients in the Home ward system differently at the statistical significance level of 0.05. Congenital disease affects the treatment outcome of patients in the Home ward system differently at the statistical significance level of 0.05.

Keywords: COVID19, Home ward

บทนำ

สถานการณ์วิกฤติที่ทั่วโลกกำลังเผชิญ คือ การระบาดของโรค COVID19 หลังจากที่มีการพบผู้ที่ติดเชื้อรายแรกในเมืองอู่ฮั่นเมื่อเดือนธันวาคม 2562¹ ซึ่ง COVID19 เกิดจากไวรัสชนิดหนึ่งในตระกูลโคโรนา สามารถก่อให้เกิดโรคได้ทั้งในคนและสัตว์ ซึ่งถ้าเกิดในคนจะทำให้เกิดโรคทางเดินหายใจอักเสบ โดยมีระยะฟักตัว 2 - 14 วัน ซึ่งอาจไม่มีอาการป่วยที่สังเกตเห็นได้ สามารถแพร่กระจายเชื้อได้จากละอองฝอยจากการไอ จาม น้ำลาย น้ำมูก ซึ่งหากร่างกายสูดเอาละอองฝอยจากการไอ จาม ของผู้ติดเชื้อจะสามารถรับเชื้อเข้าสู่ร่างกายได้ เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่และเป็นยุคโรคไร้พรมแดน ทำให้มีการระบาดไปทั่วโลก

สำหรับสถานการณ์โรค COVID 19 ในไทย พบผู้ป่วยรายแรก เมื่อวันที่ 8 มกราคม 2563 ซึ่งผู้ป่วยเป็นหญิงชาวจีนคัดกรองได้ที่สนามบินสุวรรณภูมิ และพบผู้ป่วยคนไทยคนแรกที่ไม่ใช่ประวัติไปจีน โดยมีอาชีพขับแท็กซี่ ตรวจพบเมื่อวันที่ 31 มกราคม 2563 หลังจากนั้นก็พบผู้ป่วยที่พบในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยในเดือนมีนาคมโดยแหล่งรังโรคคือสนามมวยลุมพินีและสถานบันเทิง ซึ่งส่งผล

กระทบต่อสังคม เศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก โดยกุลณัฐ ไกรศรีและคณะ (2564)² ได้ศึกษาผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19 ที่ส่งผลต่อแหล่งท่องเที่ยวชุมชนในจังหวัดปทุมธานี พบว่านักท่องเที่ยวเข้ามาในพื้นที่ลดน้อยลงมาก จึงส่งผลกระทบต่อการบริหารพื้นที่ท่องเที่ยวโดยรวมที่ได้รับผลกระทบ เช่นร้านอาหาร ร้านขายของฝาก ต้องปิดตัวลงไปด้วยเนื่องจากมีนักท่องเที่ยวน้อยลง ส่วนของร้านที่เปิดให้บริการก็วางมาตรการควบคุมการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) กับผู้มาใช้บริการ จันทรวิมล ศิริกังวาล และคณะ (2564)³ ได้ศึกษาผลกระทบด้านเศรษฐกิจสถานการณ์โควิด-19 ต่อครัวเรือนในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม สมาชิกในครอบครัว 3-4 คน และครัวเรือนมีรายได้ก่อนสถานการณ์โควิด-19 เท่ากับ 30,721.59 บาท และหลังสถานการณ์โควิด-19 รายได้ลดลงเหลือ 28,593.09 บาท สำหรับค่าใช้จ่ายของครัวเรือนก่อนสถานการณ์โควิด-19 เท่ากับ 27,991.15 บาท และหลังสถานการณ์โควิด-19 ลดลงเหลือเท่ากับ 27,271.92 บาท ส่วนหนี้สินของครัวเรือนโดยเฉลี่ยของครัวเรือนก่อนสถานการณ์โควิด-19 เท่ากับ

1,185.00 บาท และหลังสถานการณ์โควิด-19 มีหนี้สินลดลงเท่ากับ 1,023.25 บาท การออมเงินของครัวเรือนก่อนสถานการณ์โควิด-19 เท่ากับ 2,538.25 บาท และหลังสถานการณ์โควิด-19 ออมเงินลดลงเหลือ 185.99 บาท วิเชียร มั่นแท้ และคณะ (2564)⁴ ได้ศึกษาผลกระทบและการปรับตัวของประชาชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของของโรคโควิด-19 จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มวัยทำงานได้รับผลกระทบมากที่สุด ประกอบด้วย 5 ด้านได้แก่ 1) ด้านเศรษฐกิจ ทำให้รายได้ส่วนใหญ่ลดลง 2) ด้านสุขภาพ ทำให้สมาชิกในครัวเรือนตื่นตัวในการป้องกันการติดเชื้อและดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น 3) ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม คือ บุคคลที่มีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครัวเรือน คือ คนรัก/คู่สมรส ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ 4) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ทำให้การเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารได้แก่ โทรศัพท์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากขึ้น 5) ด้านการศึกษา ทำให้นักเรียน/นักศึกษาต้องเรียนออนไลน์อยู่ในระดับมากขึ้น ส่วนการปรับตัวของประชาชนพบว่า 1) ด้านเศรษฐกิจ มีการสร้างอาชีพใหม่ของสมาชิกในครัวเรือนเพื่อการเพิ่ม รายได้ 2) ด้านสุขภาพ มีการปรับตัวเกี่ยวกับการพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการหมั่นล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ 3) ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่า วิธีการพูดคุยกันอยู่ในระดับปกติ และการได้รับความช่วยเหลือในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า การขอความช่วยเหลือจากญาติ 4) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ พบว่า มีการปรับตัวเกี่ยวกับการเรียนรู้การใช้อุปกรณ์สื่อสารด้วยตนเอง 5) ด้านการศึกษา พบว่า การขอให้คนรู้จักสอนหนังสือให้ลูก/หลาน ณรงค์ ใจเที่ยง (2564)⁵ ได้อธิบายถึงมาตรการป้องกันโควิด 19 ระบดระลอกใหม่ จากกฎหมายคุ้มครอง "โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการรวบรวมกฎหมายประกาศ มาตรการและแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโค

วิด-19 (COVID-19) โดยมาตรการต่างๆ เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย สร้างความร่วมมือ อำนาจสั่งการ และความรับผิดชอบต่อสังคม ข้อเสนอแนะคือ หมั่นล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอด้วยน้ำและสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจลล้างมือ ไม่นำมือมาสัมผัสตา จมูก ปาก โดยไม่จำเป็น และปฏิบัติตามคำแนะนำ "กินร้อน ช้อนกู ญ่ สบู่ อยู่ห่างกัน" อย่างเคร่งครัด กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2565)⁵ ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและการจัดบริการผู้ป่วยโควิด 19 แบบ Home Isolation ฉบับปรับปรุง วันที่ 4 มกราคม 2565 โดยให้ผู้ป่วยโควิด 19 ที่ไม่ได้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแยกกักตั้งแต่วันที่เริ่มป่วยหรือตรวจพบเชื้อเป็นเวลาอย่างน้อย 10 วัน โดยเป็นผู้ป่วยที่มีอาการแสดงเล็กน้อยหรือไม่แสดงอาการ มีสุขภาพแข็งแรง อายุต่ำกว่า 75 ปี มีโรคร่วมที่รักษา และสามารถควบคุมได้ตามดุลยพินิจของแพทย์ และยินยอมแยกตัวในที่พักของตนเอง และศูนย์ EOC จังหวัดอุบลราชธานี (2565) ได้มีข้อสั่งการเมื่อวันที่ 6 มกราคม 2565 ให้เริ่มจัดบริการ Home Isolate ผู้ป่วยทุกอำเภอ โดยให้ Admitted เฉพาะผู้ป่วยระดับ 3-4 และกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูงให้จัดบริการ Home Isolate เลย ไม่ต้อง PCR ซ้ำ

สำหรับอำเภอภูพาน จังหวัดอุบลราชธานี พบผู้ป่วยรายแรกต้นเดือนมีนาคม 2563 จากการสอบสวนโรคพบว่าเป็นภรรยาผู้ป่วยที่ยืนยันการติดเชื้อ COVID19 รายที่ 2 ของจังหวัดอุบลราชธานี และรายที่ 2 และ 3 ตรวจพบเมื่อปลายเดือนมีนาคม 2563 เป็นผู้ป่วยที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง คือ จังหวัดภูเก็ต เมื่อเดินทางเข้าพื้นที่แล้วพบว่ามีอาการเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค PUI และเริ่มพบผู้ป่วยจากการระบาดของโรค COVID19 ระลอกที่ 3 อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 จนถึงปัจจุบันจากนโยบายระบบการรักษาที่เริ่มมีการปรับเปลี่ยน

และจำนวนผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว และมีภาวะเสี่ยงอื่นๆ เพิ่มขึ้น ในช่วงเดือนมีนาคม 2565 พบผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเฉลี่ยวันละ 20 -30 ราย ทำให้ระบบการรักษาผู้ป่วยแบบผู้ป่วยในที่มี Cohort ward และโรงพยาบาลสนามซึ่งสามารถให้บริการรวมกันได้ไม่เกิน 100 ราย ทำให้ไม่สามารถจัดบริการแบบผู้ป่วยในให้กับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้ ดังนั้นจึงได้มีการจัดระบบบริการ Home ward ซึ่งเป็นการให้บริการที่เหมือนการจัดบริการผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยระดับ 3.1 และ 2 ซึ่งหลังจากได้มีการดำเนินการดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้มีการประเมินผลการดำเนินการตามโปรแกรมดังกล่าวเพื่อจะได้เป็นประโยชน์ในการนำไปพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อประเมินผลการจัดบริการ Home ward ในการดูแลผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 อำเภอพุทธนิคม จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน

รูปแบบการศึกษา เป็น Evaluation research ประชากรที่เข้ารับการศึกษารวมทั้งหมด 430 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 ที่เข้ารับบริการระบบ Home ward 403 ราย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล จำนวน 10 ราย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน จำนวน 17 ราย สถานที่ทำการวิจัย โรงพยาบาลพุทธนิคม อำเภอพุทธนิคม จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

โดยการศึกษารายงานการสอบสวนโรคและเวชระเบียนผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 ที่เข้าสู่ระบบบริการ Home ward การสัมภาษณ์และสอบถาม

ประชากรผู้เข้ารับการศึกษาก็รวบรวมข้อมูลและประมวลผล วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูล สรุปผล และจัดทำรายงานการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์

สถิติความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ผลการศึกษา (สาระสำคัญที่ได้จากการศึกษา วิจัย/การคิดค้น)

การประเมินผลการใช้โปรแกรม DAVC ในการประเมินผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 อำเภอพุทธนิคม

6.1 Cortex เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพุทธนิคมที่ให้บริการดูแลประชาชนในพื้นที่ 8 ตำบล 127 หมู่บ้าน มีหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 17 แห่ง เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 16 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน 1 แห่ง มีหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง หลังจากที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ได้มีการปรับตั้งผู้ป่วยใน 1 แห่งเป็น Cohort ward สามารถรับผู้ป่วยได้ 35 ราย และเมื่อเดือนสิงหาคม 2565 ได้มีการเปิดโรงพยาบาลสนามสามารถรับผู้ป่วยได้ 80 ราย ส่วนการให้บริการตรวจผู้ป่วยนอกได้มีการปรับพื้นที่เป็น ARI clinic ซึ่งเปิดให้บริการ 08.00 – 16.00 น. สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ไม่เกิน 50 ราย ซึ่งถ้าเกินกว่านี้จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการล่าช้า

หลังจากระบาดของโรคโควิด 19 ในช่วงเดือนมกราคม 2565 ซึ่งพบผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจากประกาศกรมการแพทย์ฉบับปรับปรุงวันที่ 1 มีนาคม 2565 เรื่องแนวทางการคัดกรองเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 แบบโรคประจำถิ่น (Endemic) อำเภอพุทธนิคม ได้มีการปรับระบบการดูแลผู้ป่วยนอกออกเป็น 2

ระบบคือ รับเข้ามาประเมินโรงพยาบาลซึ่งดูแลโดย ARI clinic และกลุ่ม Home Isolate รอรับยาที่บ้าน โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพให้บริการแบบ Tele med

นอกจากนี้ยังพบว่านโยบายระบบการรักษาที่เริ่มมีการปรับเปลี่ยน และจำนวนผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว และมีภาวะเสี่ยงอื่นๆ เพิ่มขึ้น ในช่วงเดือนมีนาคม 2565 พบผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเฉลี่ยวันละ 20 -30 ราย ทำให้ระบบการรักษาผู้ป่วยแบบผู้ป่วยในที่มี Cohort ward และโรงพยาบาลสนามซึ่งสามารถให้บริการรวมกันได้ไม่เกิน 100 ราย ทำให้ไม่สามารถจัดบริการแบบผู้ป่วยในให้กับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้ ดังนั้นจึงได้มีการจัดระบบบริการ Home ward ซึ่งเป็นการให้บริการที่เหมือนการจัดบริการผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยระดับ 3.1 และ 2 ซึ่งมีระบบการติดตามอาการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลบุณฑริก รวมทั้งมีการกลับมาประเมินซ้ำเหมือนการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในที่มี Cohort ward และโรงพยาบาลสนาม

6.2. Input การจัดระบบบริการ Home Ward ในการดูแลผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด 19

6.2.1 บุคลากร ในการจัดบริการระบบ Home ward มีการใช้ทรัพยากรบุคคล ดังนี้ 1) บุคลากร โรงพยาบาลบุณฑริกโดยเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพมาดูแลผู้ป่วยด้วยระบบ Tele medicine ในระหว่างเวลา 08.00 – 16.00 วันละ 2 คนในวันราชการ และในวันหยุดราชการวันละ 1 คน โดยทำหน้าที่ในการโทรศัพท์นัดหมายการเข้ารับบริการประเมินซ้ำ และให้บริการรวมทั้งการประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินตามคำสั่งแพทย์ 2) บุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ติดตามอาการผู้ป่วยประจำวัน และประสานงานกับ Project manager ระดับอำเภอเพื่อประสานการดูแลที่เหมาะสมกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ

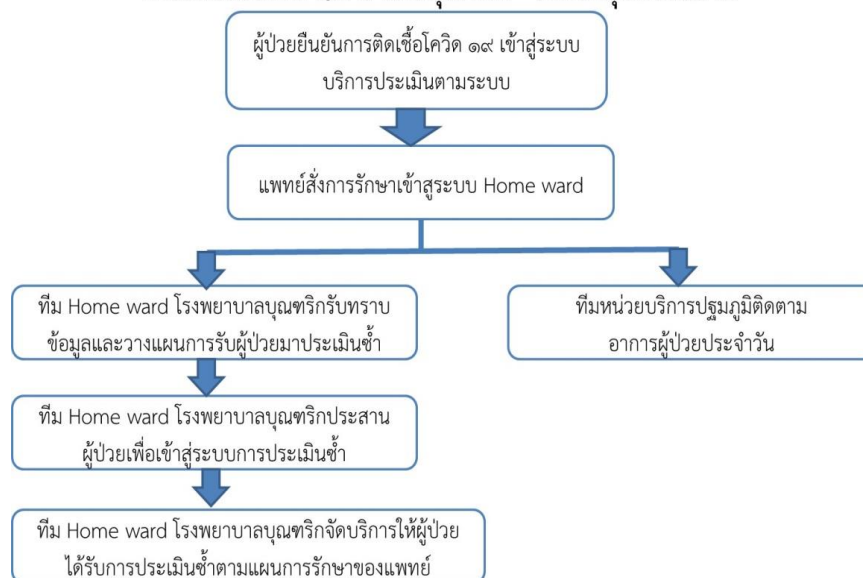
6.2.2 อุปกรณ์ / เครื่องมือ สำหรับการ จัดบริการระบบ Home ward มีอุปกรณ์ที่ต้องใช้ คือ รถสำหรับรับส่งผู้ป่วยมาประเมินซ้ำ

6.2.3 สารสนเทศ สำหรับสารสนเทศที่ใช้ คือ ระบบการสื่อสารทั้งโทรศัพท์และไลน์

6.2.4 งบประมาณ ในส่วนของงบประมาณที่ใช้สำหรับการจัดระบบบริการ Home Ward คือ ค่าตอบแทนนอกเวลาราชการสำหรับบุคลากร จำนวน 1 OT ต่อ 1 วันหยุดราชการ

6.3 Process

ขั้นตอนการจัดระบบบริการแบบ Home ward ในการดูแลผู้ป่วยยืนยัน การติดเชื้อโควิด ๑๙ อำเภอหนองปรือ จังหวัดอุบลราชธานี



6.4 Product

6.4.1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด 19
ที่เข้าสู่ระบบบริการ Home ward จำแนกตามอายุ

อายุ	จำนวน (n =403)	ร้อยละ
อายุน้อยกว่า 5 ปี	3	0.74
อายุ 5 - 59 ปี	150	37.22
อายุมากกว่า 60 ปี	250	62.03
Minimum =3 Maximum = 90 ; $\bar{X}$ = 60.84 SD 16.07		

จากตารางที่ 1 จะพบว่าผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด 1๙ ที่เข้าสู่ระบบบริการ Home Ward ส่วนมากจะอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.03 รองลงมา คือ อายุ 5 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.22 และอายุน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 0.74 ตามลำดับอายุน้อยสุด คือ 3 ปี อายุมากที่สุด คือ 90 ปี

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยยืนยัน
การติดเชื้อโควิด 19 ที่เข้าสู่ระบบบริการ Home ward

ภาวะเสี่ยง	จำนวน (n=403)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะเสี่ยง	147	36.22
HT	69	17.12
DM with HT	66	16.37
DM	46	11.41
BMI > 35	39	9.67
Asthma	12	2.97
Pregnancy	11	2.72
CA	6	1.48
หัวใจ	4	0.99
Stroke	2	0.49
HIV	2	0.49

จากตารางที่ 2 จะพบว่าภาวะเสี่ยงผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 ที่เข้าสู่ระบบบริการ Home Ward ส่วนมาก คือ โรคความดันโลหิตสูง

ร้อยละ 18.12 รองลงมา คือ DM with Hypertension , DM และ BMI คิดเป็นร้อยละ 16.37, 11.41 และ 9.67 ตามลำดับ

อาการแฉ่งต้อง admitted	2	0.49

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลหลังการรับบริการในระบบ Home ward

ผลการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
อาการดีขึ้น	332	82.38
อาการแฉ่งต้องรับมาประเมินก่อนนัด	69	17.12

จากตารางที่ 3 จะพบว่าภาวะเสี่ยงผู้ป่วย ยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 ที่เข้าสู่ระบบบริการ Home Ward อาการดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 82.38 รองลงมา คือ อาการแฉ่งต้องรับมาประเมินก่อนนัด ร้อยละ 17.12 และอาการแฉ่งต้องมา admitted คิดเป็นร้อยละ 0.49 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ผลของระดับอายุต่อผลการรักษาของผู้ป่วยในระบบ Home ward (403)

ผลการรักษา	ระดับอายุ					
	< 5 ปี	ร้อยละ	5 – 59 ปี	ร้อยละ	> 60 ปี	ร้อยละ
อาการดีขึ้น	3	100	133	89.3	196	78.1
อาการแฉ่งต้องรับมาประเมินก่อนนัด	0	0	16	10.7	53	21.1
อาการแฉ่งต้อง admitted	0	0	0	0	2	0.8
รวม	3	100	149	100	251	100
Pearson Chi –square 0.05*						

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่าระดับอายุมีผลต่อผลการรักษาของผู้ป่วยในระบบ Home ward แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 ผลของระดับอายุต่อผลการรักษาของผู้ป่วยในระบบ Home ward (403)

โรคประจำตัว	ผลการรักษา					
	อาการดีขึ้น	ร้อยละ	ประเมินก่อนนัด	ร้อยละ	admitted	ร้อยละ
ไม่มีโรคประจำตัว	125	37.7	19	27.5	1	50
เบาหวาน	13	13.0	4	5.8	0	0
ความดันโลหิตสูง	66	19.9	4	5.8	0	0
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	36	10.8	23	33.3	1	50
หัวใจ	3	0.8	1	1.4	0	0
HIV	2	0.6	0	0	0	0
ตั้งครรภ์	12	3.6	2	2.9	0	0
Asthma	7	2.1	5	7.2	0	0

BMI >30	31	9.3	5	5.2	0	0
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ	2	0.6	2	2.9	0	0
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายระยะที่ 5	0	0	1	1.4	0	0
มะเร็ง	3	0.8	3	4.3	0	0
Stroke	2	0.6	0	0	0	0
รวม	332	100	69	100	2	100
Pearson Chi –square 0.001*						

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 5 พบว่าโรคประจำตัวมีผลต่อผลการรักษาของผู้ป่วยในระบบ Home ward แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ระบบบริการแบบ Home Ward เป็นการจัดระบบบริการแบบ Telemedicine สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงแต่มีข้อจำกัดในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่าภาวะเสี่ยงผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 ที่เข้าสู่ระบบบริการ Home Ward ส่วนมาก คือ ไม่มีภาวะเสี่ยง ร้อยละ 36.22 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18.12 รองลงมาคือ DM with Hypertension , DM และ BMI คิดเป็นร้อยละ 16.37, 11.41 และ 9.67 และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในระบบดังกล่าวมีอาการดีขึ้นคิดเป็นร้อยละ 82.38 ตามลำดับซึ่งสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง วันที่ 22 เมษายน 2565 ของกรมการแพทย์ (2565)⁶ กรณีที่อาการไม่รุนแรงให้การักษาแบบผู้ป่วยนอก (Outpatient & Self Isolation, home isolation หรือสถานที่รัฐ จัดให้ตามความเหมาะสม โดยคำนึงถึงหลักการป้องกันการแพร่ เชื้อตามคำแนะนำที่เกี่ยวข้อง และสอดคล้องกับการศึกษาของสมสมัย รัตนกริฑากุล และคณะ (2561)⁷ ซึ่งได้

ศึกษาจากผู้ให้ ข้อมูลแบบเจาะจงจำนวน 25 คน จากบุคคลหลักผู้พัฒนาและผู้ใช้บริการระบบการดูแลผู้ป่วย ที่บ้าน ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาลและพยาบาล วิชาชีพกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน พยาบาล วิชาชีพหอผู้ป่วยใน พยาบาลงานผู้ป่วยนอก พยาบาลจิตเวช นักกายภาพบำบัด และเภสัชกร บุคลากรในหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ปลัดเทศบาลตำบล บุคลากรประจำรพ.สต. ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ใช้บริการ ญาติ ผู้ดูแล ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย พบว่ารูปแบบระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีธนาคารอุปกรณ์ มีระบบการประเมินสภาพผู้ป่วย ให้การดูแลแบบองค์รวม พยาบาลประสานความร่วมมือ กับหน่วยงาน กลุ่ม องค์กรต่างๆ เกิดเป็นภาคีเครือข่าย ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง สามารถลดอัตราการครองเตียง ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่าเกณฑ์

8. การนำผลงานไปใช้ประโยชน์

ข้อเสนอแนะ

1. ระบบบริการแบบ Home Ward เป็นระบบบริการที่ผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 พักรักษาที่บ้านแต่ได้รับบริการการประเมินและประเมินซ้ำแบบเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเป็นการให้บริการผ่านระบบ Tele medicine ซึ่งทำให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงแต่ไม่สามารถรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลได้รับความปลอดภัยมากขึ้น

2. สำหรับการวิจัยนี้สามารถนำรูปแบบการจัดบริการแบบ Home ward ไปปรับใช้กับการจัดบริการผู้ป่วยในกลุ่มโรคอื่นที่มีข้อจำกัดในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วย IMC , ผู้ป่วยจิตเวช โดยจัดบริการร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการแบบ Home ward

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2020). update-28-covid-19-what-we-know. WHO Publications. [เข้าถึงเมื่อ 2 เม.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/update-28-covid-19>
2. กุลณัฐ ไกรศรีและคณะ. (2564). ศึกษาผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19 ที่ส่งผลกระทบต่อแหล่งท่องเที่ยวชุมชนในจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. [เข้าถึงเมื่อ 2 เม.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/svittj/article/view/243621/174030>
3. จันทรวมล คีรีกังวาล และคณะ (2564). ผลกระทบด้านเศรษฐกิจสถานการณ์โควิด-19 ต่อครัวเรือนในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. [เข้าถึงเมื่อ 2 เม.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/hssj/article/view/248557/171474>
4. วิเชียร มั่นแหล่ และคณะ. (2564). การศึกษาผลกระทบและการปรับตัวของประชาชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคโควิด-19 จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช. [เข้าถึงเมื่อ 20 เม.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JMND/article/view/256978/171137>
5. ณรงค์ ใจเที่ยง. (2564). มาตรการป้องกันโควิด 19 ระบดระลอกใหม่. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณะ สุข. [เข้าถึงเมื่อ 2 พ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก : https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/249130/171691
6. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2565) แนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำและการจัดบริการ Home Isolate ฉบับปรับปรุงวันที่ 4 มกราคม 2565 [เข้าถึงเมื่อ 21 เม.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก:https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=159

7. สมสมัย รัตนกรีฑากุล และคณะ (2561). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน: กรณีศึกษา ณ วัดกรรมการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/153348>

ผลของการสร้างคุณค่าในตัวเองร่วมกับการเสริมพลังในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลปางมะผ้า อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน

Effects of building self-worth together with empowerment in preventing depression among the elderly in Pangmapha Subdistrict, Pangmapha District, Mae Hong Son Province

(Received: July 20,2023 ; Revised: July 29,2023 ; Accepted: July 31,2023)

ธนวัฒน์ คงธรรม¹
Tanawat Kongtham¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสร้างคุณค่าในตัวเองร่วมกับการเสริมพลังในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลปางมะผ้า อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน รวม 60 คน กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้สูงอายุตำบลปางมะผ้า อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้สูงอายุตำบลนาปูป้อม อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 10 พฤษภาคม 2566 ถึงวันที่ 10 สิงหาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยคำร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชฌิมฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองแสดงว่าโปรแกรมที่สร้างขึ้นสามารถป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลปางมะผ้า อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอนได้ผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: การสร้างคุณค่า การเสริมพลัง ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of self-esteem building combined with empowerment on the prevention of depression among the elderly in Pangmapha Subdistrict, Pangmapha District, Mae Hong Son Province. The sample group was divided into two groups, with 30 people in each group, resulting in a total of 60 participants. The comparison group consisted of elderly individuals in Na Pu Pom subdistrict, Pangmapha District, Mae Hong Son Province. The experimental group received the program for a period of 12 weeks, while the comparison group received normal care. Data were collected using questionnaires administered before and after the experiment. Data analysis was conducted between May 10, 2023, and August 10, 2023, using descriptive statistics, including percentages, means, standard deviations, medians, and 25th and 75th percentiles. The difference in mean scores of variables within the group was compared using the paired t-test, while the difference in mean scores among the groups was analyzed using the independent t-test. The significance level was set at 0.05.

The study found that after the experiment, the experimental group exhibited higher mean scores in knowledge about depression, perceived risk of depression, perceived severity of depression, perceived benefits in preventing depression, perceived barriers to preventing depression, social support for depression prevention, and anti-depressive behaviors compared to before the experiment and the comparison group, with statistical significance at the 0.05 level. Pangmapha District, Mae Hong Son Province achieved the expected results as per the objectives set.

Keywords: Value Creation, Empowerment, Depression, Aging

¹ โรงพยาบาลปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน Email: Hooley_2524@hotmail.com

บทนำ

สังคมไทยมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลให้เข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging Society) คาดการณ์ผู้สูงอายุทั่วโลกในปี ค.ศ. 2050 จะเพิ่มขึ้น 2 เท่าตัว โดยมีจำนวนกว่า 2,000 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรโลก และ ปี ค.ศ. 2100 ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกจะมีถึง 3,000 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 30 ของประชากรโลก⁽¹⁾ ประชากรทั้งหมดในทุกประเทศทั่วโลก อาจเพิ่มเป็น 8,000 ล้านคนในปีพุทธศักราช 2568 และอาจจะมีถึง 9,352 ล้านคนในปีพุทธศักราช 2593 ซึ่งเมื่อถึงเวลานั้นจะมีผู้สูงอายุนาน 1,800 ล้านคนซึ่งจะเกิน 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด และจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ⁽²⁾ ประเทศไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุจำนวนกว่า 10.7 ล้านคน หรือร้อยละ 15.28 ในปี พ.ศ. 2563 และในอีก 20 ปีข้างหน้า พ.ศ. 2573 จะเพิ่มมากกว่า 2 เท่าตัว⁽³⁾ ภาวะซึมเศร้าเป็นความเปราะบางทางด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรมที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าที่แฝงอยู่ในตัว และจะถูกกระตุ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นวิกฤตของชีวิต⁽⁴⁾ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวตนเองมีภาวะซึมเศร้า แต่มักมาพบแพทย์ด้วยอาการเจ็บป่วยทางกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ซึ่งเป็นอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุ⁽⁵⁾ องค์การอนามัยโลกพบสถิติการเกิดภาวะซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 322 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก⁽⁶⁾

จากการสำรวจสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยพบว่า ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มประชากรในวัยอื่นโดยสามารถพบได้มากถึงร้อยละ 10-13 และพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปพบเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.6 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้าน ร่างกาย ด้านสังคม และด้านจิตใจ นอกจากนี้ยังเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับความพลัดพราก เสียชีวิตจากคนรัก ญาติ การสูญเสีย ความภาคภูมิใจในตัวเอง ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัว

ในการดำรงชีวิตอย่างมาก ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อ การเปลี่ยนแปลงจะทำให้เกิดความเครียดวิตกกังวล ผิดหวังต่อตนเองรู้สึกไร้ค่า จนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ วัยสูงอายุจะเป็นช่วงวัยที่มีความเสื่อมทางร่างกายและเกิดการเจ็บป่วยจากความเสื่อมถอยของร่างกายซึ่งจะส่งผลต่อการพึ่งพิงระบบบริการสุขภาพมากขึ้น ยิ่งกว่านั้นผู้สูงอายุที่ขาดความมั่นคงด้านมิติต่างๆ จะก่อผลกระทบจำนวนมาก เช่น ผู้ที่มีร่างกายไม่แข็งแรงจะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวนมากและกลายมาเป็นภาระในการจัดการของระบบสุขภาพและสังคมในทุกประเทศทั่วโลก⁽⁷⁾ จากการศึกษาคาดการณ์ขององค์การสหประชาชาติ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางโดยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 80 และในประเทศไทยจัดเป็นประเทศหนึ่งซึ่งจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในระดับสุดยอด⁽⁸⁾ และจากศึกษาขององค์การอนามัยโลก ธนาคารโลกและคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด คาดการณ์ภาระโรคที่มีต่อประชากรในภูมิภาคของโลกพบว่าโรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงอันดับของโลกที่เป็นภาระจากอันดับ 4 ในปี ค.ศ. 1990 มาเป็นอันดับ 2 ในปี ค.ศ. 2020 รองลงมาจากโรคหัวใจหลอดเลือด⁽⁸⁾ โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในช่วงอายุประมาณ 65 ถึง 68 ปี โดยที่ร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุมักพบภาวะความทรมานจากการป่วยด้วยโรคภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความบกพร่องทั้งด้านสุขภาพกายการทำหน้าที่และการเข้าสังคมนอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดความรู้สึกทรมานมีความคิดอยากทำร้ายตัวเองเพิ่มอัตราการตายและลดระดับคุณภาพชีวิตลง⁽⁹⁾ ภาวะซึมเศร้านั้นมีสาเหตุจากการสูญเสียและการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ⁽¹⁰⁾ โดยความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าขึ้นอยู่กับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเมื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำลงจะส่งผลให้เกิดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามากขึ้น และในทาง

กลับกันเมื่อความรุนแรงของโรคภาวะซึมเศร้าลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองก็จะมากขึ้น⁽¹¹⁾ จากการวิจัยของ Orth และคณะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตัวเองกับภาวะซึมเศร้าพบว่าผู้ที่เห็นคุณค่าในตัวเองต่ำก็จะมีเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูง⁽¹²⁾ องค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับของภาวะซึมเศร้ารุนแรงอยู่ในระดับความทุพพลภาพที่รุนแรงที่สุด ผลแทรกซ้อนที่สำคัญคือการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรงมาก⁽¹³⁾ เมื่อพิจารณาผลกระทบด้านจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Live with Disability: LD) ปัญหาภาวะซึมเศร้าจัดเป็นสาเหตุอันดับที่ 1 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง และเป็นอันดับ 1 ในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ทางด้านการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) ปัญหาภาวะซึมเศร้าจัดเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและมีรายได้สูงคิดเป็นร้อยละ 5.1 และ 8.2 ตามลำดับ⁽¹³⁾ ประเทศไทย ปัญหาภาวะซึมเศร่ายังคงเป็นภาระโรคที่สำคัญ เปรียบเทียบความสูญเสียจากการบาดเจ็บ 135 ประเภทพบว่า ปัญหาการก่อความสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับที่ 1 ในเพศหญิงและเป็นอันดับที่ 9 ในเพศชาย เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มโรคทางจิตเวชพบว่า ปัญหาภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะสูงเป็นอันดับที่ 1 และ จำนวนปีที่สูญเสียภาวะบกพร่องทางสุขภาพ เป็นสาเหตุการสูญเสียอันดับที่ 1 ในเพศหญิงและอันดับที่ 2 ในเพศชาย ผู้สูงอายุไทยพบภาวะซึมเศร้าเป็นภาระโรคอันดับที่ 10 ในเพศชายอันดับที่ 5 ในเพศหญิง⁽¹⁴⁾

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางและรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่ามีการที่หลากหลายตามบริบทพื้นที่ของแต่ละพื้นที่ เช่น การให้คุณค่ากับผู้สูงอายุ การยอมรับ การเปิดโอกาสให้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนตามปกติ การให้เกียรติ การให้โอกาสในการแสดงบทบาทต่าง ๆ ตามความเหมาะสม การจัดการด้านสุขภาพ การมีสุขภาพร่างกายที่ดี การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ และการ

จัดการด้านจิตใจและอารมณ์ความเครียด ซึ่งแตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่ เช่น การศึกษาของ บุศรา สุขสวัสดิ์⁽¹⁵⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความหวังและภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตามผลแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหวังหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามมา 1 เดือน ต่ำกว่าก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ศิริธยา รอดเจริญ⁽¹⁶⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าและมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถานการณ์ผู้สูงอายุของจังหวัดแม่ฮ่องสอน เพิ่มขึ้นทุกปีโดยมีจำนวนผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2565 จำนวน 14,920 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 7.7 อำเภอปางมะผ้ามีประชากรทั้งสิ้น 15,152 คน มีผู้สูงอายุทั้งสิ้น 1,869 คน คิดเป็นร้อยละ 12.3 ของประชากรทั้งหมด และเพิ่มขึ้นเรื่อยมาตั้งแต่ปี 2562-2565 พบผู้สูงอายุจากร้อยละ 7.8 เป็นร้อยละ 12.3 ตามลำดับ พบผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จำนวน 176 คน คิดเป็นร้อยละ 10.6 ของผู้สูงอายุทั้งหมดซึ่งมีโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก โดยมีผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพทางกาย คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเจ็บป่วย และการขาดการเอาใจใส่ดูแล ส่วนมากจะมาจากปัญหาสุขภาพทางกายและจิตใจเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากการสำรวจสุขภาพจิตของผู้สูงอายุพบว่าพบผู้สูงอายุมีภาวะเครียด ร้อยละ 8.9 วิตกกังวลเรื่องการอยู่อาศัยร้อยละ 33 มีภาวะ

เป้าหมายร้อยละ 47 มีโอกาสฆ่าตัวตายและมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 2.7 ตามลำดับ⁽¹⁷⁾ จากปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ผลกระทบที่เกิดกับผู้สูงอายุและครอบครัว การเป็นภาระของสังคมและประเทศชาติ รวมถึงปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอำเภอปางมะผ้า ประกอบกับการยังไม่มีการศึกษาถึงผลของแนวทาง นวัตกรรม หรือ ผลของรูปแบบที่จะใช้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลปางมะผ้า อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการสร้างคุณค่าในตัวเองร่วมกับการเสริมพลังในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลปางมะผ้า อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อให้รู้ถึงผลของโปรแกรมการสร้างคุณค่าในตัวเองร่วมกับการเสริมพลังในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลปางมะผ้า อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน และนำไปสู่การดัดแปลงไปขยายผล ประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการสร้างคุณค่าในตัวเองร่วมกับการเสริมพลังในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลปางมะผ้า อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน

วิธีการวิจัย

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

ประชากรกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

ประชากร (populations) ได้แก่ ผู้สูงอายุตำบลปางมะผ้า อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน

กลุ่มตัวอย่าง (samples) คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน ดังนั้น กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุตำบลปางมะผ้า อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 30 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้สูงอายุตำบลนาปู่ป้อม อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่ได้จากการคำนวณจำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ คือ โปรแกรมการสร้างคุณค่าในตัวเองร่วมกับการเสริมพลังในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลปางมะผ้า อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลปางมะผ้า อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า ผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การแสดงบทบาทสมมติ และการเยี่ยมเสริมพลัง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นและประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ด้านละ 5 ข้อ จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้า จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ

ผลการทดสอบเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความ

เชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.88 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.84 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 0.82 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.80 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.74 และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.80 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

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

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน เลขที่ MHS REC 026.2566 ลงวันที่ 9 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 68.73 ปี (SD= 5.80 ปี) มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 66.7 มีอาชีพเป็นเกษตรกร เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน เป็นต้น ร้อยละ

56.7 มีมัธยฐานของรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 4,100 บาท ($P_{25}=3,700$ บาท : $P_{75}=5,000$ บาท) การศึกษาอยู่ในระดับอนุปริญญา/ปวส ร้อยละ 33.4 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.3 และความสัมพันธ์ในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.3 ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 68.47 ปี (SD= 6.63 ปี) มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 60.0 มีอาชีพเป็นเกษตรกร เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน เป็นต้น ร้อยละ 73.4 มีมัธยฐานของรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 5,000 บาท ($P_{25}=3,000$ บาท : $P_{75}=10,000$ บาท) การศึกษาอยู่ในระดับอนุปริญญา/ปวส ร้อยละ 43.3 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.7 และความสัมพันธ์ในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.7 ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}<0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 8.90 คะแนน (95% CI = 8.23-9.56) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	3.60	1.81	0.57	-0.30-1.44	1.29	0.199
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.03	1.56				
หลังการทดลอง						

กลุ่มทดลอง	11.73	1.36	8.90	8.23-9.56	26.78	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.83	1.20				

**p-value<0.01

4. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ

ทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 9.43 คะแนน (95% CI = 8.36-10.50) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	2.36	1.24	0.13	-0.43-0.70	0.46	0.640
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.23	0.93				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	12.43	1.65	9.43	8.36-10.50	17.62	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.00	2.42				

**p-value<0.01

4. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมี

ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 10.30 คะแนน (95% CI = 9.66-10.93) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	2.23	1.30	0.20	-0.43-0.83	0.62	0.532
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.03	1.15				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	12.50	1.59	10.30	9.66-10.93	32.33	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.20	0.71				

**p-value<0.01

5. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการ

ทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 9.63 คะแนน (95% CI = 8.81-10.45) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	3.96	1.71	0.30	-0.67-1.27	0.61	0.539
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.66	2.03				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	12.93	1.38	9.63	8.81-10.45	23.50	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.30	1.76				

** $p\text{-value} < 0.01$

6. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง

กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 7.53 คะแนน (95% CI = 6.46-8.60) รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	2.06	1.01	1.37	2.17-0.56	3.39	0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.43	1.95				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	11.36	2.34	7.53	6.46-8.60	14.13	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.83	1.74				

** $p\text{-value} < 0.01$

7. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุม

ภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้าของ

กลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}<0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้า สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 14.26 คะแนน (95% CI = 13.10-15.43) รายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	10.93	2.65	0.20	-1.12-1.52	0.30	0.763
กลุ่มเปรียบเทียบ	10.73	2.47				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	23.96	2.42	14.26	13.10-15.43	24.48	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	9.70	2.07				

** $p\text{-value}<0.01$

8. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนน

เฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}<0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 35.43 คะแนน (95% CI = 33.21-37.64) รายละเอียดตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	17.96	6.24	-0.17	-3.04-2.70	-0.11	0.908
กลุ่มเปรียบเทียบ	18.13	4.78				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	50.23	4.29	35.43	33.21-37.64	32.03	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	14.80	4.27				

** $p\text{-value}<0.01$

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ผลของการสร้างคุณค่าในตัวเองร่วมกับการเสริมพลังในการป้องกัน

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลปางมะผ้า อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมี

ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลปางมะผ้า อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอนพัฒนาภายใต้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มีองค์ประกอบในการพัฒนาและการสร้างองค์ความรู้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ผ่านกิจกรรมเพิ่มสำหรณ์ารรู้เรื่องการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุทั้งที่เป็น การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การทำกลุ่มเพื่อการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ การพัฒนาโปรแกรมเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพูดคุยซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการสร้างการรับรู้ที่ถูกต้อง สร้างเครือข่ายในการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุไม่เกิดภาวะซึมเศร้าในทุกมิติจนสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลปางมะผ้า อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภา วิลาวรรณ และคณะ⁽¹⁸⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สุจิตรา สุขทวี และคณะ⁽¹⁹⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มทดลอง (M=90.90, SD=6.42) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

การระลึกถึงความหลัง (M=61.23, SD=6.41) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) และผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ($MD_1 = 29.66$, $SD = 8.00$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($MD_2 = 9.70$, $SD = 10.73$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.8$, $p < 0.001$) ไพจิตร ทูทอด และกนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ⁽²⁰⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ศิริณยา รอดเจริญ และคณะ⁽¹⁶⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ผลการวิจัย 1) กลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 3) กลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$) บุศรา สุขสวัสดิ์ และคณะ⁽¹⁵⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวัง และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหวังและภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นและระยะติดตามผลแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหวังหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มนี้ ช่วยเพิ่มความหวังและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการสร้างองค์ความรู้ การรับรู้ การสนับสนุน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลปางมะผ้า อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอนในพื้นที่อื่นให้เกิดความครอบคลุมทั้งพื้นที่อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน หรือขยายผลไปในพื้นที่อื่น หรือประยุกต์ใช้กับปัญหาอื่น ๆ ที่เกิดในชุมชน

2. ควรนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเปรียบเทียบกับโปรแกรมอื่นหรือวิธีการอื่นที่มีในพื้นที่เพื่อดูประสิทธิภาพของโปรแกรมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพื่อเลือกวิธีการที่เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

3. ควรพัฒนานวัตกรรมใหม่ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความเหมาะสมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลปางมะผ้า อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน แบบผสมผสานมีส่วนร่วม และ และขยายพื้นที่ในการศึกษา

4. ควรทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อประเมินสถานการณ์การป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ทบทวนนวัตกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อดูประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ผ่านมามีแนวทางใดที่ใช้ได้ผลหรือไม่ได้ผลอย่างไร และหาแนวทางสร้างนวัตกรรม หรือ วิธีการใหม่ ๆ ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลปางมะผ้า อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอนให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. (2018). World population prospects the 2017 revision volume I: Comprehensive tables. Retrieved from <http://www.un.org/en/development/desa/population>
2. ไพโรจน์ วงศ์วิวัฒน์. (2561). สังคมผู้สูงอายุ: เราจะเตรียมรับมือกันอย่างไร. [ออนไลน์]. สืบค้นวันที่ 10 มีนาคม 2564), แหล่งสืบค้น http://www.bangkokbank.com/download/EX_Aging_Society_TH.pdf
3. Wongpoom, T., Sukying C., & Udomsubpayakul, U. (2011). Prevalence of depression among the elderly in Chiang Mai province. Psychiatr Assoc Thailand, 56(2), 103-116.
4. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford Press.
5. Srisaenpang P. (2018). Depression in older persons: Comprehensive nursing. Nursing Science and Health, 41(1), 129-140.
6. World Health Organization. Depression Definition WHO. Retrieved July 2018 from <http://www.who.int/topic/depression/en>; 2017.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence. Delirium: diagnosis, prevention and management (clinical guideline 103). Published July 2010. Accessed at www.nice.org.uk/nicemedia/live/13060/49909/49909.pdf on 3 May 2011.

8. World Health Organization. Depression Definition WHO. Retrieved July 2018 from <http://www.who.int/topict/depression/en>; 2015.
9. พูนสิน เฉลิมวัฒน์. ประสบการณ์การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ, 2546.
10. บุญพา ณ นคร. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
11. Beck AT. Depression: Clinic, experimental and theoretical aspects. New York: Hoeber Medical Division; 1967.
12. Kelley Orth U, Robins RW, Trzesniewski KH, Maes J. Schmitt M. Low self-esteem is a psucho. 2009; 118(3): 472-8.
13. World Health Organization. Depression Definition WHO. Retrieved July 2018 from <http://www.whe.int/topict/depression/en>; 2018.
14. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ฉบับ "สุขภาพเด็ก พ.ศ. 2551-52, นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2551.
15. บุศรา สุขสวัสดิ์ และคณะ. (2560). ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2560.
16. ศิรินยา รอดเจริญ และคณะ. (2562) ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคซึมเศร้า. วารสารพยาบาลศาสตร์.
17. โรงพยาบาลปางมะผ้า. (2565). สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2565.
18. จิรภา วิลาวรรณ และคณะ. (2565). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2565.
19. สุจิตรา สุขทวี และคณะ. (2564) ผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อความเข้มแข็งทางใจ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะเศร้า. วารสารพยาบาลทหารบก, 22(1), 235-243.
20. ไพจิตร พุทธรอด และกนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ. (2563) ผลของโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2563.

คุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า

Quality of Life of Professional Makeup Artist

(Received: June 25,2023 ; Revised: July 16,2023 ; Accepted: July 23,2023)

ปองเดช กวินปัลย์¹ นันทิรา วรกาญจน์บุญ²Phongdej Khawinpat¹ Nantira Vorakarnchanabun²

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1). ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า 2). วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า จำนวน 466 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติอ้างอิงและการวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า 1). ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้ามีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง (91.14) 2). การวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณทำนายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้าโดยรวม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ศาสนา รายได้ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ได้แก่ เพศ อายุ คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส ศาสนา รายได้ คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ เพศ และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้

Abstract

This study was a cross-sectional study with the objectives of: 1) to study the quality of life among professional makeup artists, and 2) to analyze the factors influencing the quality of life among professional makeup artists. The study sample consisted of 466 professional makeup artists. The data were analyzed using descriptive statistics, inferential statistics, and multiple regression analysis.

The findings of the study showed that: 1) the overall quality of life among professional makeup artists was at a moderate level (91.14), and 2) the multiple regression analysis predicted factors influencing the overall quality of life among professional makeup artists; factors included gender, age, marital status, religion, income. Physical well-being included gender and age. Psychological well-being included age, marital status, religion and income. Social relation well-being included gender. And environmental well-being included gender, age, education level, income.

Keywords: Quality of life, Factor, Makeup, Makeup Artist

บทนำ

ทรัพยากรมนุษย์นั้นเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาประเทศการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีชีวิตที่ดีขึ้นทั้งทางด้านวัตถุ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านความก้าวหน้าของเทคโนโลยีเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกสบายในชีวิตแก่พลเมือง ยังรวมถึงการส่งเสริมทางด้านร่างกายและสภาพจิตใจ ต่างก็เป็นประเด็นที่มุ่งส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนทั้งสิ้น¹ การตื่นตัวในการศึกษาคุณภาพชีวิตของประชากรมีมานานหลังจากที่แพร่ขยายในประเทศทางตะวันตกโดยเฉพาะอย่างยิ่งสหรัฐอเมริกา

และแคนาดาไปสู่นานาชาติทั่วโลก เป็นการยืนยันถึงความสำคัญและความจำเป็นของการศึกษาคุณภาพชีวิตของประชากรอันจะนำไปสู่แนวทางในการปรับปรุงหรือวางแผนนโยบายของประเทศเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในประเทศ

คุณภาพชีวิตสภาพความเป็นอยู่ของมนุษย์ที่ดีมีความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจซึ่งเป็นความพึงพอใจภายในตัวบุคคลต่อการดำรงชีวิตทั้งในด้านความต้องการขั้นพื้นฐานในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม ความคิด และจิตใจ ตามควรแก่อัตภาพและสภาวะ สำหรับองค์กรแล้วการเอาใจใส่ต่อทรัพยากร

^{1,2} คณะวิศวกรรมศาสตร์ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ

มนุษย์ภายในหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องคุณภาพชีวิตการทำงานย่อมเป็นเรื่องสำคัญเนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายที่สำคัญและเป็นสิ่งที่บุคคลต้องการในการดำเนินชีวิตของตนเอง การมีคุณภาพชีวิตที่ดีย่อมแสดงให้เห็นว่าบุคคลมีความเป็นอยู่ที่ดีสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข การพัฒนาคุณภาพชีวิตมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพื่อให้สามารถพัฒนาตนเองและสังคมไปสู่เป้าหมายที่พึงปรารถนา ทั้งในส่วนบุคคลครอบครัว ชุมชน จึงต้องมีการพัฒนาในด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้มีแนวคิดเจตคติที่ดีรู้จักการบริหารตนเองการเอื้ออาทรต่อบุคคลอื่น มีอาชีพและรายได้ที่พอเพียงต่อการดำรงชีวิต มีคุณธรรม ศีลธรรม ถ้าหากปฏิบัติได้เช่นนี้เท่ากับเป็นการยกระดับทั้งตนเองและสังคม ทำให้มีคุณค่า มีความเจริญงอกงาม ปัญหาต่างๆในสังคมลดน้อยลง เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาอาชญากรรม ปัญหามลภาวะเป็นพิษ เป็นต้น

ประเทศต่างๆ มีความพยายามอย่างเต็มที่เพื่อการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกคนให้มีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น เพื่อช่วยให้ทุกคนในสังคมนั้นกินดีอยู่ดี มีความสุขสมบูรณ์ประโยชน์ของการพัฒนาคุณภาพชีวิตมีดังนี้ 1) การพัฒนาคุณภาพชีวิตช่วยให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมโดยมีแนวทางในการดำรงชีวิตที่ดีขึ้นส่งผลให้สังคมมีความสงบสุขไปด้วย 2) การพัฒนาคุณภาพชีวิตกระตุ้นให้บุคคลและสังคมเกิดความกระตือรือร้นคิดที่จะปรับปรุงตนเอง สังคม และสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้นอยู่เสมอ 3) การพัฒนาคุณภาพชีวิตทำให้บุคคลรู้จักใช้ปัญญามีเหตุผล มีคุณธรรม จริยธรรม หลักการบริหารเพื่อบรรเทาปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองและสังคม 4) การพัฒนาคุณภาพชีวิตทำให้บุคคลและสังคมอยู่ร่วมกันด้วยความสมานฉันท์ช่วยลดปัญหาความขัดแย้งและปัญหาสังคม 5) การพัฒนาคุณภาพชีวิตทำให้บุคคลและสังคมที่มีความรู้ความเข้าใจอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุข เกิดความร่วมมือร่วมใจ ในการส่งเสริมศิลปวัฒนธรรม ประเพณีและค่านิยมที่ดีงามให้เกิดขึ้นในสังคม ดังจะเห็นได้ว่าหากคนมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้รับ

การส่งเสริมสนับสนุนให้มีคุณภาพที่ดีย่อมนำไปสู่การพัฒนาประเทศชาติให้เจริญรุดหน้าก้าวไกลขึ้น²

เมื่อกล่าวถึงคุณภาพชีวิต (Quality of life) นั้น องค์การอนามัยโลกได้หมายรวมถึง ความรู้สึกมีความสุขอันมาจากความเป็นอยู่ที่ดี สภาพแวดล้อมที่ดี มีความผูกพันที่ดีทั้งในครอบครัวและสังคมเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน สิ่งเหล่านี้ ปัจจุบันในหลายๆประเทศรวมถึงประเทศไทยได้ให้ความสำคัญมากขึ้นเพราะหากประชากรใน ะเทศมีคุณภาพชีวิตที่ดีก็จะส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาประเทศง่ายและรวดเร็วขึ้น³

ผู้ประกอบการอาชีพศิลปะการแต่งหน้าหรือช่างแต่งหน้าเป็นผู้ให้บริการด้านการแต่งหน้าในโอกาสพิเศษ งานธุรกิจบันเทิงต่างๆ บริบทอาชีพส่วนใหญ่ลักษณะงานเป็นงานอิสระ มีส่วนน้อยมากที่ทำงานสังกัดองค์กรต่างๆ ผู้ประกอบการอาชีพศิลปะการแต่งหน้าเป็นกลุ่มอาชีพที่มีขนาดใหญ่มากขึ้นในปัจจุบันนี้ เมื่อคุณภาพของคน สะท้อนซึ่งกันและกันกับคุณภาพชีวิต⁴ ในขณะที่ข้อมูลต่างๆของผู้ประกอบการอาชีพศิลปะการแต่งหน้าในด้านคุณภาพชีวิตด้านต่างไม่ค่อยเป็นที่ประจักษ์มากนัก จึงไม่สามารถทราบได้ว่ามีลักษณะของคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร จึงส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตจึงยังไม่สามารถพัฒนาได้มากนัก การศึกษาสภาพแลปัญหาคุณภาพชีวิตครั้งนี้เพื่อทราบข้อมูลเบื้องต้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบสอบถามซึ่งมีเนื้อหาจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อยฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) ⁵ 26 ตัวชี้วัด ซึ่งครอบคลุม คุณภาพชีวิตด้านต่างๆ ตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้ปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทสังคมไทยเรียบร้อยแล้ว มาเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลของผู้ประกอบการอาชีพศิลปะการแต่งหน้าในครั้งนี้และสำคัญไปกว่านั้นการศึกษานี้จะนำไปสู่การศึกษาข้อมูลเชิงสำรวจข้อมูลเชิงประจักษ์ เพื่อให้ทราบถึงสภาพปัญหา อันนำไปสู่การศึกษารองเสริมสุขภาพให้ตรงกับสภาพและปัญหาต่อไป ให้ชัดเจนมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า จำนวน 466 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า ปัจจุบันประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้าอยู่และมีประสบการณ์ในอาชีพการแต่งหน้าอย่างน้อย 1 ปีเป็นต้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต จำนวน 26 ข้อ คำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, 11 ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) 26 ตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเพิ่มเติม (แบบสอบถามปลายเปิด) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามซึ่งมีเนื้อหาจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) 26 ตัวชี้วัดหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.6515 นำแบบสอบถามไปเสนอขอคำปรึกษาและข้อคิดเห็นจาก

ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ได้มีการศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้ 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Multiple Regression Analysis แบบ เพื่อหาอิทธิพลของลักษณะงานและสภาพแวดล้อมที่มีต่อความเครียดในการทำงานของการประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า ใช้วิเคราะห์สมมติฐาน

ผลการวิจัย

ลักษณะทางประชากร เพศ พบว่ากลุ่มผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้าที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 319 คน คิดเป็นร้อยละ 68.50 อยู่ในช่วงอายุ 20-30 ปี จำนวน 235 คน คิดเป็นร้อยละ 50.40 มีสถานภาพโสด จำนวน 400 คน คิดเป็นร้อยละ 85.80 นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 392 คน คิดเป็นร้อยละ 84.10 ระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 305 คน คิดเป็นร้อยละ 65.50 รายได้อยู่ช่วง 30,001 - 40,000 บาท จำนวน 172 คน คิดเป็นร้อยละ 36.90

ด้านคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้ามีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง (21.92) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้ามีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี (23.52) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้ามีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง (10.57) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้ามีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง (26.90) คุณภาพชีวิตรวมของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้ามีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง (91.14) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า

ด้านคุณภาพชีวิต	สุขภาพกาย	จิตใจ	สังคม	สิ่งแวดล้อม	คุณภาพชีวิตรวม
ระดับคุณภาพชีวิต	21.92	23.52	10.57	26.90	91.14
สรุปคุณภาพชีวิต	ปานกลาง	ที่ดี	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง
คะแนนเกณฑ์การวัดคุณภาพชีวิต	17-26	23-30	8-11	19-29	61-95

ผลการวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Enter Multiple Regression Analysis) ซึ่งมีอำนาจการทำนาย (R^2) 0.158 สามารถพยากรณ์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ร้อยละ 15.80 จากการเข้าสมการ พบว่า ปัจจัยด้านเพศ (X_1) ปัจจัยด้านอายุ (X_2) ปัจจัยสถานะภาพการสมรส (X_3) ปัจจัยด้านศาสนา (X_4) ปัจจัยด้านรายได้ (X_6) มีผลต่อ

คุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} = 0.05$ ดังแสดงในตารางที่ 2

ซึ่งสามารถเขียนสมการทำนายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า ดังนี้

$$\hat{Y} = 3.798 + 0.190X_1 - 0.063X_2 - 0.094X_3 - 0.170X_4 + 0.118X_6$$

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณทำนายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	p - value
Constant	3.798	0.146		26.044	0.000
ปัจจัยด้านเพศ (X_1)	0.190	0.051	0.178	3.719	0.000*
ปัจจัยด้านอายุ (X_2)	-0.063	0.028	-0.107	-2.232	0.026*
ปัจจัยสถานะภาพการสมรส (X_3)	-0.094	0.037	-0.121	-2.573	0.010*
ปัจจัยด้านศาสนา (X_4)	-0.170	0.033	-0.228	-5.103	0.000*
ปัจจัยด้านระดับการศึกษา (X_5)	0.041	0.039	0.051	1.041	0.298
ปัจจัยด้านรายได้ (X_6)	0.118	0.016	0.321	7.185	0.000*
R = 0.397 ^a R ² = 0.158 Adj.R ² = 0.146 SEE = 0.46083 F = 14.301					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Enter Multiple Regression Analysis) ซึ่งมีอำนาจการทำนาย (R^2) 0.033 สามารถพยากรณ์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ร้อยละ 3.30 จากการเข้าสมการ พบว่า ปัจจัยด้านเพศ (X_1) ปัจจัยด้านอายุ (X_2) มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} = 0.05$ ดังแสดงในตารางที่ 3

สามารถเขียนสมการทำนายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า ดังนี้

$$\hat{Y} = 3.123 - 0.070X_1 + 0.049X_2$$

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณทำนายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	p - value
Constant	3.123	0.095		32.792	0.000
ปัจจัยด้านเพศ (X ₁)	-0.070	0.033	-0.107	-2.094	0.037*
ปัจจัยด้านอายุ (X ₂)	0.049	0.018	0.136	2.638	0.009*
ปัจจัยสถานะภาพการสมรส (X ₃)	-0.017	0.024	-0.036	-0.704	0.482
ปัจจัยด้านศาสนา (X ₄)	-0.005	0.022	-0.010	-0.211	0.833
ปัจจัยด้านระดับการศึกษา (X ₅)	-0.005	0.025	-0.010	-0.189	0.850
ปัจจัยด้านรายได้ (X ₆)	0.004	0.011	0.020	0.418	0.676
R = 0.182 ^a R ² = 0.033 Adj.R ² = 0.021 SEE = 0.30104 F = 2.634					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Enter Multiple Regression Analysis) ซึ่งมีอำนาจการทำนาย (R²) 0.080 ซึ่งหมายความว่า สามารถพยากรณ์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ร้อยละ 8.00 จากการเข้าสมการ พบว่า ปัจจัยด้านอายุ (X₂) ปัจจัยสถานะภาพการสมรส (X₃)

ปัจจัยด้านศาสนา (X₄) ปัจจัยด้านรายได้ (X₆) มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} = 0.05$ ดังแสดงในตารางที่ 4 สามารถเขียนสมการทำนายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า ดังนี้

$$\hat{Y} = 3.899 + 0.104X_2 - 0.144X_3 - 0.128X_4 + 0.041X_6$$

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณทำนายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	p - value
Constant	3.899	0.163		23.899	0.000
ปัจจัยด้านเพศ (X ₁)	0.079	0.057	0.069	1.387	0.166
ปัจจัยด้านอายุ (X ₂)	0.104	0.032	0.167	3.309	0.001*
ปัจจัยสถานะภาพการสมรส (X ₃)	-0.144	0.041	-0.173	-3.512	0.000*
ปัจจัยด้านศาสนา (X ₄)	-0.128	0.037	-0.161	-3.441	0.001*
ปัจจัยด้านระดับการศึกษา (X ₅)	-0.045	0.044	-0.053	-1.038	0.300
ปัจจัยด้านรายได้ (X ₆)	0.041	0.018	0.105	2.239	0.026*
R = 0.282 ^a R ² = 0.080 Adj.R ² = 0.068 SEE = 0.51558 F = 6.615					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Enter Multiple Regression Analysis) ซึ่งมีอำนาจการทำนาย (R²) 0.046 ซึ่งหมายความว่า สามารถพยากรณ์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ร้อยละ 4.60 จากการเข้าสมการ พบว่า ปัจจัยด้านเพศ (X₁) มีผลต่อ

คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} = 0.05$ ดังแสดงในตารางที่ 5 สามารถเขียนสมการทำนายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า ดังนี้

$$\hat{Y} = 4.018 + -0.208X_1$$

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณทำนายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	p - value
Constant	4.018	0.190		21.172	0.000
ปัจจัยด้านเพศ (X ₁)	-0.208	0.067	-0.158	-3.117	0.002*
ปัจจัยด้านอายุ (X ₂)	0.045	0.037	0.063	1.224	0.222
ปัจจัยสถานะภาพการสมรส (X ₃)	-0.065	0.048	-0.068	-1.361	0.174
ปัจจัยด้านศาสนา (X ₄)	-0.009	0.043	-0.010	-0.210	0.834
ปัจจัยด้านระดับการศึกษา (X ₅)	-0.081	0.051	-0.083	-1.591	0.112
ปัจจัยด้านรายได้ (X ₆)	0.013	0.021	0.029	0.611	0.541
R = 0.214 R ² = 0.046 Adj.R ² = 0.033 SEE = 0.59986 F = 3.682					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้าโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Enter Multiple Regression Analysis) ซึ่งมีอำนาจการทำนาย (R²) 0.188 สามารถพยากรณ์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ร้อยละ 18.80 จากการเข้าสมการ พบว่า ปัจจัยด้านเพศ (X₁) ปัจจัยด้านอายุ (X₂) ปัจจัยด้านระดับ

การศึกษา (X₅) ปัจจัยด้านรายได้ (X₆) มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value = 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 6 สามารถเขียนสมการทำนายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า ดังนี้ $\hat{Y} = 3.386 + -0.124X_1 + 0.148X_2 - 0.136X_5 + 0.098 X_6$

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณทำนายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	p - value
Constant	3.386	0.124		27.197	0.000
ปัจจัยด้านเพศ (X ₁)	-0.124	0.044	-0.133	-2.836	0.005*
ปัจจัยด้านอายุ (X ₂)	0.148	0.024	0.290	6.130	0.000*
ปัจจัยสถานะภาพการสมรส (X ₃)	-0.033	0.031	-0.048	-1.040	0.299
ปัจจัยด้านศาสนา (X ₄)	-0.051	0.028	-0.079	-1.806	0.072
ปัจจัยด้านระดับการศึกษา (X ₅)	-0.136	0.033	-0.198	-4.102	0.000*
ปัจจัยด้านรายได้ (X ₆)	0.098	0.014	0.306	6.975	0.000*
R = 0.433 R ² = 0.188 Adj.R ² = 0.177 SEE = 0.39346 F = 17.693					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปการวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า

1. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ (X₁) ปัจจัยด้านอายุ (X₂) ปัจจัยสถานะภาพการสมรส (X₃) ปัจจัยด้านศาสนา (X₄) ปัจจัยด้านรายได้

(X₆) มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value = 0.05

2. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ (X₁) ปัจจัยด้านอายุ (X₂) มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value = 0.05

3. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ (X_2) ปัจจัยสถานะภาพการสมรส (X_3) ปัจจัยด้านศาสนา (X_4) ปัจจัยด้านรายได้ (X_6) มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} = 0.05$

4. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ (X_1) มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} = 0.05$

5. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ (X_1) ปัจจัยด้านอายุ (X_2) ปัจจัยด้านระดับการศึกษา (X_5) ปัจจัยด้านรายได้ (X_6) มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

$p\text{-value} = 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า พบว่า

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง (21.92) อันเนื่องด้วยบทบาทและหน้าที่ของการทำงานและอริยาบทการทำงานซ้ำๆ และการทำงานที่ไม่มีเวลาพักผ่อนที่แน่นอนก่อให้เกิดการเหนื่อยล้าของร่างกายได้ สอดคล้องกับ เนตรชนก เจริญสุข (2556)⁶ ซึ่งได้กล่าวถึงและอธิบายการยืนและนั่งตามหลักกายศาสตร์ไว้ ในเรื่องคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้านั้น กลับพบว่ามีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี (23.52) เป็นเรื่องที่น่าแปลกใจเป็นอย่างยิ่งที่คุณภาพด้านจิตใจมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี การบริหารจัดการความเครียดต้องมีการจัดการได้ดี หรืออาจเป็นคุณลักษณะของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้าโดยเฉพาะกลุ่มก็เป็นได้ซึ่งโดยปกติการทำงานที่เหนื่อยล้าก่อให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจ ซึ่งสอดคล้อง ปองเดช กวินปถีย์

(2564)⁴ Kehoe, V. J.-R. (1995)⁷ และ Hawker (2010)⁸ ที่กล่าวถึงคุณลักษณะของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้าเป็นผู้มีจิตบริการเพื่อทำให้การบริการที่ดีจึงก่อให้เกิดการจัดการความเครียดได้ดี ในส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้ามีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง (10.57) และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้าระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง (26.90) สอดคล้องกับ ยิงยศ จันปานและจันทนา แสนสุข. (2559)⁹ คุณภาพชีวิตในการทำงานกับสภาพแวดล้อมในการทำงานและสัมพันธภาพทางด้านสังคม

2. การวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า ได้แก่ เพศ (X_1) อายุ (X_2) สถานะภาพการสมรส (X_3) ศาสนา (X_4) รายได้ (X_6) ในส่วนปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า ได้แก่ เพศ (X_1) อายุ (X_2) ในด้านปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า ได้แก่ อายุ (X_2) สถานะภาพการสมรส (X_3) ศาสนา (X_4) รายได้ (X_6) ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า ได้แก่ เพศ (X_1) และท้ายสุดปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า ได้แก่ เพศ (X_1) อายุ (X_2) ระดับการศึกษา (X_5) รายได้ (X_6)

ในการวิเคราะห์ครั้งนี้เป็นการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) จากการทำนายการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) พบว่าตัวแปรอิสระอันได้แก่ เพศ อายุและรายได้ มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามแทบทุกด้านของคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า ในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้พิจารณาตัวแปรอิสระดังกล่าวด้วยเพื่อให้ตรงต่อปัญหา สภาพและความต้องการต่อไป แต่ไม่สามารถละเลยการศึกษาตัวแปรอิสระอื่นๆ ด้วย

จากผลการเข้าสมการทำนายซึ่งเป็นการทำนายตัวแปรตามได้ร้อยละเท่าไรให้พิจารณาความสัมพันธ์ ค่า R^2 ของแต่ละสมการ ซึ่งเป็นการทำนายตัวแปรอิสระร่วมกันในการทำนายตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้าในแต่ละด้าน ซึ่งจากศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่ ค่า R^2 จะมีค่าต่ำกว่า 0.40 ซึ่งหมายความว่ามีความสัมพันธ์น้อยจึงทำนายได้ไม่ดีนัก แต่อย่างไรก็ตามก็สามารถทำนายได้ ทั้งนี้การศึกษาวิจัยทางด้านสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ที่มีปรากฏการณ์บางอย่างยังหาเหตุผลมาอธิบายได้อย่างไม่ชัดเจนหรือไม่ครบถ้วนอาจมี Unexplained variation อยู่มาก ในการวิจัยครั้งนี้ก็มีค่า R^2 ต่ำ แต่ผลการวิเคราะห์ยังแสดงค่าสัมประสิทธิ์ของ Regression ที่มีนัยสำคัญสำหรับการอธิบายตัวแปรตามจากตัวแปรอิสระ

ในการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นารินทร์ สร้อยสกุล (2544)¹⁰ ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการตำรวจในสำนักงานตำรวจ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของข้าราชการตำรวจในปัจจัยด้านเพศ ปัจจัยด้านรายได้ต่อเดือน มีผลต่อมาตรฐานคุณภาพชีวิตการทำงานที่แตกต่างกัน และยิ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อนันต์ แม่กอง (2558)¹¹ ได้ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตพื้นที่อำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี ผลการวิจัย พบว่า บุคลากรที่มีเงินเดือนมากกว่า 20,000 บาท มีคุณภาพชีวิตการทำงานมากกว่า บุคลากรที่มีเงินเดือนน้อยกว่า 10,001 บาท บุคลากรที่มีเงินเดือน 10,001 – 15,000 บาท และบุคลากรที่มีเงินเดือน 15,001 – 20,000 บาท ซึ่งยิ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานคุณภาพชีวิตการทำงานของ Richard E. Walton (1973)¹² เป็นบุคคลหนึ่งที่ได้ทำการศึกษา เรื่อง คุณภาพชีวิตในการทำงานอย่างจริงจังโดยพิจารณาจากคุณลักษณะของบุคคลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต เน้นแนวทางความเป็นมนุษย์ (humanistic) ได้ศึกษาสภาพแวดล้อมตัวบุคคลและสังคมที่ส่งผลทำให้การทำงานประสบความสำเร็จ ผลผลิตที่ได้รับตอบสนองความต้องการและความพึง

พอใจของบุคคลในการทำงานโดย Walton ได้ชี้ให้เห็นถึงปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างคุณภาพชีวิตในการทำงานนั้น แนวคิดคุณภาพชีวิตการทำงานประกอบขึ้นเป็นหนังสือ Criteria for Quality of Working life โดย ค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ (Adequate and fair compensation) หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับค่าจ้าง เงินเดือน ค่าตอบแทน และผลประโยชน์อื่นๆ อย่างเพียงพอกับการมีชีวิตอยู่ได้ตามมาตรฐานที่ยอมรับกันโดยทั่วไป และต้องเป็นธรรม เมื่อเปรียบเทียบกับงานหรือองค์การอื่นๆ ด้วย

สรุป/ข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณทำนายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า

1. ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ ปัจจัยด้านอายุ ปัจจัยสถานะภาพการสมรส ปัจจัยด้านศาสนา ปัจจัยด้านรายได้
2. ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ ปัจจัยด้านอายุ
3. ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ ปัจจัยสถานะภาพการสมรส ปัจจัยด้านศาสนา ปัจจัยด้านรายได้
4. ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ
5. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้า ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ ปัจจัยด้านอายุ ปัจจัยด้านระดับการศึกษา ปัจจัยด้านรายได้

ข้อเสนอแนะ

จากข้อมูลการวิจัยเชิงสำรวจเป็นข้อมูลเชิงพรรณนาสามารถนำข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการแต่งหน้าซึ่งมีการศึกษาสภาพ ปัญหาด้านคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านไว้แล้ว ทำการศึกษารวบรวมประเด็นการศึกษาในรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพศิลปะการ

แต่งหน้า เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี การจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการนำมาแก้ไข ปัญหาคุณภาพชีวิตต่อไป หรือนำข้อมูลแต่ละด้านของคุณภาพชีวิตมาศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเชิงลึกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. รวี ทองเจือและปรีดี ทุมเมธ. แนวทางการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ในศตวรรษที่ 21 :มิติด้านการศึกษา.วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2560) น.389-403
2. อนรรฆ อีสเฮาะ (2562). คุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสะกอม อำเภอกะเปอร์จังหวัดสงขลา (ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลา นครินทร์.
3. The WHOQOL Group. (1994). The development of the world health organization quality of life assessment instrument. In J Orley, & W. Kuyken (Eds.). Quality of life assessment: International perspectives: 41-57. New York: Springerverleg.
4. ปองเดช กวินปัลย์ วรรัตน์ ปทุมเจริญวัฒนา และ ชุติศักดิ์ เอื้อโชคชัย (2564) คุณลักษณะการเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพศิลปะการแต่งหน้าเชิงสร้างสรรค์.วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม.ปีที่ 15 ฉบับที่ 2. กรกฎาคม -ธันวาคม 2564: 385-398.
5. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วีระวรรณ ตันติพัฒน์สกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และ วราณี พรมานะรังกุล.(2545). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – REF THAI). ค้นเมื่อ 30 พฤษภาคม 2566, จากโครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี พ.ศ.2545. <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>
6. เนตรชนก เจริญสุข (2556) การยืนและนั่งตามหลักกายศาสตร์. EAU Heritage Journal Science and Technology Vol.7 No.1 (January-June 2013)
7. Kehoe, V. J.-R. (1995). The technique of the professional make-up artist. New York, NY: Butterworth-Heinemann.
8. Hawker, Y. (2010). Beauty make-up (3rd ed.). Burbank, CA: Make-up Designory's.
9. ยิ่งยศ จันทาน, จันทนา แสนสุข. (2559). คุณภาพชีวิตในการทำงาน สภาพแวดล้อมในการทำงานและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพนักงาน บริษัท เบสเท็กซ์ (ประเทศไทย) จำกัด. วารสารสุทธิปริทัศน์, 30(94), 98-111.
10. นารินทร์ สร้อยสกุล. (2544). คุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการตำรวจในสำนักงานจรตารวจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
11. อนันต์ แม่กอง. (2558). คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตพื้นที่อำเภอมายอง จังหวัดปัตตานี. ใน สารนิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการภาครัฐและเอกชน . มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.
12. Walton, Richard E. (1973). Quality of Working Life: what is it? sloon Management Review. 15 ZFall: 11-16. New York: Free Press.

การปรับตัวระยะหลังการระบาดของ COVID - 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

ADAPTATION TO POST COVID-19 OUTBREAK OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS
IN KRASUNG DISTRICT, BURIRUM PROVINCE.

(Received: July 24,2023 ; Revised: August 2,2023 ; Accepted: August 5,2023)

พินัย สายเชื้อ¹,ณัฐชนันท์ กมลฤกษ์²
PINAI SAICHUE¹ ,NUTCHANUN KAMONROEK²

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยด้านบุคคล พฤติกรรมการป้องกันโรคและการปรับตัว และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID - 19 ในระยะหลังการระบาดใหญ่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 336 คน ใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.1 อายุ 40 - 54 ปี ร้อยละ 62.8 ระดับการศึกษาสูงสุด คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 30.7 มีประสบการณ์การทำงานในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นเวลา 3 - 9 ปี ร้อยละ 48.8 มีระดับพฤติกรรมเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ด้านการปรับตัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่รู้สึกกังวลในเรื่องการว่างงาน ขาดรายได้ ร้อยละ 35 ส่วนใหญ่รับวัคซีนครบ 3 เข็มแล้วและจะไม่ฉีดกระตุ้นอีก ร้อยละ 76.2 มีความเชื่อมั่นต่อแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID -19 ร้อยละ 64.9 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID - 19 ในระยะหลังการระบาดใหญ่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ อายุ สถานภาพการสมรส จำนวนบุตร ระยะเวลาการเป็น อสม. รายได้ก่อนหักค่าใช้จ่ายประจำต่อเดือน และระดับการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การปรับตัว, ระยะหลังการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19), อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ABSTRACT

The objectives of this research were 1) To study the personal factors and preventive behaviors of COVID - 19 in the post-pandemic period 2) To study adaptation in the post-pandemic situation of COVID-19 and 3) To analyze the relationship between personal factors and post-pandemic prevention behavior of COVID - 19 in the post-pandemic period of village health volunteers in Krasang District, Buriram Province. Using the questionnaire of 336 village health volunteers were selected by purposive sampling. Descriptive statistics were used to analyze the data. Pearson's rank correlation coefficients were used to find the relationships.

Results revealed that most of village health volunteers were female, 88.1%, 40 - 54 years old, 62.8 %, the highest level of education was lower secondary school, 30.7 %. Work experience in the role of village health volunteers for 3-9 years, 48.8%. Most of them had the average level of behavior at a high level. Adaptation of village health volunteers Most of them are worried about unemployment, lack of income, 35%, most of them have received 3 doses of vaccination and will not be vaccinated again, 76.2%, and 64.9% had confidence in the guidelines of the Ministry of Public Health regarding actions to prevent the

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

² สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

spread of COVID-19. Factors Associated with Levels of COVID-19 Prevention Behaviors in the Post-pandemic Period of village health volunteers were age, marital status, number of children, duration of being a village health volunteer, monthly income before deducting monthly expenses. And education level statistically significant at the 0.01 level.

Keyword: Adaptation, Post COVID - 19 Outbreaks, Village Health Volunteers

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19 เป็นการระบาดที่มีการแพร่เชื้ออย่างรวดเร็ว มีการแพร่กระจายเป็นวงกว้าง ทำให้เกิดผลกระทบในหลายด้าน เกิดหยุดชะงักของสังคมและระบบการดูแลสุขภาพทั่วโลก⁽¹⁾ ช่องทางการแพร่ของโรคที่สำคัญคือ ผ่านการแพร่กระจายของละออง⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้กำหนดให้โรคติดเชื้อไวรัส “โคโรนา 2019” หรือ “Covid - 19” (Coronavirus Disease 2019 หรือ COVID -19) เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่ส่งผลกระทบไปทั่วโลกในปลายปี 2562 โดยในช่วงแรกโรคติดเชื้อไวรัสดังกล่าวถูกเรียกว่า โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ต่อมาเมื่อชื่อเรียกว่า โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจุบันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้พัฒนาตัวเองกลายเป็นสายพันธุ์ใหม่สายพันธุ์ย่อย สายพันธุ์ถูกผสมอยู่ตลอดเวลา ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าวิกฤตการระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้น รุนแรงกว่าโรคระบาดอื่นในศตวรรษที่ 21⁽⁵⁾ ส่งผลให้ WHO ประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ ในวันที่ 30 มกราคม พ.ศ.2563 และประกาศให้การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาเป็น “การระบาดใหญ่ทั่วโลก” หรือ “Pandemic” ในวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ.2563⁽⁶⁾⁽⁷⁾

ในประเทศไทย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้เริ่มการระบาดระลอกแรกตั้งแต่ ต้นปี พ.ศ.2563 มีการตรวจพบปริมาณไวรัสในผู้ป่วยแต่ยังมีจำนวนไม่มากนัก และมีมาตรการเข้มที่จนสามารถควบคุมการแพร่ระบาดได้ ต่อมาได้มีการการแพร่ระบาดระลอกที่ 2 เริ่มต้นกลางเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 สายพันธุ์ของเชื้อ

ไวรัสที่พบเป็นสายพันธุ์บีตา (Beta หรือ B.1.351) การแพร่ระบาดมาจากแรงงานในประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งตรวจพบปริมาณไวรัสในผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น แต่ยังสามารถควบคุมการแพร่ระบาดได้ และหลังจากนั้นได้มีการแพร่ระบาดระลอกที่ 3” (เมษายน 2564) ซึ่งมีแนวโน้มที่รุนแรงและรวดเร็วว่าทุกครั้งรวมทั้งยังพบอาการป่วยโควิดระลอกที่ 3 บางอาการซึ่งแตกต่างไปจากเดิม โดยเริ่มในช่วงปลายเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 เป็นการระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์อังกฤษ (British Variants หรือ B.1.1.7) ตรวจพบปริมาณไวรัสในลำคอผู้ป่วยสูง ทำให้เกิดการแพร่กระจายได้ง่ายและรวดเร็วกว่า 2 ระลอกที่ผ่านมา โดยเฉพาะการระบาดในกลุ่มผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกัน เช่น ในครอบครัวในสถานที่แออัด และในโรงงาน จึงควบคุมการระบาดได้ยากยิ่งขึ้น⁽⁸⁾ สถานการณ์การระบาดของโรค COVID - 19 ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ด้วย ถึงแม้ว่าสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยปอดอักเสบ ใส่ท่อช่วยหายใจ และเสียชีวิตอยู่ แต่ยังคงอยู่ในระดับคงที่ เฉลี่ย 7,000 -9,000 ราย⁽⁹⁾ และมีการคาดการณ์ว่าการอุบัติของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นสถานการณ์ที่คาดว่าจะยังคงอยู่ยาวนาน⁽¹⁰⁾ ทำให้กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ได้มีการกำหนดให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นระยะหลังการระบาดใหญ่ (Post Pandemic) และทุกคนจะต้องมีการปรับตัวสู่วิถีปกติใหม่ (New Normal) ตลอดจน มีการวางแผนการเพื่อรองรับและขับเคลื่อนภายหลังการประกาศขององค์การอนามัยโลกให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคประจำถิ่นในอนาคต

จากรายงานการประชุมของศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) เมื่อวันที่ 22 เม.ย. 2565 ได้กำหนดมาตรการรองรับการเปลี่ยนผ่านของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าสู่โรคประจำถิ่นไว้ 4 ด้าน คือ 1) ด้านสาธารณสุข เร่งฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นมากกว่า 60% ปรับระบบการเฝ้าระวัง เน้นการระบาดเป็นกลุ่มก้อน และผู้ป่วยปอดอักเสบ ผ่อนคลายมาตรการสำหรับผู้เดินทางจากต่างประเทศ ปรับแนวทางแยกกักผู้ป่วยและกักกันผู้สัมผัส 2) ด้านการแพทย์ ปรับแนวทางการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอก หรือ OPD ดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงอาการรุนแรง และมีอาการรุนแรง รวมทั้งภาวะ Long COVID 3) ด้านกฎหมายและสังคม บริหารจัดการด้านกฎหมายในทุกหน่วยงานให้สอดคล้องกับการปรับตัวเข้าสู่ Post - Pandemic ผ่อนคลายมาตรการทางสังคม ลดการจำกัดการเดินทาง และการรวมตัวของคนหมู่มาก และทุกภาคร่วมดำเนินการมาตรการป้องกันตัวเองแบบครบวงจร และ COVID Free Setting 4) ด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ ทุกภาคส่วนร่วมสร้างความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับโควิด 19 อย่างปลอดภัย และสื่อสารประชาสัมพันธ์เชิงรุกอย่างครอบคลุมให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง และสร้างความร่วมมือของประชาชนในแต่ละช่วงเวลา⁽¹⁰⁾

ท่ามกลางการเผชิญหน้ากับภาวะวิกฤตทางด้านสุขภาพ อย่างการแพร่ระบาดของโรค COVID - 19 ที่ส่งผลกระทบอย่างยิ่งต่อวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน และระบบสุขภาพ ประเทศไทยได้รับการยกย่องและเป็นที่ยอมรับของนานาชาติให้เป็นประเทศที่มีความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของ COVID - 19 ที่มีคุณภาพติดอันดับ 1 ใน 5 ของโลก⁽¹¹⁾ โดยมีการพัฒนาความพร้อมด้านสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นด้านสถานที่ มีการจัดทำโรงพยาบาลสนาม การรักษาในชุมชน ด้านอุปกรณ์ได้มีการกำหนด

หลักเกณฑ์การใช้วัสดุที่ขาดแคลนและการควบคุมกลไกการจัดซื้อวัสดุในการดูแลผู้ป่วย COVID - 19 ด้านระบบบริการ มีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ในการบริหารจัดการให้มีความคล่องตัวด้านบุคลากร เช่น แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข ทุกวิชาชีพ ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้มีการขยายขีดความสามารถให้มีความพร้อมและมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย COVID - 19 ภายใต้อาณัติด้านสุขภาพมากขึ้น⁽¹⁰⁾

ในระบบสุขภาพรูปแบบใหม่ นับว่าเป็นความท้าทายอย่างยิ่งในการพลิกโฉมและยกระดับระบบสุขภาพของไทยให้มีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้นครอบคลุม ทัวถึง และยังยืน เพื่อก้าวข้ามภาวะวิกฤติและความท้าทายสู่ระบบสุขภาพของไทยในอนาคต ทุกอย่างจะต้องเริ่มต้นที่ด้านหน้าในระบบบริการสุขภาพ โดยการขับเคลื่อนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นผู้มีความสำคัญในการดำเนินงานด้านจัดการสุขภาพชุมชนในช่วงการระบาดของโรค Covid - 19 โดยการคัดกรอง เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในชุมชน นอกจากนี้ยังมีบทบาทเป็นผู้นำพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเองของประชาชน ครอบครัวและชุมชนทั้งในภาวะปกติหรือในภาวะวิกฤติด้านสุขภาพ⁽¹¹⁾ เพื่อเตรียมพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันและอนาคต อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะต้องมีความสามารถในการปรับตัว มีการปฏิบัติตนที่เพื่อเป็นแบบอย่างและแกนนำด้านสุขภาพระดับพื้นที่ สร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน สังคม และเกิดการยอมรับของบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพอยู่เสมอ^{(12) (13)} ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมและการปรับตัว ตลอดจนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมและการปรับตัวระยะหลังการระบาดของ COVID - 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกะสัง จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อนำผล

การศึกษาที่ได้มาพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติอย่างมีแบบแผน และนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายที่เหมาะสมในการดำเนินงานภายใต้บริบทของชุมชนได้อย่างต่อเนื่องเป็นรูปธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบุคคล และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในระยะหลังการระบาดใหญ่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาการปรับตัวในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในระยะหลังการระบาดใหญ่ ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในระยะหลังการระบาดใหญ่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย มกราคม – มิถุนายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 1,629 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 ทั้งสิ้น

จำนวน 336 คน ใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมี เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 ในเขตอำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ 2) ประสบการณ์การทำงานในบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ศึกษาวิจัย มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษาโดยมีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการเป็นลายลักษณ์อักษร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่พัฒนามาจากงานวิจัยของสุพัตรา รุ่งรัตน์และคณะ⁽¹³⁾ โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน รวมทั้งสิ้น 39 ข้อ (IOC = 0.86, Alpha coefficient = 0.90) ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันตนเองและการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคของ อสม. ในปัจจุบัน จำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 3 การปรับตัวในสถานการณ์โรค COVID - 19 จำนวน 8 ข้อ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation = S.D.)

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในระยะหลังการระบาดใหญ่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์

เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เกณฑ์ในการแปลผลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ดังนี้
0.76 – 1.00 มีความสัมพันธ์ระดับมากที่สุด
0.51 – 0.75 มีความสัมพันธ์ระดับมาก
0.26 – 0.50 มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
0.01 – 0.25 มีความสัมพันธ์ระดับน้อย

จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ IRB : 38/2565

ผลการศึกษาวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวทางในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ ในระยะหลังการระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตอบคำถามการวิจัย ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยเป็นไปตามขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัย โดยแบ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 3 ข้อ ดังนี้

1. ผลการศึกษาปัจจัยด้านบุคคล และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในระยะหลังการระบาดใหญ่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ผลการศึกษาปัจจัยด้านบุคคล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.1 อยู่ในกลุ่มอายุ 40 - 54 ปี ร้อยละ 62.8 รองลงมา อยู่ในช่วงอายุ 55 - 69 ปี ร้อยละ 22.3 (SD = 9.22) มีสถานภาพสมรส คือสมรส ร้อยละ 75.6 รองลงมา คือ หย่า/หม้าย/แยก ร้อยละ 13.1 ระดับการศึกษาสูงสุด คือ

ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 30.7 รองลงมา คือระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 30.4 มีบุตร 1 - 2 คน ร้อยละ 37.5 รองลงมา มีบุตร 3 - 4 คน ร้อยละ 27.4 (SD= 1.19)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีสถานภาพของการอาศัยในครัวเรือน โดยเป็นผู้อาศัยในฐานะสามี/ภรรยา ร้อยละ 51.2 รองลงมา คือ หัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 30.7 มีรายได้ก่อนหักค่าใช้จ่ายประจำ (เฉลี่ย) ต่อเดือน 1,501 - 3,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 32.4 รองลงมา คือ 4,501 - 6,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 25.6 (SD = 2,565.67) ซึ่งแต่ละครอบครัวมีสภาพทางเศรษฐกิจแบบพอใช้จ่าย(รายได้สมดุลกับรายจ่าย) ร้อยละ 50.3 รองลงมา ไม่พอใช้และไม่เหลือเก็บ (รายจ่ายมากกว่ารายรับ) ร้อยละ 44.9 และอาชีพหลักนอกเหนือจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 84.2 รองลงมา คือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 7.7

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นเวลา 3 - 9 ปี ร้อยละ 48.8 รองลงมา คือ 10 - 19 ปี ร้อยละ 24.7 (SD = 8.50, Max = 40 ปี) มีจำนวนหลังคาเรือนรับผิดชอบมากกว่า 10 หลังคาเรือน ร้อยละ 86.6 ทุกคนผ่านการอบรมหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ซึ่งเป็นหลักสูตรตามนโยบายในการพัฒนาระดับความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. ให้เป็น อสม. หมอประจำบ้านควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์ ของกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 100

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีโรคประจำตัว (ตามคำวินิจฉัยของแพทย์) ร้อยละ 21.73 ซึ่งกลุ่มที่ป่วย ส่วนใหญ่จะป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 58.90 รองลงมา คือโรคเบาหวาน ร้อยละ 43.84

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมການป้องกันตนเองและการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคของ อสม. ในปัจจุบัน

ผลการศึกษาพฤติกรรมການป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในระยะหลังการระบาดใหญ่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมການป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในระยะหลังการระบาดใหญ่ จำแนกรายข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมสูงสุด คือ ข้อสวมหน้ากากอนามัยเฉพาะเมื่อออกจากบ้าน (ค่าเฉลี่ย = 3.83, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.43) และสวมหน้ากากตลอดเวลาในสถานที่สาธารณะ (ค่าเฉลี่ย = 3.83, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.43) รองลงมา คือ การปฏิบัติตามมาตรการทางสังคม อย่างเคร่งครัด (ใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือ เว้นระยะห่าง) (ค่าเฉลี่ย = 4.48, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.58) และค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การพกแอลกอฮอล์เจลสำหรับลงมือเวลาออกนอกบ้านหรือเดินทาง (ค่าเฉลี่ย = 3.27, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.82) จากการศึกษาเกี่ยวกับระดับพฤติกรรมການป้องกันตนเองและการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคของ อสม. ในระยะหลังการระบาดใหญ่ พบว่า มีระดับพฤติกรรมเฉลี่ย 2.94 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.42) โดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 93.8 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 6.3

2. ผลการศึกษาการปรับตัวในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ในระยะหลังการระบาดใหญ่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

ผลการศึกษาปัจจัยด้านบุคคล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่รู้สึกกังวลเล็กน้อยกับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ในปัจจุบัน ร้อยละ 42.6 รองลงมา คือ รู้สึกเฉยๆไม่กังวล ร้อยละ 23.8 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในอดีตจนถึงปัจจุบัน ก่อให้เกิดความกังวลในเรื่องการว่างงาน ขาดรายได้ ร้อยละ 35 รองลงมา คือ การปรับนโยบายการไม่บังคับสวมหน้ากากอาจทำให้การติดเชื้อเพิ่มขึ้น ร้อยละ 23.1 ส่วนการรับวัคซีนป้องกันโรค Covid - 19 ส่วนใหญ่รับวัคซีนครบ 3 เข็มแล้วและจะไม่ฉีดกระตุ้นอีก ร้อยละ 76.2 รองลงมา คือ ฉีดครบ 3 เข็มแล้วและจะฉีดกระตุ้นทุก 3 - 6 เดือน ร้อยละ 19

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ สวมหน้ากากอนามัยเมื่อมีอาการไข้ และมีอาการหวัด เช่น ไอ จาม มีน้ำมูก เพื่อไม่ให้แพร่เชื้อ ร้อยละ 70.2 รองลงมา คือ สวมหน้ากากอนามัยเมื่อมีอาการไข้ และมีอาการหวัด เช่น ไอ จาม มีน้ำมูก เพื่อไม่ให้รับเชื้อ ร้อยละ 29.2 และน้อยที่สุดคือ ไม่สวมหน้ากากอนามัยเลยเมื่อมีอาการไข้ และมีอาการหวัด เช่น ไอ จาม มีน้ำมูก ร้อยละ 0.6 และส่วนใหญ่เมื่อมีอาการไข้ และมีอาการหวัด เช่น ไอ จาม มีน้ำมูก เลือกใช้หน้ากากอนามัย ร้อยละ 86.6 รองลงมา คือ หน้ากาก N95 ร้อยละ 6.5 กรณีไม่มีอาการไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก ส่วนใหญ่จะสวมหน้ากากเพื่อไม่ให้รับเชื้อ COVID -19 ร้อยละ 58.9 รองลงมา คือ สวมหน้ากาก เพื่อไม่ให้แพร่เชื้อ COVID -19 ร้อยละ 39.6

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ มีความเชื่อมั่นต่อแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID -19 ร้อยละ 64.9 รองลงมา คือ ไม่แน่ใจ ร้อยละ 32.1 และเห็นด้วยกับแนวทาง/มาตรการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ของกระทรวงสาธารณสุขว่ามีการดำเนินการดีอยู่แล้ว ร้อยละ 75 และรองลงมา คือ ควรเพิ่มระดับความเข้มข้นของมาตรการดังกล่าว ร้อยละ 20.2

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในระยะหลังการระบาดใหญ่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

ผลการทดสอบหาความสัมพันธ์ของตัวแปรระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับพฤติกรรม เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในระยะหลังการระบาดใหญ่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า

ปัจจัยด้านอายุ มีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส และระยะเวลาในการเป็น อสม. ในพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.203^{**}$, $p\text{-value} = 0.000$) ในระดับต่ำ และมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเป็น อสม. ในพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.344^{**}$, $p\text{-value} = 0.000$) ตามลำดับในระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาสูงสุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.337^{**}$, $p\text{-value} = 0.000$) ในระดับปานกลาง โดยมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางตรงกันข้าม

ปัจจัยด้านสถานภาพการสมรส มีความสัมพันธ์กับ อายุ จำนวนบุตร และระดับการศึกษาสูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.203^{**}$, $p\text{-value} = 0.000$, $r = -0.008^{**}$, $p\text{-value} = 0.883$, $r = 0.121^*$, $p\text{-value} = 0.26$) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับต่ำ

ปัจจัยด้านระดับการศึกษาสูงสุด มีความสัมพันธ์กับอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.337^{**}$, $p\text{-value} = 0.000$) ในระดับปานกลาง โดยมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางตรงกันข้าม และมีความสัมพันธ์กับจำนวนบุตร และระยะเวลาในการเป็น อสม.ในพื้นที่ และสถานภาพการสมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.112^{***}$, $p\text{-value} = 0.039$, $r = -0.146^{**}$, $p\text{-value} = 0.0079$, r

$= 0.121^*$, $p\text{-value} = 0.26$) ตามลำดับ ในระดับต่ำ และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง และการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค Covid – 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.112^*$, $p\text{-value} = 0.039$) ในระดับต่ำ

ปัจจัยด้านจำนวนบุตร มีความสัมพันธ์กับอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.56^{**}$, $p\text{-value} = 0.310$) ในระดับมาก และมีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรสและระดับการศึกษาสูงสุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.08^{**}$, $p\text{-value} = 0.883$, $r = 0.112^{***}$, $p\text{-value} = 0.310$) ตามลำดับในระดับต่ำ

ปัจจัยด้านรายได้ก่อนหักค่าใช้จ่ายประจำ (เฉลี่ย)ต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับ ระยะเวลาการเป็น อสม. ในพื้นที่วิจัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.120^*$, $p\text{-value} = 0.028$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับต่ำ โดยมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางตรงกันข้าม

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัย เรื่อง การปรับตัวระยะหลังการระบาดของ COVID - 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ มีวัตถุประสงค์ในการดำเนินการ 3 ข้อ คือ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบุคคล และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในระยะหลังการระบาดใหญ่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ 2) เพื่อศึกษาการปรับตัวในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในระยะหลังการระบาดใหญ่ ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ และ 3) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในระยะหลังการระบาดใหญ่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอสรุปผลและการอภิปรายผล ตามลำดับดังต่อไปนี้

1. การศึกษาปัจจัยด้านบุคคล และ

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในระยะหลังการระบาดใหญ่ ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

จากผลการศึกษาปัจจัยด้านบุคคลในส่วนของข้อมูลทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุ 40 – 54 ปี มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่มีสถานภาพของการอยู่อาศัยในครัวเรือนในฐานะสามี/ภรรยา มีรายได้ก่อนหักค่าใช้จ่ายประจำเฉลี่ยต่อเดือน 4,501 – 6,000 บาท ซึ่งพอใช้จ่ายได้แบบสมดุล อาชีพหลักส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ในบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่อายุงานอยู่ระหว่าง 3 – 9 ปี มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบจำนวนมากกว่า 10 หลังคาเรือน ซึ่งกลุ่มเป้าหมายวิจัยที่ปฏิบัติงานในเขตอำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ ผ่านการอบรมหลักสูตร อสม.หมอบริการบ้านทุกคน และ ส่วนใหญ่เป็นไม่มีโรคประจำตัว แต่ก็ยังมีส่วนหนึ่งที่มีโรคประจำตัวตามคำวินิจฉัยของแพทย์ โดยผู้ที่มีโรคประจำตัวป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ มีระดับพฤติกรรมป้องกันตนเองและการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค ของ อสม. ในระยะหลังการระบาดใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมสูงสุด คือการสวมหน้ากากอนามัยเฉพาะเมื่อออกจากบ้านและเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ โดยพฤติกรรมดังกล่าวเป็นไปตามคำแนะนำและมาตรการในการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID – 19 เมื่ออยู่นอกเคหะสถานหรืออยู่ในที่สาธารณะของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของธัชชา ทวยจัดและคณะ⁽¹³⁾, วิชัย ศิริวรวัจน์ชัย⁽¹⁴⁾, จุฬารัตน์ ไชยจิโรจ⁽¹⁵⁾, วิวาพรรณ ชัยลังกาและคณะ⁽¹⁶⁾ ซึ่งอธิบายได้ว่าการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. และความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันโรคและเฝ้า

ระวัง COVID – 19 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะต้องตระหนักและปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างให้กับชุมชน เมื่อออกนอกบ้านและขณะปฏิบัติงานจะสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา และปฏิบัติตามนโยบาย DMHTTอย่างเคร่งครัด จากผลการศึกษาวิจัยในด้านพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID– 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยภาพรวมจะเห็นได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ ยังมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคอย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการเว้นระยะห่างทางสังคม การสวมหน้ากากอนามัยในเวลาที่อยู่ในสถานที่สาธารณะหรือมีการใช้ ไอ จาม มีน้ำมูก อย่างใดอย่างหนึ่งถึงแม้ว่าจะผ่านพ้นระยะของการระบาดใหญ่ไปแล้วก็ตาม

2. การปรับตัวในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในระยะหลังการระบาดใหญ่ ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

จากผลการศึกษาการปรับตัวในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในระยะหลังการระบาดใหญ่ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ ส่วนใหญ่ยังมีความรู้สึกกังวลกับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ภายหลังการระบาดใหญ่อยู่ ซึ่งเรื่องที่ทำให้เกิดความกังวลมากที่สุด คือ การว่างงาน ขาดรายได้ หลังจากการระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลังโรคระบาด ทั้งการดำเนินชีวิตของผู้คนที่จะต้องมีมาตรการป้องกันและเลี่ยงโรคระบาดที่เรียกว่า "New Normal" ซึ่งหมายถึง ความปกติใหม่ , ฐานวิถีชีวิตใหม่ รูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างใหม่ที่แตกต่างจากอดีต ไม่ว่าจะเป็นด้านเทคโนโลยี สังคม สุขภาพ หรือด้านเศรษฐกิจ ทุกคนจะต้องมีการปรับตัว ปรับแนวคิด ปรับปรุงรูปแบบองค์กรให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะการ

เปลี่ยนแปลงด้าน Social distancing เป็นปัจจัยหลัก เช่น ธุรกิจร้านอาหาร จากเดิมที่นั่งทานในร้านก็ต้องเปลี่ยนไป การรับประทานอาหารก็ต้องเว้นพื้นที่เว้นระยะห่าง ซึ่งส่งผลต่อจำนวนลูกค้าและรายได้ของธุรกิจลดลงเป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนุชนาฏ รักษิและคณะ⁽¹⁷⁾, นวกาญจน์ ปฏิสัมพันธ์⁽¹⁸⁾, กนกวรรณ วัฒนาทัศนีย์และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่อธิบายได้ว่า มาตรการล็อกดาวน์ของไทยเพื่อลดการระบาดของโรค COVID-19 ระลอกแรกมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน นำไปสู่ความเครียด ความวิตกกังวล ซึ่งผลกระทบอาจส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางด้านรายได้ โดยเฉพาะกลุ่มอาชีพธุรกิจ รับจ้าง เกษตรกรรมหรือกลุ่มอาชีพที่ไม่มีความมั่นคง ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตในระยะยาวได้ ส่วนการรับวัคซีนป้องกันโรค Covid - 19 ส่วนใหญ่รับวัคซีนครบ 3 เข็มแล้วและจะไม่ฉีดกระตุ้นอีก ในด้านของการปรับตัวตามนโยบาย DMHTT ยังพบว่า จะสวมหน้ากากอนามัยเมื่อมีอาการไข้ หวัด ไอ จาม มีน้ำมูก เพื่อไม่ให้แพร่เชื้อ โดยส่วนใหญ่เลือกใช้หน้ากากอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นต่อนโยบาย/แนวทางของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID -19 และเห็นด้วยกับแนวทาง/มาตรการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ของกระทรวงสาธารณสุขแต่ควรเพิ่มระดับความเข้มข้นของมาตรการดังกล่าว ภายหลังการระบาดใหญ่ด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสิปปวิชญ์ วงศ์สุวรรณและคณะ⁽²⁰⁾, Chebli and Said(21), สมเกียรติ พุทธิเสนารักษ์และวารุณี ระเบียบดี(22) ที่กล่าวได้ว่า ยิ่งเกิดการแพร่ระบาดของโควิด-19 เพิ่มมากขึ้น ก็ยิ่งส่งผลให้ประชาชนขาดความเชื่อมั่นในระบบสาธารณสุขของประเทศ โดยอัตราอุบัติการณ์ของการเกิดโรค แนวทางการป้องกันโรคและความเข้มข้นของมาตรการในการป้องกันโรคจะเป็นตัวชี้วัดระดับความวิตกกังวล ความเชื่อมั่นและทัศนคติที่มีต่อระบบสาธารณสุขของประชาชน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในระยะหลังการระบาดใหญ่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส จำนวนบุตร ระยะเวลาการเป็น อสม.ในพื้นที่รายได้ก่อนหักค่าใช้จ่ายประจำ(เฉลี่ย)ต่อเดือน และระดับการศึกษา ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในระยะหลังการระบาดใหญ่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ ไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ การศึกษาเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเสริมสร้างทรัพยากรมนุษย์ให้มีคุณภาพและมีศักยภาพ ทำให้บุคคลนั้นมีการพัฒนาชีวิตไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณ ธานุภาพไพศาลและรสสุคนธ์ พิไชยแพทย์⁽²³⁾ ซึ่งอธิบายได้ว่า ระดับการศึกษา เป็นพื้นฐานการพัฒนาศักยภาพในการเรียนรู้วิธีการป้องกันตนเองจาก COVID - 19 ได้ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID - 19 ในระดับที่สูงตามไปด้วย หรือในทางกลับกัน หากบุคคลมีระดับศึกษาน้อยก็อาจจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID - 19 น้อยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในครั้งต่อไปด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การทำสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องด้านระบบสุขภาพในทุกระดับ ทั้งผู้กำหนดนโยบายและผู้นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้ได้ข้อมูลมาปรับปรุงพัฒนานโยบาย แนวทางและมาตรการแก้ปัญหาอันเนื่องมาจากการระบาดของ COVID - 19 หรือภาวะวิกฤติด้านสุขภาพอื่นๆให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรส่งเสริมให้มีการต่อยอดความรู้ ควบคู่พัฒนาทักษะให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ภายหลังการระบาดของ COVID – 19 ให้สามารถดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในยุคปกติใหม่(New Normal) ซึ่งจำเป็นจะต้องมีทักษะต่างๆไม่ว่าจะเป็นทักษะในการวางแผนการดำเนินงาน, การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค ครอบคลุมทั้งสุขภาพกายและจิต, การสร้างภาวะผู้นำด้านสุขภาพ และการทำงานแบบมีส่วนร่วม, การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ, การจัดการภาวะวิกฤตภายหลังสถานการณ์การระบาดของ COVID – 19 ที่ อสม.สามารถดำเนินการได้ในชุมชนต่อไป และส่งเสริมให้มียุทธศาสตร์ความรู้ในการดำรงชีวิตและสร้างมูลค่าเพิ่มรายได้ด้วยธุรกิจวิถีใหม่ (New Business Normal) เพื่อเพิ่มความมั่นคงทางด้านรายได้ให้ผู้ปฏิบัติงาน เป็นต้น

2. องค์กรด้านสุขภาพ ควรจัดทำ

แผนการพัฒนาศักยภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ภายหลังการระบาดของ COVID – 19 ไม่ว่าจะเป็นเป็นแผนพัฒนากำลังคน แผนด้านงบประมาณ และมีแนวทางการประเมินผลการพัฒนาที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ตลอดจนมีการสร้างเสริมขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานและมีการประเมินคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานของ อสม.อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลวิจัยที่ครบถ้วนและเป็นจริง

เอกสารอ้างอิง

1. McKee M, Stuckler D.(2020). If the world fails to protect the economy, COVID-19 will damage health not just now but also in the future. Nat Med. 26(5):640–2.
2. Prevention C for DC and. Get the facts about coronavirus.(2020). Online <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/index.html> Accessed Aug. 2020;13.
3. Organization WHO.(2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 51.
4. Intawong K, Olson D, Chariyalertsak S.(2021). Application technology to fight the COVID-19 pandemic: Lessons learned in Thailand. Biochem Biophys Res Commun [Internet]. 2021;534:830–6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006291X2032026X>
5. Mahasap N, Pipathanangkul C, Pasunun S.(2022). ความท้าทายและ โอกาสของธุรกิจการบินในประเทศไทย สู่ชีวิตวิถีใหม่หลังการระบาดของ โรคโควิด-19 Challenges and Opportunities of Aviation Business in Thailand to a New Normal life After the COVID-19 Pandemic. วารสารวิชาการการบินการเดินทางและการบริการ. 1(1):1–19.
6. Gomes C.(2020). Report of the WHO-China joint mission on coronavirus disease 2019 (COVID-19). Brazilian J Implantol Heal Sci. 2(3).
7. บัณฑิต เกียรติเจริญวงศ์.(2021). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 3(2):193–206.

8. Callaway E.(2020). Time to use the p-word? Coronavirus enters dangerous new phase. Nature. Feb;
9. Roser M.(2021). COVID-19 Data Explorer.
10. Kunaworapanya A.(2022). การปรับตัวในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพื่อเตรียมพร้อมสู่ NEW NORMAL สำหรับผู้ปฏิบัติงานตำแหน่งประเภทสนับสนุน มหาวิทยาลัย มหิดล. J Yanasangvorn Res Inst Mahamakut Buddh Univ. 13(1):83–104.
11. สุรศักดิ์ สุนทร, อัจฉรวาตี ศรียะศักดิ์, ลัดดา เหลืองรัตนมาศ, จินตนา ทองเพชร, ลักคณา บุญมี, & ธัญญา ทองนาค. คู่มือ อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชนการจัดการภาวะวิกฤตหลังการระบาดของโรคโควิด-19.
12. Rungrut S, Maso S, Kadem Y.(2021). ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมจากสถานการณ์โควิด-19 ของ ประชาชนในเขตเทศบาลเมืองยะลา จังหวัดยะลา. J Soc Sci Buddhistic Anthropol. 6(2):160–74.
13. เสาวนีย์ ทองนพคุณ ธัชชา ทวยจดเอมอชมา วัฒนบุรณนธ์ สาวิตรี วิชญโยธิน.(2022). ความรู้ เจตคติ และ พฤติกรรมการป้องกันและ ควบคุมโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัด จันทบุรี:- วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 17(2):42–55.
14. วิชัย ศิริวรรณชัย.(2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกัน โรคโควิด 19 อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร. 2564;2(มกราคม-มิถุนายน 2564):63–73.
15. จุฬารัตน์ ไชยจิโรจ.(2023). ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กรณีศึกษาพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพ ตำบล ตำบลบางริน อำเภอมือง จังหวัดระนอง. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา. (2):34–48.
16. Wicha T, Chailangka W, Kaewta Y, Sumadon S, Somboon L.(2023). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของเด็กวัยเรียนในสังกัดเทศบาลนคร เชียงราย. Nurs J (Manila). 50(2):212–26.
17. Ruksee N, Donjdee K, Songsiri N, Deesawas W, Janjaroen S, Yupu A.(2021). การศึกษา ความเครียด ความวิตกกังวลและ สัมพันธภาพในครอบครัวของประชาชนไทยภายหลังสถานการณ์การ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกแรก. Qual Life Law J. 17(1):94–108.
18. นวกาญจน์ ปฏิสัมพันธ์ และ Nawakan Patisumpita.(2565). ผลกระทบต่อฐานะการเงินและผลการ ดำเนินงานของกลุ่มสินค้าอุปโภคบริโภคและกลุ่มสินค้าอุตสาหกรรมที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ แห่งประเทศไทยในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. [ม.ป.ท.]: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2565.
19. กนกวรรณ วัฒนาทัศนีย์, ชามีนะ วชิรญา, อรุณ สุว่างเจริญกุล, อังคณา ตาเสนา.(2022). การวางแผน ทางการเงินในช่วงสถานการณ์โควิดของประชาชนในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. วารสารวิทยาการ จัดการและการสื่อสาร. 1(2):19–38.
20. Wongsuwatt S, Thaothampitak W, Thongseng S.(2023). อิทธิพลของความเชื่อมั่นในระบบ สาธารณสุขและผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่มีต่อความตั้งใจเดินทางท่องเที่ยวของ ประชาชนในจังหวัดตรัง. Songklanakarin J Manag Sci. 134–59.

- 21.Chebli A.(2020) The impact of Covis-19 on tourist consumption behaviour: a perspective article. 2020;
- 22.สมเกียรติ พยุห์เสนารักษ์, วารุณี ระเบียบดี.(2022). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อมั่น ในคุณภาพบริการภายใต้มาตรการ ป้องกันและควบคุมเชื้อโควิด-19 ของโรง พยาบาลสนามในพื้นที่จังหวัดตรัง. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์ สุขภาพ. 5(1):186–203.
- 23.วรรณ ธารนภาพไพศาล, รสสุคนธ์ พิไชยแพทย์.(2022). ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. วารสาร วิจัย และพัฒนาด้านสุขภาพ. 8(1):135–52.

ปัจจัยทำนายการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชนอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ
PREDICTIVE FACTORS FOR RECURRENT LIVER-FLUKE INFECTION AMONG THE POPULATION IN
KHU KHAN DISTRICT, SISAKET PROVINCE

(Received: July 9,2023 ; Revised: July 26,2023 ; Accepted: July 28,2023)

สุพัตน์ ไนทอง¹,อารี บุตรสอน²
Suphat Naithong¹,Aree Butson²

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบย้อนหลังครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชนอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้ป่วยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ 162 คน และผู้ที่ไม่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ 215 คน รวม 377 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามระหว่างเดือนพฤษภาคม 2566 ถึง เดือน มิถุนายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เชิงพรรณนา นำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 วิเคราะห์ปัจจัยทำนายการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชนอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้การวิเคราะห์ multiple logistic regression และการประมาณช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ของ Adjusted Odds ratio กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยทำนายการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชนอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ คือ อายุ ประวัติการรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ และความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยพบว่า ประชาชนที่มีอายุมากกว่า 53 ปีขึ้นไปมีโอกาสดูดพยาธิใบไม้ตับซ้ำมากกว่าประชาชนที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 53 ปี 2.09 เท่า (AOR=2.09 ,95%CI=1.26-3.45) ประชาชนที่เคยรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับมีโอกาสติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำมากกว่าประชาชนที่ไม่เคยรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ 3.16 เท่า(AOR=3.16 ,95%CI=2.04-6.38) และความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับต่ำมีโอกาสติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำมากกว่าประชาชนที่มีความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับสูง 1.87 เท่า (AOR=1.87, 95%CI=1.01-3.52) ส่วนตัวแปรอื่นไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะระบุความสัมพันธ์

คำสำคัญ: ปัจจัยการทำนาย การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ

Abstract

The purpose of this case-control study research was to study the predictive factors of liver fluke re-infection among the people of Khukhan District, Sisaket Province. The sample consisted of 162 liver fluke re-infected patients and 215 non-liver fluke re-infected patients, totaling 377 patients. Data were collected using a questionnaire between January 2023 and June 2023. Descriptive data analysis was presented with frequency, percentage, mean, standard deviation, median, 25th percentile, and 75th percentile distributions. Predictive factors for liver fluke reinfection among people in Khukhan District, Sisaket Province, were analyzed using multiple logistic regression analysis, and the adjusted odds ratio was estimated with a 95% confidence interval. The level of significance was set at 0.05.

The results of the study revealed that several factors predicted recurrent liver fluke infection among the people of Khukhan District in Sisaket Province. These factors included age, history of taking liver fluke medication, and intention to prevent liver fluke disease. It was observed that individuals aged over 53 years had a higher likelihood of liver fluke reinfection compared to those aged less than or equal to 53. The odds of reinfection were 2.09 times higher in the former group (AOR=2.09, 95%CI=1.26-3.45). Furthermore, individuals who had previously taken liver fluke deworming medication were found to be 3.16 times more likely to experience reinfection compared to those who had never undergone such treatment (AOR=3.16, 95%CI=2.04-6.38). Additionally, individuals with a low level of intention to prevent hepatic fluke disease were 1.87 times more likely to be reinfected compared to those with a high level of

¹ นักศึกษาหลักสูตรหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

² อาจารย์ประจำวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

*Corresponding author:Email: aree.b@ubu.ac.th

intention (AOR=1.87, 95%CI=1.01-3.52). No significant relationships could be determined for the other variables due to insufficient information.

Keyword : Predictive factors, Recurrent liver-fluke infection

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับที่มีสาเหตุจาก *Opisthorchis viverrini* เป็นโรคที่มีรายงานความชุกในหลายภูมิภาคประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (World Health Organization [WHO], 1997) ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พยาธิที่เป็นสาเหตุของโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งพยาธิ *O. viverrini* คือ *Opisthorchis viverrini* ซึ่งถูกจัดให้เป็นหนอนกลุ่มพยาธิที่มีส่วนทำให้เกิดสารก่อมะเร็งท่อน้ำดี (biological carcinogen) (IARC, 2016) มีการคาดการณ์ว่า ประชากรไทยประมาณ 6 ล้านคน หรือร้อยละ 10 ของประชากรคนไทยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยเฉพาะ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประมาณ 1.5-2 ล้านคน ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีโอกาสมะเร็งท่อน้ำดีมากถึง 71.13 เท่าของคนไม่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำซากมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี (Saichua et al, 2013)

สถานการณ์ของโรคติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประเทศไทย จากรายงานการศึกษาระบาดวิทยาของโรคหนอนพยาธิระดับประเทศ โดยกรมควบคุมโรค ในปี 2539, 2552 และ 2557 พบอัตราความชุกพยาธิใบไม้ตับในภาพรวมของประเทศเฉลี่ย ร้อยละ 11.8, 8.70 และ 5.10 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในระดับหมู่บ้าน ในปี 2552 พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับระดับหมู่บ้านสูงสุด ร้อยละ 85.20 รองลงมาคือภาคเหนือ มีอัตราความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับระดับหมู่บ้าน ร้อยละ 45.60 จากการประมาณการพบว่าประเทศไทย ประชาชนเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ 6 ล้านคน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ ในปี 2559 มีการดำเนินงาน 84 ตำบลใน 27 จังหวัด พบว่ามีอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 6.72 เขตสุขภาพที่พบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้

ตับสูงสุดคือ เขตสุขภาพที่ 1 อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 17.80 รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 9, 10, 7, 8 และ 6 ตามลำดับ พบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 8.71, 6.72, 5.80, 3.89 และ 3.48 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2562) และจากข้อมูลจากการตรวจปัสสาวะเพื่อหาระดับแอนติเจนจำเพาะต่อพยาธิใบไม้ตับ พ.ศ. 2563 พบว่าจังหวัดมหาสารคามพบความชุกสูงที่สุด ร้อยละ 44.6 รองลงมาจังหวัดร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ และจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 20.4, 15.1, และ 9.9 ตามลำดับ โดยอุบัติการณ์ของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเพิ่มมากขึ้นเป็นสัดส่วนสัมพันธ์กับกลุ่มที่อายุมากขึ้นสาเหตุของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (Suwannahitatorn P., 2013)

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังพบว่าประชาชนยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชาชนที่มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ โดยข้อมูลจากการติดตามผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ โดยดำเนินการตรวจเจาะเจาะในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เสี่ยงปี 2559 จำนวน 15 ตำบล ในพื้นที่ 4 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 โดยประชาชนกลุ่มที่ติดเชื้อในปี 2559 และได้รับการตรวจซ้ำทั้งหมด จำนวน 428 ราย พบติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ 69 รายคิดเป็น ร้อยละ 13.07 (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 2560) จากผลการศึกษาความชุกพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการกินปลาดิบและอาหารหมักดองที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น ปลาสามดิบ ปลาเจ้าดิบ (อังษณา ศกปัญญา, 2556) โดยประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ มักอาศัยอยู่ใกล้แหล่งน้ำและ มีพฤติกรรมชอบกินปลาน้ำจืดแบบสุกๆ ดิบๆ เช่น ลาบปลา ก้อยปลา ปลาร้า ดิบ ปลาจ่อม เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) เนื่องด้วยการมีโฮสต์กึ่งกลางของพยาธิ (ปลา หอย) ประกอบกับการมีภูมิประเทศ ภูมิอากาศที่

เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของโฮสต์กึ่งกลางของพยาธิและการเลี้ยงสัตว์ที่เป็นโฮสต์กักเก็บของพยาธิ เช่น สุนัขและแมว แบบปล่อย ทำให้โรคติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับยังคงมีการระบาดอยู่ในพื้นที่นี้ จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการกินปลาดิบร้อยละ 52.6 และกินอาหารหมักดองที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น หม่ำปลาดิบ ส้มแหม่มดิบ ร้อยละ 93.78 มีความเห็นว่ายาคีที่สุกในการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 43.70 ไม่จำเป็นต้องตรวจอุจจาระก่อนกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ เพราะเป็นยาที่ปลอดภัย ร้อยละ 51.10 (อังษณา ยศปัญญา, 2556) การศึกษาความรู้ความเชื่อ และพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน พบว่า ความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ขณะที่พฤติกรรมการบริโภคปลาดิบหรือสุกๆดิบๆ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค โดยมีพฤติกรรมรับประทานปลาดิบหรือสุกๆดิบๆ สูง ร้อยละ 98.20 (ถาวร ทุมสะกะ และสุชาดา ภัยหลีกส์, 2558)

สถิติโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุดในปี 2558 ประมาณ 25,000 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตวันละ 70 ราย หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 3 ราย ในปี 2562 พบอัตราตายจากมะเร็งตับและท่อน้ำดีอยู่ที่ 248 ต่อแสนประชากร(สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559 - 2562 กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)อัตราป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีภาคเหนือมีอัตราป่วย 108.14ต่อประชากรแสนคน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อัตราป่วย 107.61 ต่อแสนประชากร ภาคกลาง(ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) มีอัตราป่วย 61.36 ต่อประชากรแสนคน และ ภาคใต้ มีอัตราป่วย 44.29 ต่อแสนประชากร (สรุปรายงานการป่วย 2552 - 2563, กองยุทธศาสตร์และ แผนงาน กระทรวงสาธารณสุข) โดยเป็นสาเหตุการตาย อันดับแรกในเพศชาย (36.2 ต่อแสนประชากร) และเป็นอันดับสองในเพศหญิง (13.6 ต่อแสนประชากร จากการตายด้วยมะเร็งทุกชนิด แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งตับและ

ท่อน้ำดีเฉลี่ย 35,500 รายต่อปี จากสรุปรายงานการป่วยปี พ.ศ. 2551-2560กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวิเคราะห์เป็นรายภาค พบว่ามีอัตราป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่สูงที่สุดในภาคเหนือ รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2561 ภาคเหนือ มีอัตราป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี 117.45 ต่อแสนประชากร และภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ที่ 106.38 ต่อแสนประชากร (สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2559-2561 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข) ซึ่งส่วนใหญ่เป็น ประชากร อายุระหว่าง 40-60 ปี (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โครงการรณรงค์การแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ครบ 70 ปี ในปีพุทธศักราช 2554 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ จะทรงเจริญพระชนมพรรษา 85 พรรษา และผู้ที่มีพยาธิใบไม้ตับมากกว่า 20 ปี มีโอกาสเป็นมะเร็งท่อน้ำดีโดยประมาณ ร้อยละ 55 เกิดขึ้นกับประชากรวัยทำงาน อายุระหว่าง 40-60 ปี (สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2559-2561 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข)

จังหวัดศรีสะเกษ รายงานอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับมากกว่า 40 คนต่อประชากร 100,000 คน และ อัตราตายด้วยมะเร็งตับท่อน้ำดี ปี พ.ศ.2562 จำนวน 278 ราย คิดเป็น 18.89 ต่อแสนประชากร,ปี 2562 จำนวน 278 ราย คิดเป็น 18.89 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ.2563 จำนวน 301 ราย คิดเป็น 20.45ต่อแสนประชากร ซึ่งจากอุบัติการณ์สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ จึงได้มีการกำหนดเป้าหมายลดอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีลดลงร้อยละ50 ในปี พ.ศ. 2578 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2563) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินงานการควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับ และมีมะเร็งท่อน้ำดีพ.ศ.2561 โดยสุ่มประเมินความชุกของโรคหนองพยาธิใน 1 หมู่บ้านของแต่ละอำเภอ

ในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่ามีอัตราความชุกโรค หนองพยาธิ ร้อยละ 9.34 โดยพบความชุกของโรค พยาธิใบไม้ดับมากขึ้นกว่าในปีที่ผ่านมา โดยพบความ ชุกของโรคอยู่ที่ ร้อยละ 7.15 ซึ่งเป็นความชุกของโรค หนองพยาธิที่มากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรค หนองพยาธิอื่นๆ การสุ่มตรวจอำเภอที่มีความชุก พยาธิใบไม้ดับ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2560 อำเภอที่ ตรวจพบความชุกของโรคพยาธิใบไม้ดับมากที่สุด 5 อันดับแรก ดังนี้ ร้อยละ 22.37 17.39, 13.51, 12.63, 9.33 ของอำเภอขุขันธ์ วังหิน เมืองจันทร์ ขุนหาญ และภูสิงห์ ตามลำดับ (สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2560)

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุขันธ์ได้ ดำเนินการตรวจหาความชุกการติดเชื้อพยาธิใบไม้ดับ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอขุขันธ์ ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 28 แห่ง (สำนักงานสาธารณสุข อำเภอขุขันธ์, 2563) พบอัตราความชุกพยาธิใบไม้ดับ ในประชากรมากกว่าร้อยละ 10 จำนวน 4 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกันจาน บ้าน โคกโพธิ์ บ้านจะกง บ้านสมบูรณ์, อัตราความชุก ร้อย ละ 5.01-10.00 จำนวน 6 แห่ง ดังนี้ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองกลาง บ้านโนน บ้าน ปรีอคัน บ้านนาถอก บ้านวิทย์ และบ้านขนุน อัตรา ความชุกน้อยกว่าร้อยละ 5.00 จำนวน 10 แห่ง ดังนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกฤษณา บ้าน สำโรงตาเจ็น บ้านปรีอใหญ่ บ้านใจดี ตำบลทิมสยาม06 บ้านหัวเสือ บ้านตรอย และบ้านตะเคียนบังอิง

จากอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ดับและ อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดี หน่วยงาน สาธารณสุขของจังหวัดศรีสะเกษ จึงได้เข้าร่วม ยุทธศาสตร์ “ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ดับและมะเร็ง ท่อน้ำดี ปี 2559-2568” (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ, 2559) โดยมีเป้าหมายเพื่อค้นหา ผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก ยังไม่มีอาการแสดง เพื่อลดการ เสียชีวิต และเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ของ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดมาตรการ 5 ข้อ ซึ่ง ประกอบไปด้วย คือ 1) การจัดการสิ่งแวดล้อม ปลา ปลอดพยาธิ ; กำจัดสิ่งปฏิกูลจากกรรณสุบร่วมให้ถูก

สุขลักษณะ และบังคับใช้กฎหมาย(อบต.ออกเทศ บัญญัติ ตาม พรบ.การสาธารณสุข ปี 2535) และทุก อำเภอ ควรมีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลจากกรรณสุบร่วม อย่างน้อยอำเภอละ 1 ระบบ เพื่อรองรับเทศบัญญัติ และบังคับใช้กฎหมาย 2) การควบคุมพยาธิใบไม้ดับ คนปลอดพยาธิ ; ตรวจพยาธิในประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไปทุกคน และให้ยาบำบัดทุกราย 3) การวินิจฉัย รักษา มะเร็ง ; ตรวจอัลตราซาวด์ในกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไปทุกรายและส่งต่อ เพื่อรับการผ่าตัดและรักษา กรณีที่ พบ CCA หรือมีผล U/S ผิดปกติ 4) การดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน ; การดูแลผู้ป่วยCCA ระยะสุดท้ายที่ บ้าน ด้วยทีม PCC 5) การบริหารจัดการสนับสนุน; ทุกโรงเรียนจัดให้มีการเรียนการสอนเรื่องโรคพยาธิ ใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี และตำบลจัดการสุขภาพ มีการสื่อสารความเสี่ยงและสื่อสารสาธารณะทาง วิทยุ ชุมชน และ หอกระจายข่าว หรืออื่นๆ

ซึ่งจากมาตรการทั้ง 5 ข้อนี้ ผู้วิจัยได้มีความ สนใจในการดำเนินการในมาตรการที่ 2 การตรวจคัด กรอง พยาธิใบไม้ดับในประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป และให้การรักษาผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ดับและติดตาม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ ลด อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งมีปัจจัยที่ เกี่ยวข้องเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะทางประชากร ความรู้ เรื่องพยาธิใบไม้ดับ ทศนคติต่อการป้องกันพยาธิใบไม้ ดับ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทาง สังคม ความตั้งใจในการป้องกันพยาธิใบไม้ดับ วัฒนธรรมกลุ่มในการป้องกันพยาธิใบไม้ดับ การรับรู้ ความสามารถของตน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และ พฤติกรรมการป้องกันพยาธิใบไม้ดับ ซึ่งหากการ ดำเนินการแล้วเสร็จ ผู้วิจัยคาดหวังว่าจะได้พบปัจจัย ทำนายที่มีผลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ดับซ้ำของ ประชากรในพื้นที่อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการติดเชื้อพยาธิใบไม้ ดับซ้ำของประชาชนอำเภอขุขันธ์จังหวัดศรีสะเกษ

สมมติฐานการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะทางประชากร ข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ข้อมูลความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ข้อมูลด้านทัศนคติต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี เป็นปัจจัยทำนายการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชนอำเภออุ้มผาง จังหวัด ศรีสะเกษ

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Case- control study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เคยได้รับการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับด้วยวิธี Kato thick smear และได้รับการรักษาด้วยยาฟลาซิควอนเทล ในปี 2563-2564 และเข้ารับการตรวจซ้ำในปี 2565 ในเขตอำเภออุ้มผาง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 377 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุ้มผาง, 2565)

กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง ประชาชนอำเภออุ้มผางที่มีประวัติการตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับปี 2563-2564 และทำการตรวจการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำในปี 2565 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มศึกษา คือ ผู้ที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำในปี 2565 จำนวน 162 คน และกลุ่มควบคุมคือ ผู้ที่ไม่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ จำนวน 215 คน รวมทั้งสิ้น 377 คน และคัดกรองจากการสัมภาษณ์ ซึ่งรวบรวมรายชื่อจากระบบรายงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภออุ้มผาง จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power เพื่อใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง ซึ่งเป็นโปรแกรมที่มีความยืดหยุ่น สามารถกำหนดขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่สร้างจากสูตรของ (Cohen (1997) โดยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการใช้โปรแกรม G*Power ดังนี้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multivariable logistic regression การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบศึกษาย้อนหลัง (Analytical case-control study) การคำนวณขนาดตัวอย่าง มีรายละเอียดดังนี้

$$n_p = \frac{n_1}{1 - \rho_{1.23...p}^2} \quad (\text{Hsieh, 1998})$$

เมื่อ n_p คือ ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ กรณีใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

n_1 คือ ขนาดตัวอย่างกรณีการศึกษาแบบย้อนหลัง (Case-control study)

$\rho_{1.23...p}$ คือ ความสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างตัวแปรประเภทย่อยที่เกี่ยวกับตัวแปรอิสระอื่นๆ

ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุเท่ากับ 0.1 ดังนั้น จะได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 377 คน แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา 162 และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 215 คน เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา(Inclusion Criteria) 1) เป็นผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่มีผลการพบติดเชื้อซ้ำ โดยวิธี Kato thick samear (สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุ้มผาง, 2565) 2) เป็นผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่มีประวัติการรักษาในสถานบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน อำเภออุ้มผาง จังหวัดศรีสะเกษ 3) ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาในอำเภออุ้มผาง จังหวัดศรีสะเกษ ไม่มีการอพยพย้ายถิ่นฐาน สามารถติดตามตัวได้ ใช้วิธีการสุ่มแบบเลือกทั้งหมดในกลุ่มที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ (Case)จำนวน 162 ราย ใช้วิธีการสุ่มแบบอย่างง่าย (จับสลากแบบไม่คืน) ในกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อซ้ำ (Control) ตามสัดส่วนของจำนวนของผู้ติดเชื้อซ้ำ รายสถานบริการ รพสต .ของอำเภออุ้มผาง จำนวน 215 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่ม โดยแบ่งออกเป็น 10 ส่วน ประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้(ครอบครัว) จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

การรับประทานยาพลาซิคอนเทล การดื่มสุรา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ แหล่งที่มาของข้อมูล ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบถูกผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ส่วนที่ 3 ทักษะการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 5 แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 6 ความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 7 วัฒนธรรมกลุ่มในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 8 การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 9 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 10 พฤติกรรมการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 11 ผลการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 1 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item Objective: IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1 ความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านทัศนคติต่อการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.84 การรับรู้ความเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.76 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.78 การรับรู้ประโยชน์การป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.74 การรับรู้อุปสรรคการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.80 แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.82 ความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.80 วัฒนธรรม

กลุ่มในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.78 การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.84 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เท่ากับ 0.88 และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ KR-20 ด้านความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขใบรับรอง UBU-REC-54/2566 ลงวันที่ 01 พฤษภาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่เก็บได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์แยกวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในกรณีข้อมูลมีการแจกแจงปกติ มีมัธยฐานและเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75

สถิติเชิงวิเคราะห์ (Inferential Statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชนอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ รายตัวแปรโดยการวิเคราะห์ Binary logistic regression ประเมินช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ของ Crude Odds ratio กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

สถิติเชิงวิเคราะห์ (Inferential Statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชนอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยทำการวิเคราะห์ซึ่งใช้สถิติเชิงอนุมานใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงซ้อนหลายตัวแปร multiple logistic regression ประเมินช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ของ Adjusted Odds ratio กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ติดเชื้อซ้ำเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.6 มีอายุเฉลี่ย 50.50 ปี (S.D. = 12.54 ปี) มีอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 53 ปี ร้อยละ 58.6 ปี จบการศึกษามากกว่าระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.7 ประกอบอาชีพอื่นๆที่ไม่ใช่เกษตรกรร้อยละ 79.0 มีมีฐานของรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,000 บาท ($P_{25}=2,750$ บาท : $P_{75}=8,000$ บาท) มีสมาชิกครอบครัวติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 59.1 เคยรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 53.0 มีประวัติการดื่มสุรา ร้อยละ 55.8 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 91.6 และแหล่งที่มาของข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 91.6 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อซ้ำเป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.1 มีอายุเฉลี่ย 56.67 ปี (S.D. = 11.81 ปี) มีอายุมากกว่า 53 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60.2 ปี จบการศึกษามากกว่าระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.3 ประกอบอาชีพอื่นๆที่ไม่ใช่เกษตรกรร้อยละ 89.4 มีมีฐานของรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 4,000 บาท ($P_{25}=2,000$ บาท : $P_{75}=6,000$ บาท) ไม่มีสมาชิกครอบครัวติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 59.6 ไม่เคยรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 75.8 มีประวัติการดื่มสุรา ร้อยละ 50.9 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 93.2 และ

แหล่งที่มาของข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 91.6 ตามลำดับ

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกปัจจัยทำนายการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชนอำเภออุซัน จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เบื้องต้นกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำในประชาชนอำเภออุซัน จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 3 ปัจจัย ได้แก่ อายุ ประวัติการรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ และความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยพบว่า ประชาชนที่มีอายุมากกว่า 53 ปีขึ้นไป มีโอกาสติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำมากกว่าประชาชนที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 53 ปี 2.09 เท่า (AOR=2.09 ,95%CI=1.26-3.45) ประชาชนที่เคยการรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับมีโอกาสติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำมากกว่าประชาชนที่ไม่เคยการรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ 3.16 เท่า (AOR=3.16 ,95%CI=2.04-6.38) และประชาชนที่มีความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับต่ำมีโอกาสติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำมากกว่าประชาชนที่มีความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับสูง 1.87 เท่า (AOR=1.87 , 95 %CI=1.01-3.52) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชน
อำเภออุซัน จังหวัดศรีสะเกษ แบบพหุโลจิสติก

ข้อมูลส่วนบุคคล		การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ		OR _{Crude} (95 %CI)	OR _{adj} (95 %CI)	P-value
		ไม่ติดเชื้อซ้ำ (n%)	ติดเชื้อซ้ำ (n%)			
เพศ						
	ชาย	89 (41.4)	62 (38.5)	1.128 (0.74-1.71)	0.87(0.53-1.42)	0.590
	หญิง	126 (58.6)	99 (61.5)	1		
อายุ (ปี)						
	> 53 ปีขึ้นไป	89 (41.4)	97 (60.2)	2.146(1.41-3.25)	2.09(1.26-3.45)	0.004
	≤ 53 ปี	126 (58.6)	64 (39.8)	1		
ระดับการศึกษา						
	ประถมศึกษา	78 (36.3)	35 (21.7)	2.05(1.28-3.26)	1.35(0.75-2.40)	0.308
	ระดับการศึกษาอื่น ๆ	137 (63.7)	126 (78.3)	1		

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายการติดพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชน
อำเภออุษันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ แบบพหุโลจิสติก

ข้อมูลส่วนบุคคล	การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ		OR _{Crude} (95 %CI)	OR _{adj} (95 %CI)	P-value
	ไม่ติดเชื้อซ้ำ (n%)	ติดเชื้อซ้ำ (n%)			
อาชีพ					
เกษตรกร	45 (21.0)	17 (10.6)	2.25(1.23-4.11)	1.20(0.57-2.52)	0.613
อาชีพอื่น ๆ	169 (79.0)	144 (89.4)	1		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	83 (38.6)	49 (30.4)	1.43(0.93-2.21)	1.01(0.60-1.71)	0.942
มากกว่า 5,000 บาท ขึ้นไป	132 (61.4)	112 (69.6)	1		
สมาชิกครอบครัวติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ					
มี	127 (59.1)	65 (40.4)	2.13(1.40-3.23)	1.14(0.67-1.93)	0.616
ไม่มี	88 (40.9)	96 (59.6)	1		
การรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ					
เคย	114 (53.0)	39 (24.2)	3.53(2.25-5.53)	3.61(2.04-6.38)	<0.001
ไม่เคย	101 (47.0)	122 (75.8)	1		
การดื่มสุรา					
ดื่ม	120 (55.8)	82 (50.9)	1.21 (0.80-1.83)	0.81(0.51-1.31)	0.408
ไม่ดื่ม	95 (44.2)	79 (49.1)	1		
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ					
ไม่เคยได้รับ	18 (8.4)	11 (6.8)	1.24(0.57-2.71)	0.82(0.34-2.01)	0.673
เคยได้รับ	197 (91.6)	150 (93.2)	1		
แหล่งที่มาของข้อมูล					
บุคคลอื่น	4 (1.9)	2 (1.2)	1.50(0.27-8.33)	0.37(0.05-2.66)	0.325
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	197 (91.6)	159 (98.8)	1		
ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ					
ระดับต่ำ	127(59.1)	88(40.9)	0.83(0.55-1.26)	0.83(0.50-1.39)	0.496
ระดับสูง	88(54.7)	73(45.3)	1		
ทัศนคติต่อการป้องกันโรคและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ					
ทัศนคติไม่ดี	118(53.6)	102(46.4)	1.42(0.93-2.15)	1.45(0.89-2.36)	0.128
ทัศนคติดี	97(62.2)	59(37.8)	1		
การรับรู้ความเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ					
ระดับไม่ดี	192(56.5)	148(43.5)	1.30(0.66-2.78)	1.52(0.64-3.63)	0.339
ระดับดี	23(63.9)	13(36.1)	1		
การรับรู้ความรุนแรงของโรค					
ระดับไม่ดี	149(58.0)	108(42.0)	0.90(0.58-1.40)	1.09(0.63-1.89)	0.744
ระดับดี	65(55.6)	52(44.4)	1		
การรับรู้ประโยชน์					
ระดับไม่ดี	201(56.9)	152(43.1)	1.17(0.49-2.79)	0.49(0.15-1.55)	0.226

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชน
อำเภออุซัน จังหวัดศรีสะเกษ แบบพหุโลจิสติก

ข้อมูลส่วนบุคคล	การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ		OR _{Crude} (95 %CI)	OR _{Adj} (95 %CI)	P-value
	ไม่ติดเชื้อซ้ำ (n%)	ติดเชื้อซ้ำ (n%)			
ระดับดี	14(60.9)	9(39.1)	1		
การรับรู้อุปสรรค					
ระดับไม่ดี	72(62.1)	44(37.9)	0.73(0.41-1.30)	0.77(0.45-1.29)	0.330
ระดับดี	143(55.0)	117(45.0)	1		
แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ					
ระดับน้อย	16(64.0)	9(36.0)	1.27(0.54-3.00)	1.33(0.48-3.68)	0.582
ระดับมาก	198(56.6)	152(43.4)	1		
ความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ					
ระดับต่ำ	50(63.3)	29(35.7)	1.37(0.82-2.30)	1.87(1.01-3.52)	0.050
ระดับสูง	165(55.6)	132(44.4)	1		
วัฒนธรรมกลุ่มในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ					
ระดับดี	166(55.0)	136(45.0)	0.62(0.36-1.06)	0.62(0.31-1.24)	0.184
ระดับไม่ดี	49(66.2)	25(33.8)	1		
ความรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ					
ระดับดี	18(51.4)	17(48.6)	0.77(0.38-1.55)	0.68(0.27-1.67)	0.406
ระดับไม่ดี	197(57.8)	144(42.2)	1		
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ					
ระดับไม่ดี	106(56.1)	83(43.9)	0.90(0.59-1.35)	1.25(0.76-2.06)	0.377
ระดับดี	109(58.6)	77(41.4)	1		
พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ					
ระดับไม่ดี	191(56.5)	147(43.5)	0.73(0.36-1.49)	1.06(0.43-2.61)	0.895
ระดับดี	23(63.9)	13(36.1)	1		

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยทำนายการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชนอำเภออุซัน จังหวัดศรีสะเกษ มี 3 ปัจจัย ได้แก่ อายุ ประวัติการรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ และความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นปัจจัยทำนายการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชนอำเภออุซัน จังหวัดศรีสะเกษ เนื่องจากจากคนที่มียู่มากขึ้นผ่านประสบการณ์การเรียนรู้ การดำรงชีวิตและการตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรม กล้าคิดและกล้าตัดสินใจในการทำบางอย่าง เช่น การตัดสินใจรับประทานปลาดิบซึ่งเป็นสาเหตุโดยตรงของการติด

เชื้อพยาธิ ใบไม้ตับ ซึ่งการติดเชื้อดังกล่าวไม่ได้ส่งผลกระทบที่มองเห็นอย่างชัดเจนในระยะเวลาอันสั้น ผู้ที่มีอายุมากขึ้นมีการเรียนรู้แนวทางและวิธีการแก้ไขปัญหามากขึ้น มีความรู้เรื่องการรักษามากขึ้น รู้ว่ามียาในการรักษา และมองว่าการรับประทานปลาดิบอาจไม่เป็นอันตรายอะไร และยังให้รสชาติที่ดีจึงทำให้อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นปัจจัยทำนายการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชนอำเภออุซัน จังหวัดศรีสะเกษ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สรญา แก้วพิบูลย์ (2556) ศึกษาการตรวจหาและจำแนกพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดสุรินทร์โดยวิธี Kato' Thick Smear พบว่า ผลการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ พบการติดเชื้อทั้งหมด 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.47 การติดเชื้อใน

เพศชาย (6.61%) และหญิง (6.32%) พบมากในกลุ่มอายุ 61-70 และ 71-80 ปี อาชีพเกษตรกรกรรม และจบระดับประถมศึกษา พบมากในอำเภอท่าตูมและอำเภอสังขะ คิดเป็น 16.67% กลุ่มอายุ 61-70 และ 71-80 ปี และ อังษณา ยศปัญญาและคณะ (2556) ความชุกพยาธิใบไม้ตับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดเลย ปี 2556 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 15.63 เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.51 และเพศหญิงร้อยละ 35.49 อายุเฉลี่ย 43 ปี กลุ่มอายุ 50-59 ปี ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุตร้อยละ 22.50

ประวัติการรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นปัจจัยทำนายการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชนอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดศรีสะเกษ เนื่องจากจากประวัติการรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับเป็นตัวบ่งบอกพฤติกรรมตัวหนึ่งซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และกลุ่มตัวอย่างรู้ว่าเมื่อเจ็บป่วยจะได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาพลาซิควอนเทลทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำได้ เนื่องจากมีความเชื่อว่าโรคไม่มีความรุนแรงและเมื่อติดเชื้อก็มีวิธีหรือมียารักษาได้ ไม่เป็นอันตรายจึงก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และประวัติการรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นปัจจัยทำนายการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชนอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดศรีสะเกษ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สอดคล้องกับงานวิจัยของ เกษร แถวโนนจิว และคณะ (2559) ศึกษาอุบัติการณ์และการติดเชื้อซ้ำโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่า ที่เคยได้รับยาพลาซิควอนเทลในการกำจัดพยาธิใบไม้ตับในปี 2556 ผลการศึกษาติดตามประชาชนกลุ่มเดิมโดยตรวจอุจจาระวิธี Modified Kato thick smear technique พบว่ามีอัตราชุกพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 14.3 และมีค่าสูงสุดในจังหวัดนครพนม ร้อยละ 28.6 อุบัติการณ์การของพยาธิใบไม้

ตับ ระหว่างปีพ.ศ. 2556 ถึง 2557 ร้อยละ 9.0 (95% CI = 0.08 -0.10) เมื่อจำแนกรายพื้นที่พบอุบัติการณ์สูงสุดที่จังหวัดนครพนม ร้อยละ 15.0 (95% CI = 0.12-0.19) รองลงมาคือ จังหวัดสกลนคร ร้อยละ 10.7 (95% CI - 0.07 - 0.14) และจังหวัดอุดรธานี ร้อยละ 10.1 (95% CI - 0.06-0.12) ตามลำดับ และพบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำในผู้ที่เคยติดเชื้อ ในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 5.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำได้แก่ ประวัติการกินปลาน้ำจืดมีเกล็ดดิบ (OR=3.2 , 95% CI = 2.25 - 4.68) ประวัติการเคยกินยาพลาซิควอนเทล (OR= 3.1, 95% CI= 2.07-4.58) และ ภูเบศร์ แสงสว่าง (2556) ศึกษาการใช้ยาพลาซิควอนเทลและอัตราการติดเชื้อซ้ำในผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ผลการศึกษาพบว่า การเคยใช้ยาพลาซิควอนเทลมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อซ้ำพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.013) โดยคนที่เคยใช้ยาพลาซิควอนเทลมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำพยาธิใบไม้ตับเป็น 2.19 เท่าของคนที่ไม่เคยใช้ยาพลาซิควอนเทล (95%.CI= 1.18-4.05)และ

ความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นปัจจัยทำนายการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชนอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดศรีสะเกษ เนื่องจากความตั้งใจเป็นปัจจัยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากปัจจัยภายในตัวคนซึ่งมีโอกาสทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ค่อนข้างสูง เป็นไปตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งมีหลายขั้นตอน เช่น การเปลี่ยนพฤติกรรมจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องนั้น ๆ ก่อน มีทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนพฤติกรรม มีการวางแผน และมีความตั้งใจในการเปลี่ยน ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เรียกว่า “The Stages of Change” ซึ่งความตั้งใจเป็นสิ่งที่เกิดจากความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ และการวางแผนถึงจะเกิดความตั้งใจ ดังนั้นความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นปัจจัยทำนายการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชนอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดศรีสะเกษ สอดคล้องกับงานวิจัยของอังษณา ยศปัญญา (2556)

ความชุกพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดเลย ปี 2556 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 15.63 เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.51 และเพศหญิงร้อยละ 35.49 อายุเฉลี่ย 43 ปี กลุ่มอายุ 50 - 59 ปี ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุดร้อยละ 22.50 ระดับความรุนแรงของการติดเชื้อวัดจากจำนวนไข่พยาธิต่อน้ำหนักอุจจาระ 1 กรัม การติดเชื้อต่ำอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 97.81) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 46.90) และมีความเข้าใจไม่ถูกต้องในเรื่องการกินยาเพื่อป้องกันการเกิดโรค และยารักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ ว่าสามารถรับประทานได้บ่อยๆไม่มีผลเสียต่อร่างกาย ร้อยละ 64.70 และ 56.10 ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการรักษาและป้องกัน ตลอดจนอุปสรรคในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหมักดองที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีร้อยละ 52.60 และ 93.78 ความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มตัวอย่างไม่เคยคิดเลิกการบริโภคปลาสดและก้อยปลาดิบร้อยละ 12.40 และ 10.90 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี และพยาธิใบไม้ตับ คือ การบริโภคปลาสดดิบ (OR = 5.36, 95% CI=2.54 - 11.29) และการกินปลาร้าดิบ (OR, 2.96, 95% CI=1.98 - 8.92)

ข้อเสนอแนะ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. 1997 Violence against women: A priority issue. Family and reproductive health world health organization. Geneva. Mimeographed.

1. จากผลการวิจัย พบว่า อายุ ประวัติการรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ และความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นปัจจัยทำนายการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชนอำเภอชุมขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมขันธ์ควรให้ความสำคัญกับกลุ่มประชากรที่มีอายุสูงขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 53 ปีขึ้นไปที่มีการติดเชื้อถึงร้อยละ 60.2 และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเพื่อลดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชนอำเภอชุมขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2. พฤติกรรมของประชาชนที่ไม่เหมาะสม คือ ยังมีการรับประทานหม่ำปลาดิบ ปลาสด และรับประทานส้มปลาดิบ ควรมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์สร้างความรู้ การรับรู้ และความตระหนักในการลด ละ เลิก การรับประทานปลาดิบ เพื่อลดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชนอำเภอชุมขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

3. ควรทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชนอำเภอชุมขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ แบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และพัฒนาภายใต้บริบทของพื้นที่ เพื่อให้ได้รูปแบบที่ตรงกับปัญหา มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่และผู้มีส่วนได้เสียเข้าร่วมกระบวนการอย่างครบถ้วน ให้ข้อคิดเห็นอย่างเต็มที่โดยอิสระ และเสนอแนวทางการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชน อำเภอชุมขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

4. พัฒนานวัตกรรมหรือโปรแกรมการลด ละ เลิก การรับประทานปลาดิบของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอำเภอชุมขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่รอดพ้นจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และลดการป่วยด้วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี

2. Infection with liver flukes (*Opisthorchis viverrini*, *Opisthorchis felinus* and *Clonorchis sinensis*). IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum. 1994;61:121-75
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2561) แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559-2568. การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดทิศทางและประเด็นการวิจัยที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์กำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี; 24-26 กรกฎาคม 2561 โรงแรมพลูแมน ขอนแก่น ราชธานี. ขอนแก่น Cascap khon kean university
4. Saichua, P., Sithithaworn, P., Jariwala, A. R., Deimert, D. J., Sithithaworn, J., Sripa, B. & Bethony, J. M. (2013). Microproteinuria during *Opisthorchis viverrini* infection: a biomarker for advanced renal and hepatobiliary pathologies from chronic opisthorchiasis. PLoS neglected tropical diseases, 7(5), e2228.
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางการดำเนินงานโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลฯ. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข.
6. Suwannahitatorn, P., Klomjit, S., Naaglor, T., Taamasri, P., Rangsin, R., Leelayoova, S., & Mungthin, M. (2013). A follow-up study of *Opisthorchis viverrini* infection after the implementation of control program in a rural community, central Thailand. Parasites & vectors, 6(1), 1-8.
7. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. (2560) สรุปผลการดำเนินงานโครงการกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ครบ 70 ปีในพุทธศักราช 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถจะทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา. (เอกสารอัดสำเนา).
8. อังษณา ยศปัญญา (2556) ความชุกพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดเลย ปี 2556. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น
9. ถาวร ทุมสะกะ และสุชาดา ภัยหลีกถี้. (2558). ความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน.วารสารการพัฒนาศาสนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 3(4); 481-494.
10. ณัฐภูมิ แก้วพิบูลย์ (2559) ปรสตีวิทยาสำหรับการพยาบาลและสาธารณสุข นครราชสีมา สมบูรณ์การพิมพ์.
11. กลุ่มควบคุมโรคติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ (2559) การสรุปผลการดำเนินงานโรคพยาธิ ใบไม้ตับ จังหวัดศรีสะเกษ ประจำปีงบประมาณ 2559.ในการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับจังหวัด (คปสจ.), 31 ตุลาคม 2559
12. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559 - 2562 กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข))
13. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ,(2560) ประเมินผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข จังหวัด.ศรีสะเกษ 2560
14. สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุทุมพรพิสัย,(2563) สรุปผลการประเมินอัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับอำเภออุทุมพรพิสัย 2563
15. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ,(2559) ประเมินผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข จังหวัด.ศรีสะเกษ 2559
16. Cohen J. Statistical power for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Academic Press;1977.
17. สรญา แก้วพิบูลย์ และ คณะ (2556) ศึกษาความชุกของพยาธิใบไม้ตับออสทอร์คิส วิเวอร์ริณี ด้วยวิธีคอตติคส เมียร์ และศึกษาความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติต่อการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชากรในจังหวัดสุรินทร์. วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร ปีที่ 21 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2561

18. อังษณา ยศปัญญา (2556) ความชุกพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดเลย ปี 2556.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น
- 19.เกษร แก้วโนนจั่ว ไพบุลย์ สิทธิถาวร ศศิธร ตั้งสวัสดิ์ เสรี สิงห์ทอง นิตยา ชุตไธสง และ วราลักษณ์ ตั้งคณะกุล (2559) อุบัติการณ์และการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 25 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม - มิถุนายน 2559.
- 20.ภูเบศร์ แสงสว่าง (2556) การใช้ยาพาราซิควอนเทลและอัตราการติดเชื้อในผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- 21.สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุ้มผาง,(2565) สรุปผลการประเมินอัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับ อำเภออุ้มผาง 2565
- 22.อนวัตนันท์ เพ็งพุด, จุฑามาศ สุจริต, ดุลศักดิ์ เทพจันทร์, พุทธิไกร ประมวล (2559) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อของโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561.
23. Hsieh, F. Y., Bloch, D. A., & Larsen, M. D. (1998). A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statistics in medicine*, 17(14), 1623-1634.

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยการสวดมนต์อามะร็องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

Effect of pain management program in terminal cancer patients by prayer.

Rong Kham District, Kalasin Province

(Received: July 16,2023 ; Revised: July 24,2023 ; Accepted: July 26,2023)

รัศมี ลือฉาย¹

Rusamee Luechai¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experiment by two group pre-post design) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังจัดกิจกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยการสวดมนต์ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งระยะที่ 3 และ 4 หรือมีการกระจายของโรคไปยังระบบต่างๆของร่างกาย นับถือศาสนาพุทธ ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2565 – พฤษภาคม 2566 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยการสวดมนต์ เป็นเวลา 7 วัน วัดผลก่อนและหลังการทดลองวันที่ 7 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยการสวดมนต์ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากรูปแบบการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) และแนวคิดเกี่ยวกับการสวดมนต์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลแบบผสมผสาน โดยโปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย 2) การให้ความรู้ในการจัดการอาการปวด 3) การฝึกทักษะการสวดมนต์ และ 4) การประเมินผล ซึ่งสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรม ประกอบด้วยแผนการสอนเรื่องการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการปวด คู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการปวดโดยการสวดมนต์ ซึ่งในเนื้อหาและแผนซีดีหรือไฟล์บันทึกเสียงการสวดมนต์คาถาอิติปิโสบทสรรเสริญพระพุทธรูปโดยผู้วิจัยทดสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบความแปรปรวน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า : 1) อาการปวดภายหลังการทดลอง 7 วันของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) อาการปวดภายหลังการทดลอง 7 วันของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อาการปวด การสวดมนต์

Abstract

This research was a quasi-experimental research (Quasi - Experiment by two group pre-post design) with two groups measuring before and after the activity. The objective was to study the effects of a pain management program in terminal cancer patients by prayer The samples in this study were patients who were diagnosed by doctors with stage 3 and 4 cancer, or whose disease had spread to various body systems. Buddhist receiving services at Rong Kham Hospital Kalasin Province Between May 2022 - May 2023, 60 people were selected by purposive sampling, divided into 30 experimental groups and 30 control groups. The control group received normal nursing care. The experimental group received normal nursing care together with the prayer-based pain management program for 7 days. The results were measured before and after the 7th day. The research instrument was the pain management program in patients with advanced cancer. finally by prayer The researcher developed from the symptom management model of Dodd et al. (2001) and the concept of prayer as part of integrated nursing. The program consists of 4 steps namely 1) assessment of patients' needs and cognitive experiences, 2) knowledge on pain management, 3) prayer skills training, and 4) evaluation. The media used in the program It includes a self-care

¹ พย.ม. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

lesson plan for pain relief. Self-care guide to pain relief through prayer. In which the contents and CDs or audio recordings of chanting Itipiso mantras in praise of the Lord Buddha. The researchers tested content validity from 5 experts. The reliability of the tools was tested by using Cronbach's alpha coefficient. The confidence value was 0.83. The statistics used in data analysis were mean, standard deviation, variance test statistics and t test statistics

The research results showed that: 1) The pain after 7 days of the experiment was less than that of the control group. Statistically significant at the .05 level. 2) The pain after 7 days of the experimental group was less than before the experimental period. Statistically significant at the .05 level.

Keywords: terminal cancer patients, pain, prayer

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและของประเทศไทย ข้อมูลองค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายลำดับ 2 ของประชากรทั่วโลกและมีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกประเทศ ก่อให้เกิดความสูญเสียและความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีการลุกลามของโรคจนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาจึงเป็นการรักษาตามอาการและการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมักมีความทุกข์ทรมานจากสภาพการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น ความเจ็บปวด หายใจลำบาก เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณตามมา นับว่าเป็นวิกฤตที่สำคัญของชีวิต ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจะไม่ได้มุ่งหวังให้ผู้ป่วยหายจากโรค แต่จะเป็นการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการจากไปอย่างสงบ โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต และให้การดูแลรักษาเพื่อบรรเทาอาการเหล่านั้น ในปี 2020 ที่ผ่านมา องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ทำการประเมินผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วโลก พบว่ามีจำนวน 19.3 ล้านคน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยในทวีปเอเชีย 9 ล้านคน ยุโรป 4 ล้านคน อเมริกาเหนือ 2 ล้านคน อเมริกาใต้ 1.4 ล้านคน แอฟริกา 1.1 ล้านคน และโซนโอเชียเนีย 2 แสนคน นอกจากนี้ WHO ยังได้ประมาณการว่า ในปี 2040 ผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนกว่า 28.9 ล้านคน ทั้งนี้ มะเร็ง

เต้านมเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุด ขณะเดียวกัน มะเร็งปอดเป็นโรคที่มีผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุดในโลก รวมทั้งในทุก ๆ ปี^{1,2}

ส่วนในประเทศไทย จากการรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ พบว่า แต่ละปีจะมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 140,000 คน หรือประมาณ 400 คนต่อวัน³ สำหรับมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรกในชายไทยอันดับ 1 คือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี ร้อยละ 33.2, มะเร็งปอด ร้อยละ 22.8 , มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 18.7, มะเร็งต่อมลูกหมาก ร้อยละ และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ร้อยละ 6.6 ส่วน มะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรกในหญิงไทยอันดับ 1 มะเร็งเต้านม ร้อยละ 34.2 , มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 13.3 , มะเร็งตับและท่อน้ำดี ร้อยละ 12.2 , มะเร็งปอดร้อยละ 11.5 , มะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 11.1³

จังหวัดกาฬสินธุ์ในปี 2560 - 2564 พบผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยระยะประคับประคอง รวมทั้งสิ้น 9,959 ราย เมื่อพิจารณารายปีพบว่าผู้ป่วย 2560 - 2564 จำนวน 986, 1,272, 1,576, 2,126 และ 3,999 ราย ตามลำดับ จะเห็นว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในปี 2565⁴ สำหรับสถานการณ์โรคมะเร็งจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2558-2560 พบผู้ป่วยจำนวน 455 ราย 560 ราย และ 730 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราตาย 79.94 , 87.58 และ 86.2 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน จากสถานการณ์ผู้ป่วยระยะท้ายของอำเภอร่องคำ ปีงบประมาณ 2560 - 2565 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยระยะท้าย 39 ราย , 47 ราย , 62 ราย , 75 ราย 89 ราย และ 94 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

โดยในจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายนี้ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 25 ราย (64.10 %) , 31 ราย (65.96 %) , 43 ราย (69.35 %) , 55 ราย (73.33 %) , 67 ราย (75.28 %) และ 73 ราย (77.66 %) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน⁵

โรงพยาบาลร่งคำเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงระดับ F2 มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 3 คน (ผ่านการอบรมหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน) พยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 1 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน เภสัชกร 3 คน นักโภชนาการ 1 คน แพทย์แผนไทย 2 คน และพยาบาลสุขภาพจิต 2 คน จัดตั้งศูนย์ดูแลแบบประคับประคองเมื่อปี 2558 มีพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ปฏิบัติงาน Full Time ที่ผ่านมาโรงพยาบาลร่งคำมีแนวทางการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายคือ มีการประเมินอาการปวด และการใช้ยาแก้ปวดตามลำดับขั้น 3 ขั้นขององค์การอนามัยโลก (WHO three – step analgesic ladder) แต่ยังไม่สามารถจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพได้ กล่าวคือ จากการทบทวนเวชระเบียน จำนวน 30 ราย พบว่า ร้อยละ 63.33 (19 ราย) มีค่าคะแนนความปวดลดลงเพียงเล็กน้อย และจากผลการประเมินความพึงพอใจในการจัดการด้านอาการปวดของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล พบว่า ให้ระดับคะแนนต่ำ

ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการลุกลามของโรคหรืออยู่ในระยะสุดท้าย เป็นผู้ที่มียายุหรือช่วงเวลาของชีวิตเหลืออยู่จำกัดและไม่แน่นอน ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากการดำเนินของโรคและการรักษาที่ได้รับตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย รวมทั้งการเผชิญกับความตายที่ใกล้จะมาถึง ได้รับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะความทุกข์ทรมานด้านร่างกายที่เกิดขึ้นเนื่องจากอาการต่างๆ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดความทุกข์ทรมาน ได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก เบื่ออาหาร ท้องผูก อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า

อาการผิดปกติในการนอน สับสน ซึมเศร้า วิตกกังวล และหมดหวังในชีวิต โดยอาการที่พบบ่อยที่สุด คือ อาการปวด ประมาณร้อยละ 34-96 อาการปวด (Cancer Pain) เป็นอาการหนึ่งที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบประมาณร้อยละ 34-96 ซึ่งเป็นอาการสำคัญทางคลินิกที่บั่นทอนความปกติสุขในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมากที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย พบว่า อาการปวดเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่ไม่เพียงพอ แนวทางการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ประกอบด้วย 1) การประเมินความปวด 2) การใช้ยาแก้ปวด เป็นหัวใจสำคัญของการบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง 3) การบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา เป็นวิธีที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่ามีความสำคัญและควรนำมาใช้ร่วมกับการให้ยาแก้ปวด โดยวิธีดังกล่าวได้ปรากฏในแนวปฏิบัติการจัดการความปวดจากโรคมะเร็งของสถาบันต่างๆ เช่น การจัดการความปวดโดยให้ผู้ป่วยปรับทัศนคติและพฤติกรรม เช่น การฝึกการผ่อนคลาย การสร้างจินตภาพ ดนตรีบำบัด การสวดมนต์ รวมถึงให้ความรู้เกี่ยวกับอาการปวดหรือการสอนให้ผู้ป่วยบันทึกความปวดด้วยตนเอง และเรียนรู้การรายงานความปวด เพื่อให้สามารถขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพได้^{6,7}

การสวดมนต์ ซึ่งจัดอยู่ในการดูแลแบบผสมผสาน (Complementary care) ประเภท Mind – body medicine (การปฏิบัติโดยใช้จิตคลุมกาย) เป็นวิธีการปฏิบัติที่ทำให้จิตใจสงบต่อเนื่องกัน เมื่อผู้สวดปฏิบัติจนเกิดสมาธิ ร่างกายเกิดภาวะผ่อนคลายจะมีผลต่อปฏิกิริยาการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้ร่างกายทำงานช้าลง ส่งผลให้พาราซิมพาเทติกทำงานมากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง มีผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ การเผาผลาญ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อระดับอภินิพพานและความดันโลหิตลดลง การไหลเวียนของโลหิตส่วนปลายเพิ่มมากขึ้น มีการหายใจลึกขึ้น ใช้

กล้ามเนื้อหน้าท้องมากขึ้น ส่งผลในการบรรเทาอาการปวดที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติมีจิตใจสงบ มีความสุข สามารถแก้ปัญหาชีวิตและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา มองชีวิตอย่างปล่อยวางมากขึ้น ช่วยลดความเครียดและแก้ทุกข์ทางใจได้^{8,9}

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยการสวดมนต์ขึ้น เพื่อบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ใช้แนวทางการจัดการกับอาการโดยเน้นที่การจัดการทางคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพและใช้การดูแลตนเองซึ่งเน้นทักษะ ความรู้ การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในการจัดการอาการด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการปวดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอวังน้อย จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาโปรแกรมการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยการสวดมนต์อำเภอวังน้อย จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยการสวดมนต์อำเภอวังน้อย จังหวัด

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experiment by two group pre-post design) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2565 – พฤษภาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งระยะที่ 3 และ 4 หรือมีการกระจายของโรคไปยังระบบต่างๆของร่างกาย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งระยะที่ 3 และ 4 หรือมีการกระจายของโรคไปยังระบบต่างๆของร่างกาย นับถือศาสนาพุทธ ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลวังน้อย จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2565 – พฤษภาคม 2566 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา คือ 1) มีอายุ 25 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ตามปกติ 4) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยโดยลงนามในใบยินยอม เกณฑ์ในการคัดเลือกรับเข้ากลุ่ม คือ 1) มีระดับความรู้สึกตัวลดลง น้อยหรือมาก หรืออยู่ในสภาพที่ไม่สื่อสารถึงความรู้สึกของตนเองได้ 2) กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมการศึกษา 3) กลุ่มตัวอย่างย้ายที่อยู่ขณะทำการศึกษาวิจัย

ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อยที่สุด จำนวน 30 คน เพื่อให้การกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติมากที่สุด สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน โดยได้กำหนดเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน โดยการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) ให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด ในเรื่องอายุ เพศ ระยะของโรคมะเร็ง (แบ่งเป็นระยะที่ 3 และระยะที่ 4) และได้รับยาแก้ปวดชนิดเดียวกัน ทำการคัดเลือกจนครบ 30 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ

1.1 โปรแกรมการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยการสวดมนต์ อำเภอวังน้อย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd และคณะ

(2001) และแนวคิดการดูแลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้อาการปวดของผู้ป่วย เพื่อค้นหาและรวบรวมประสบการณ์ในการจัดการกับอาการปวดที่เกิดขึ้น จากนั้นระบุปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้ในการจัดการอาการปวด เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องอาการปวด สาเหตุของอาการปวด การจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองที่มีการใช้ยาและการไม่ใช้ยา คือ การวดมนต์คาถาอิติปิโสบทสรรเสริญพระพุทธรูป

กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะการวดมนต์ ให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการวดมนต์คาถาอิติปิโสบทสรรเสริญพระพุทธรูป โดยผู้วิจัยสาธิตและฝึกพร้อมกัน แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติด้วยตนเองทุกวันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ช่วงเช้าและก่อนนอน ครั้งละ 20 นาที และทุกครั้งที่ปวด จากนั้น ผู้วิจัยมอบคู่มือ แผ่นซีดีหรือไฟล์บันทึกเสียงการวดมนต์ให้ผู้ผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 4 การประเมินผล มีการประเมินผลความรู้ ทักษะการวดมนต์ และระดับอาการปวดของผู้ป่วย ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการการวดมนต์ ว่าเป็นอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคหรือไม่อย่างไร เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย

2. เอกสารและสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรม ผู้วิจัยสร้างเอกสารและสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรม โดยศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำมาสรุปเนื้อหา ประกอบด้วย

2.1 แผนการสอนเรื่องการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการปวด มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องอาการปวด สาเหตุของอาการปวด การจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองทั้งการใช้ยาแก้ปวดอย่างถูกวิธี และการไม่ใช้ยา เช่น การจัดทำทาง การเบี่ยงเบนความสนใจ และการวดมนต์คาถาอิติปิโสบทสรรเสริญพระพุทธรูปอย่างเป็นระบบ

2.2 คู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการปวดโดยการวดมนต์ ซึ่งในเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน

2.3 แผ่นซีดีหรือไฟล์บันทึกเสียงการวดมนต์คาถาอิติปิโสบทสรรเสริญพระพุทธรูป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม หนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้อง กำหนดเป็นแบบบันทึกประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ บุคคลที่ช่วยเหลือดูแล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาในการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับปัจจุบัน ยาบรรเทาอาการปวดที่ได้รับ ผลต่อการนอนหลับ ตำแหน่งที่ปวด รูปแบบของอาการปวด เวลาที่เกิดอาการปวด ลักษณะของอาการปวด วิธีที่เคยใช้เพื่อลดอาการปวด

2.2 แบบสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม ประสิทธิภาพการมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยเลือกแบบสอบถามประสิทธิภาพการมีอาการ (Memorial symptom assessment scale) ที่สร้างโดย Portenoy และคณะ (1994) เป็นแบบประเมินประสิทธิภาพการมีอาการในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่มีข้อความเกี่ยวกับอาการของโรคมะเร็ง 32 อาการ ที่ประกอบด้วย มิติย่อยด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการ ซึ่งได้แปลเป็นภาษาไทย

2.3 แบบประเมินอาการปวด โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของความปวดชนิด Wong – Baker faces pain rating scale โดยให้ผู้ผู้ป่วยเลือกรูปหน้า ที่บอกถึงระดับความปวดที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วยมากที่สุด แล้วบันทึกตัวเลขที่มีความหมายตรงกับรูปหน้านั้น ซึ่งมีตัวเลขตั้งแต่ 0 – 10 โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด และ

คะแนน 10 หมายถึง ปวดมากที่สุดจนไม่สามารถทนได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบสอบถามที่ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนแล้ว มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t - test

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Pair t - test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยให้ความสำคัญหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยพิจารณาในด้านต่างๆ ดังนี้

1. หลักการเคารพในตัวตนบุคคล คือ ให้การเคารพในการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างต้องยินยอมในการให้ข้อมูล การเข้าร่วมกิจกรรม การบันทึกภาพและการบันทึกวีดีโอ โดยความสมัครใจและไม่กระทำการใดๆ ที่เป็นการขัดต่อกฎหมาย ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่าง

2. มีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และทำความเข้าใจในรายละเอียดรูปแบบการดำเนินการกิจกรรม ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับและการนำผลการวิจัยให้ผู้ถูกวิจัยทราบ

3. ยึดหลักผลประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย รมณ์ตระวังไม่ให้เกิดความผิดพลาดหรือความเดือดร้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจแก่กลุ่มตัวอย่าง

4. มีการรักษาข้อมูลบุคคลที่ได้ไว้เป็นความลับ โดยการเขียนและนำเสนอผลวิจัยเป็นภาพรวมและตามความเป็นจริง

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยการสวดมนต์ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน รูปแบบงานวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคระยะเรื้อรัง ร้อยละ 33.33 โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นโรคระยะเรื้อรังจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 33.33 ระยะเวลาการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6 เดือน - 1 ปี ร้อยละ 51.67 โดยกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6 เดือน - 1 ปี ร้อยละ 50.00 และกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6 เดือน - 1 ปี ร้อยละ 53.33 การรักษาที่ได้รับในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ การรักษาตามอาการ ร้อยละ 56.67 โดยการรักษาที่ได้รับในปัจจุบันของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ คือ การรักษาตามอาการ ร้อยละ 53.33 และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบันของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ คือ การรักษาตามอาการ ร้อยละ 60.00 กลุ่มตัวอย่างได้รับยาแก้ปวดบรรเทาอาการ ร้อยละ 100 ชนิดของยาแก้ปวดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ คือ Morphine ชนิดรับประทาน ร้อยละ 66.67 หลังรับประทานยา กลุ่มตัวอย่างสามารถบรรเทาอาการปวดได้ ร้อยละ 100 อาการปวดมีผลต่อการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100 บริเวณที่ปวดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ มากกว่า 2 ตำแหน่ง ร้อยละ 81.67 โดยบริเวณที่ปวดของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ คือ มากกว่า 2 ตำแหน่ง ร้อยละ 76.67 และบริเวณที่ปวดของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ คือ มากกว่า 2 ตำแหน่ง ร้อยละ 86.67 รูปแบบของอาการปวดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ปวดตลอดเวลา ร้อยละ 85.00 โดยรูปแบบของอาการปวด

ของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ คือ ปวดตลอดเวลา ร้อยละ 83.33 และรูปแบบของอาการปวดของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ คือ ปวดตลอดเวลา ร้อยละ 86.67 เวลาที่มักเริ่มมีอาการปวดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ กลางคืน ร้อยละ 45.00 โดยเวลาที่มักเริ่มมีอาการปวดของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ คือ กลางคืน ร้อยละ 40.00 และเวลาที่มักเริ่มมีอาการปวดของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ คือ กลางคืน ร้อยละ 50.00 ลักษณะอาการปวดของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ คือ ปวดแปล๊บๆ ร้อยละ 40.00 โดยลักษณะอาการปวด

ของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ คือ ปวดแปล๊บๆ ร้อยละ 36.67 และลักษณะอาการปวดของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ คือ ปวดแปล๊บๆ ร้อยละ 43.33 วิธีที่เคยใช้ในการบรรเทาอาการปวดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ นวด ทุเบาๆ ร้อยละ 50.00 โดยวิธีที่เคยใช้ในการบรรเทาอาการปวดของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ คือ นวด ทุเบาๆ ร้อยละ 46.67 และวิธีที่เคยใช้ในการบรรเทาอาการปวดของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ คือ นวด ทุเบาๆ ร้อยละ 53.33

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ค่าเฉลี่ยอาการปวด	กลุ่มทดลอง (N = 30)		กลุ่มควบคุม (N = 30)		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ก่อนทดลอง	9.93	.365	9.80	.805	58	.826	.412
หลังทดลอง	3.80	.961	9.60	.814	58	-25.224	.000*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวด 9.80 (SD=.805) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวด 9.60 (SD=.814) ส่วนกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวด 9.93 (SD=.365) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวด 3.80

(SD=.961) ซึ่งสรุปได้ว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

เวลา	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
ก่อนทดลอง	9.93	.365	37.345	29	.000*
หลังทดลอง	3.80	.961			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวด 9.93 (SD=.365) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการ

ปวด 3.80 (SD=.365) ซึ่งน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการสวดมนต์ โดยเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน หมายถึง กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน หมายถึง กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม ร่วมกับโปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยการสวดมนต์ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.67 มีอายุ 70 ปี ขึ้นไปร้อยละ 41.67 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 63.50 ปี โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 63.50 ปี และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 66.90 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 68.33 โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 66.67 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 70.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75.00 โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 73.33 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 76.67 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุคคลที่สามารถช่วยเหลือดูแล คือ สามเณร ร้อยละ 31.67 โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีบุคคลที่สามารถช่วยเหลือดูแล คือ สามเณร ร้อยละ 33.33 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีบุคคลที่สามารถช่วยเหลือดูแล คือ สามเณร ร้อยละ 31.67 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งตับ ร้อยละ 33.33 โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งตับจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 33.33 ระยะเวลาการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6 เดือน - 1 ปี ร้อยละ 51.67 โดยกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6 เดือน - 1 ปี ร้อยละ 50.00 และกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6 เดือน - 1 ปี ร้อยละ 53.33 การรักษาที่ได้รับในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ การรักษาตามอาการ ร้อยละ 56.67 โดยการรักษาที่ได้รับในปัจจุบันของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ คือ การรักษา

ตามอาการ ร้อยละ 53.33 และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบันของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ คือ การรักษาตามอาการ ร้อยละ 60.00 กลุ่มตัวอย่างได้รับยาแก้ปวดบรรเทาอาการ ร้อยละ 100 ชนิดของยาแก้ปวดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ คือ Morphine ชนิดรับประทาน ร้อยละ 66.67 หลังรับประทานยากลุ่มตัวอย่างสามารถบรรเทาอาการปวดได้ ร้อยละ 100 อาการปวดมีผลต่อการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 บริเวณที่ปวดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ มากกว่า 2 ตำแหน่ง ร้อยละ 81.67 โดยบริเวณที่ปวดของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ คือ มากกว่า 2 ตำแหน่ง ร้อยละ 76.67 และบริเวณที่ปวดของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ คือ มากกว่า 2 ตำแหน่ง ร้อยละ 86.67 รูปแบบของอาการปวดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ปวดตลอดเวลา ร้อยละ 85.00 โดยรูปแบบของอาการปวดของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ คือ ปวดตลอดเวลา ร้อยละ 83.33 และรูปแบบของอาการปวดของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ คือ ปวดตลอดเวลา ร้อยละ 86.67 เวลาที่มักเริ่มมีอาการปวดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ กลางคืน ร้อยละ 45.00 โดยเวลาที่มักเริ่มมีอาการปวดของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ คือ กลางคืน ร้อยละ 40.00 และเวลาที่มักเริ่มมีอาการปวดของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ คือ กลางคืน ร้อยละ 50.00 ลักษณะอาการปวดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ปวดแปล๊บๆ ร้อยละ 40.00 โดยลักษณะอาการปวดของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ คือ ปวดแปล๊บๆ ร้อยละ 36.67 และลักษณะอาการปวดของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ คือ ปวดแปล๊บๆ ร้อยละ 43.33 วิธีที่เคยใช้ในการบรรเทาอาการปวดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ นวด ทุเบาะๆ ร้อยละ 50.00 โดยวิธีที่เคยใช้ในการบรรเทาอาการปวดของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ คือ นวด ทุเบาะๆ ร้อยละ 46.67 และวิธีที่เคยใช้ในการบรรเทาอาการปวดของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ คือ นวด ทุเบาะๆ ร้อยละ 53.33

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยการสวดมนต์ พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมในโปรแกรมซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001)¹⁰ มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการดูแลแบบผสมผสานด้วยการสวดมนต์ เป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ใช้ได้ง่าย สะดวก และไม่เสียค่าใช้จ่าย ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีอาการปวดเรียนรู้ถึงเหตุและผลของการเกิดอาการปวด แนวทางการจัดการอาการ และผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการอาการ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการจัดการอาการปวดอย่างถูกต้องและเหมาะสมทั้งการใช้ยาและการไม่ใช้ยา ตลอดจนสามารถวางแผนการจัดการอาการปวดได้อย่างถูกต้อง จึงส่งผลให้อาการปวดลดลง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริินยา พวงจำปา ,พิกุล นันทชัยพันธ์ และฉวีวรรณ ธงชัย (2551)¹ ที่ศึกษาการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อบรรเทาอาการปวดเฉียบพลัน พบว่าเทคนิคการผ่อนคลาย 7 รูปแบบ ประกอบด้วย เทคนิคการผ่อนคลายที่ใช้ฝึกการหายใจ การฝึกสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อบริเวณขากรรไกร การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ Progressive relaxation training การผ่อนคลายโดยการสร้างจินตภาพ การฝึกการผ่อนคลายอย่างรวดเร็ว และการใช้เทคนิคการผ่อนคลายหลายวิธีร่วมกันสามารถลดปวดได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร เสมสาร (2552)¹¹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม

การจัดการอาการปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจ 4 ผลการศึกษาพบว่า ความเจ็บปวดภายหลังการทดลอง 7 วัน และ 14 วันของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ พงณา สายันห์ (2557)¹² ที่ศึกษาการรับรู้ กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดและหายใจลำบากในพระภิกษุอาพาธด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้แนวคิดการจัดการอาการ (Symptom management) ของ Dodd. เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นพระภิกษุอาพาธด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 12 ราย วิธีการจัดการอาการที่พระภิกษุอาพาธด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับประกอบด้วย การใช้ยา และไม่ใช้ยา โดยยาหลักที่ได้รับในการจัดการอาการปวด คือ ยาในกลุ่ม Opioid ร่วมกับยาเสริมในกลุ่ม Non – Opioid ส่วนวิธีการจัดการอาการปวดและหายใจลำบากที่ไม่ใช้ยาประกอบด้วย การพูดคุยให้กำลังใจมากที่สุด รองลงมาคือการทำสมาธิ และการออกกำลังกายตามความเหมาะสม ผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดและอาการลำบากอยู่ในระดับดี โดยเฉลี่ยค่าคะแนนการรับรู้การปวดหลังรับไว้ในการดูแลต่ำกว่าก่อนรับไว้ในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.02$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ วารีแสงทิพย์ (2553)⁹ ที่ศึกษาผลของการใช้ธรรมปฏิบัติต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยขณะที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ หน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทยฯ โรงพยาบาลสงฆ์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง การทดลองใช้เวลา 10 สัปดาห์ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มควบคุม กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มที่ทำการสวดมนต์ กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มที่ทำสมาธิ กลุ่มที่ 4 คือ กลุ่มที่ทำการสวดมนต์ร่วมกับการทำสมาธิ ใช้เวลาในการปฏิบัติครั้งละ 35 นาที โดยทำเป็นตีสวด ภาพพร้อมเสียง ผลการศึกษาพบว่า ธรรมปฏิบัติด้วยวิธีการทำสมาธิทำให้ภาวะความซึมเศร้าของผู้ป่วยไต

วายเป็นระยะสุดท้ายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value < 0.01) ธรรมชาติปฏิบัติด้วยวิธีการสวดมนต์ การทำสมาธิ และการสวดมนต์ร่วมกับการทำสมาธิ ทำให้คุณภาพชีวิตในมิติของทางด้านร่างกายของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งอัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจในกลุ่มที่สวดมนต์ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอัตราการหายใจเท่านั้นในกลุ่มที่สวดมนต์ร่วมกับการทำสมาธิลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น (2554)¹³ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการสวดมนต์ต่ออาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อโรคยาศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร จำนวน 60 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการสวดมนต์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการสวดมนต์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลแบบผสมผสาน โดยโปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย 2) การให้ความรู้ในการจัดการอาการปวด 3) การฝึกทักษะการจัดการอาการปวดและการสวดมนต์ 4) การประเมินผล ผลการศึกษาพบว่า อาการปวดภายหลังการทดลอง 4 วันและ 7 วันของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอาการปวดภายหลังการทดลอง 4 วันและ 7 วันของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ อารี นัยบ้านด่าน และคณะ (2552)¹⁴ ที่ศึกษาเปรียบเทียบความเครียดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่สวดมนต์และกลุ่มที่ไม่ได้สวดมนต์ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเครียดหลังการสวดมนต์วันที่ 1, 5 และ 10 ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$)

และระดับสมาธิภายในกลุ่มทดลองภายหลังการสวดมนต์ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ ปุกหุด (2555)¹⁵ ที่ศึกษาผลของการสวดมนต์บำบัดต่อความวิตกกังวลและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรับการรักษาประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยรักษามะเร็ง โรงพยาบาล ศรี น ค ร ิ น ท ร ค ณ ะ แ พ ท ย ศ า ส ต ร มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 10 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ: 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความวิตกกังวลในขณะเผชิญ (State-anxiety: Form X-I) 3) แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของ Paloutzian and Ellison (1982) และ 4) คู่มือการสวดมนต์บำบัด ด้วยการเปลี่ยนเสียงของผู้สวดเองตามบทสวดคาถาชินบัญชร ต่อเนื่องจนครบ 3 รอบ หรือใช้เวลาสวด 15-20 นาที วันละ 1 ครั้ง อย่างน้อย 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าโปรแกรมสวดมนต์บำบัดต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมสวดมนต์บำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) คะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าโปรแกรมสวดมนต์บำบัดสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมสวดมนต์บำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรวรรณ พลจอร์ (2558)¹⁶ ที่ศึกษาผลของการสวดมนต์แบบพุทธต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มที่มีการสวดมนต์แบบพุทธ และกลุ่มที่ไม่มีการสวดมนต์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 64 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยจัดเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 34 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการสวด

มนต์แบบพุทธด้วยตนเอง ครั้งละประมาณ 30 นาที วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 28 วัน ประเมินความวิตกกังวล จำนวน 3 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ค่าความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายคู่ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองครั้งที่ 2 ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญในระยะก่อนการทดลอง ($p > .05$) และหลังการทดลองครั้งที่ 1 ($p > .01$) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของกิจจศรีณย์ จันทรโป (2556)¹⁷ ที่ศึกษาผลของการสวดมนต์ตามแนวพุทธศาสนาและการทำสมาธิแบบอานาปานสติที่มีต่อความเครียดของนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างคือ นิสิตปริญญาตรีของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 18 – 21 ปี จำนวน 60 คน ผลการศึกษา

พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มสวดมนต์และทำสมาธิแบบอานาปานสติมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตลอดจนสอดคล้องกับการศึกษาของ Johnson และคณะ (2009)¹⁸ ที่ศึกษาความเป็นไปได้การส่งเสริมของศูนย์การสวดมนต์และประเมินผลอารมณ์ ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำของมะเร็งรังไข่ จำนวน 10 คน ที่มารับการบำบัดรักษา หอผู้ป่วยนอก คลินิก Mayo ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการสวดมนต์ 20 นาที พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึก ผลการศึกษาพบว่า การสวดมนต์เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งรังไข่ทั้งด้านอารมณ์ ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการส่งเสริมการสวดมนต์ ในการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

เอกสารอ้างอิง

1. สิริยา พวงจำปา, พิกุล นันทชัยพันธ์ และฉวีวรรณ ธงชัย (2551) การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อบรรเทาอาการปวดเฉียบพลัน วารสารสภาการพยาบาล ปีที่ 23 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2551
2. ทิวาธิณณ์ วัฒนาวัดฤ (2551) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. กรมการแพทย์ (2566). กรมการแพทย์. โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ร่วมกับ โรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาคจัดการประชุมวิชาการโรคมะเร็งแห่งชาติ ครั้งที่ 15. ข่าวเพื่อสื่อมวลชน กลุ่มงานประชาสัมพันธ์ สำนักเลขานุการกรม กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
4. ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ HDC จังหวัดกาฬสินธุ์. (2565). ฐานข้อมูลผู้ป่วยระยะประคับประคองจังหวัดกาฬสินธุ์
5. ศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลร่งคำ, (2565). สถานการณ์ผู้ป่วยระยะท้ายของอำเภอร่งคำ
6. มนต์รัตน์ ภูทองชัย (2563) แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 5 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2563

7. สารสิน กิตติโพนวนนท์ และรัตนารณ ประชากุล (2565) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการจัดการรายการฉันทา และการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพเครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 7 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2565
8. พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต) (2553) พุทธธรรม (ฉบับเดิม) พิมพ์ครั้งที่ 25 กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์เพิ่มทรัพย์การพิมพ์
9. จุฑามาศ วาริแสงทิพย์ (2553) การฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยธรรมปฏิบัติ วิทยานิพนธ์ปริญญาเอก. สาขาวิชาพระพุทธศาสนา มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
10. Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., ... & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x
11. ศิริพร เสมสาร (2552) ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
12. พงณา สายันท์ (2557) การจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดและหายใจลำบากในพระภิกษุอาพาธด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
13. เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น (2554) ผลของโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการสวดมนต์ต่ออาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
14. อารี นัยบ้านด่าน และคณะ (2552) ผลของการสวดมนต์ต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
15. พรทิพย์ ปุกหุด (2555) ผลของการสวดมนต์บำบัดต่อความวิตกกังวลและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรับการรักษา วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
16. อุไรวรรณ พลจร (2558) ผลของการสวดมนต์แบบพุทธต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา ที่ได้รับยาเคมีบำบัด วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
17. กิจจศรีณย์ จันทโรปี (2556) ผลของการสวดมนต์ตามแนวพุทธศาสนาและการทำสมาธิแบบอานาปานสติที่มีต่อความเครียดของนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
17. Johnson M.E. , et al. Centering prayer for women receiving chemotherapy for recurrent ovarian cancer. A pilot study. *Oncology Nursing Forum* 36,4: 421 – 428

การพัฒนานวัตกรรม Cath locker ในการดูแลผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลัง Developing innovation cath locker for caring patient with problem posterior epistaxis bleeding

(Received: July 16,2023 ; Revised: July 24,2023 ; Accepted: July 26,2023)

จินห์นิภา บุญญานุวัตร¹
Jinnipa Boonyanuwat¹

บทคัดย่อ

บทความฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อพัฒนาวัตกรรม Cath locker ในการดูแลผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลัง และ 2) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของนวัตกรรม Cath locker ในการดูแลผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลัง แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ศึกษาสภาพปัญหา ดำเนินการพัฒนาวัตกรรม และศึกษาประสิทธิภาพของนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ 1) เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีเลือดออกโพรงจมูกส่วนหลัง ของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ปี 2561-2562 จำนวน 12 เวชระเบียน 2) แพทย์ พยาบาล งานหอผู้ป่วย จักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ปี 2563 จำนวน 9 คน และ 3) ผู้ป่วยที่มีเลือดออกโพรงจมูกส่วนหลัง จำนวน 9 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวิเคราะห์เวชระเบียน แนวทางการสนทนากลุ่ม นวัตกรรม Cath locker แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเลื่อนของสายยาง การเกิดแผลกดทับ การตีบตันของสายยาง และความปวด และแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมของผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและสร้างข้อสรุป ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังใช้นวัตกรรม Cath locker ในการดูแลผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลัง ไม่เกิดการเคลื่อนสายยาง ไม่เกิดแผลกดทับ ไม่มีการการตีบตันของสายยาง และความเจ็บปวดลดลง 2) ผู้ป่วยและพยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม Cath locker ในภาพรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ นวัตกรรม เลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลัง

Abstract

The purposes of this research were to 1) development of Cath locker innovation in taking care of patients with posterior nasal nosebleeds and 3) study the effectiveness of Cath locker innovation in taking care of patients with posterior nasal nosebleeds. The research was divided into 3 steps including; Study the problem, Innovation developing and study the effectiveness of innovation. The sample groups used in this research were 1) 12 medical record of patients with posterior nasopharyngeal hemorrhage in Chainat Narendra Hospital during 2018-2019, 2) 12 agents from doctors, nurses, oculists, and audiologists working at Chainat Narendra Hospital in 2020 , and 3) 9 patients with posterior nasal nosebleeds. The research instrument used were a medical record analysis form, a focus group discussion guideline, Cath locker innovation, data record form and questionnaire of patients satisfaction and professional nurses . Qualitative data were analyzed by content analysis and summarize. Quantitative data were analyzed by using frequency distribution, percentage, mean and standard deviation.

Research result: 1) After using the innovative Cath locker to treat patients with nosebleeds from the posterior nasal cavity rubber hose does not move, no pressure sores, no stringing of the rubber band and reduce pain. 2) Patients and nurses were satisfied with the use of the Cath locker innovation overall and in all aspects at the highest level.

Keywords: Innovation, Posterior epistaxis bleeding

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

บทนำ

เลือดกำเดาไหล คือภาวะที่มีเลือดออกทางจมูก เกิดจากเส้นเลือดฝอยในโพรงจมูกแตก ทำให้มีเลือดไหลออกข้างเดียวหรือสองข้าง แบ่งได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่ 1) ตามตำแหน่งที่หลอดเลือดฉีกขาด คือเลือดออกทางส่วนหน้าของจมูก (Anterior epistaxis) พบได้ 90 % ของเลือดกำเดาไหลทั้งหมด เกิดจากการฉีกขาดของเส้นเลือดบริเวณด้านหน้าของผนังช่องจมูก เลือดไหลออกทางรูจมูกข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้ 2) เลือดออกจากส่วนหลังของจมูก (Posterior epistaxis) พบได้ 10 % ของเลือดกำเดาไหลทั้งหมด เกิดจากการฉีกขาดของเส้นเลือดบริเวณที่อยู่ลึกเข้าไปในโพรงจมูก ภาวะนี้พบได้น้อยกว่าแต่รุนแรงอาจทำให้ ผู้ป่วยเสียชีวิตได้พบในผู้สูงอายุมีภาวะดันโลหิตสูง ซึ่งการดูแลในช่วงที่มีเลือดกำเดาไหล ได้แก่ 1) การประเมินความรุนแรง และแก้ไขภาวะที่เกิดจากการเสียเลือด 2) การห้ามเลือด โดยการกดบีบเป็นการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การใช้ยาหดหลอดเลือดเฉพาะที่ (topical decongestants) การจี้จุดเลือดออก (cauterization) การใช้วัสดุอุดห้ามเลือดในโพรงจมูกส่วนหน้า (anterior nasal packing) การใช้วัสดุอุดห้ามเลือดในโพรงหลังจมูก (posterior nasal packing) การฉีดสารอุดหลอดเลือดแดง การผูกหลอดเลือดแดง และ 3) การค้นหาสาเหตุ และให้การรักษาสืบตามสาเหตุ เช่น การผ่าตัดเพื่อกำจัดเนื้องอก การแก้ไขความผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด¹

จากสถิติของโรงพยาบาลชยันนาทเรนทร ในปี 2561 และ 2562 มีผู้ป่วยที่มีเลือดไหลออกจากโพรงจมูกด้านหลังจำนวน 5 ราย และ 7 ราย ตามลำดับ² ซึ่งผู้ป่วยที่มีเลือดไหลออกจากจมูกโพรงจมูกด้านหลังในรายที่มีเลือดกำเดาออกรุนแรงหรือกรณีที่มีเลือดไม่หยุดไหลหลังจากใช้วัสดุอุดห้ามเลือดในโพรงจมูกส่วนหน้า ต้องใช้วัสดุอุดห้ามเลือดในโพรงหลังจมูกหรือการทำ Posterior nasal packing แพทย์จะใช้สาย Foley catheter ใส่เข้าไปในรูจมูกให้ผ่าน Posterior pharynx แล้ว blow น้ำ 10-15 มล. จากนั้นดึงกลับออกมาทางจมูกให้บอลลูนที่มีน้ำ

น้ำกดบริเวณ Posterior nasopharynx และใช้ Artery clamp สาย Foley catheter ไว้เพื่อยึดตำแหน่งของ packing ป้องกันการเลื่อนหลุดของสาย Foley catheter ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนได้แก่ การสำลัก การกลืนอาหารลำบาก ท่อเยื่อหุ้มสมองอักเสบ เลือดคั่งในหูชั้นกลางได้ และเกิดแผลกดทับบริเวณปีกจมูก มีความเจ็บปวดจากแผลและการดึงรั้งของสายยาง หรือ อาจมีแผลบริเวณเพดานอ่อน และมุมปาก เนื่องจากไหมของผ้าก๊อชชุบวาสลินบาดได้ ซึ่งจากการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยพบว่ามีปัญหาการเลื่อนของบอลลูน ทำให้ไม่สามารถทำให้เลือดหยุดได้ เกิดแผลกดทับที่ปีกจมูก มีการตีตันของสายยาง ผู้ป่วยเจ็บปวดจากดึงรั้งของสายยาง และการถ่วงของอุปกรณ์ Artery clamp³

ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย จักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลชยันนาทเรนทรจึงมีความสนใจในการพัฒนานวัตกรรมในการส่งเสริมคุณภาพการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้แก่ นวัตกรรม Cath locker นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาไหลในโพรงจมูกด้านหลังเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น⁴ โดยนวัตกรรม Cath locker เป็นนวัตกรรมที่ใช้ช่วยป้องกันการเลื่อนของสายยาง Foley catheter ที่ใส่ในโพรงจมูกเพื่อให้บอลลูนกดทับบริเวณจุดที่มีเลือดออก ใช้ช่วยในการห้ามเลือดในผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลังอย่างรุนแรง นวัตกรรมทำมาจากสายยางพลาสติกที่ใช้ต่อขวดดูดเสมหะทำให้ปราศจากเชื้อนำมาใช้แทน Artery clamp เป็นอุปกรณ์ล็อคสายยางกันเลื่อนช่วยห้ามเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีเลือดไหลในโพรงจมูกด้านหลังมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมถึงช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนานวัตกรรม Cath locker ในการดูแลผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลัง

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรม Cath locker ในการดูแลผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วย
เลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลังด้วยวิธี Posterior nasal packing

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) เภสัชกรที่ดูแลผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลังของโรงพยาบาลชยันนาทเรนทร ปี 2561-2562 จำนวน 12 เภสัชกร 2) พยาบาล หอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลชยันนาทเรนทร ปี 2563 จำนวน 12 คน 3) แพทย์ หอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลชยันนาทเรนทร ปี 2563 จำนวน 5 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจงโดยมีเกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ 1) ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลชยันนาทเรนทร อย่างน้อย 1 ปี และ 2) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ไม่สามารถอยู่ร่วมในการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล จำนวน 6 คนและแพทย์ 3 คน รวม 9 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบวิเคราะห์เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลังและการได้รับการรักษาด้วยวิธี posterior nasal packing

2. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการวิเคราะห์เวชระเบียนผู้ป่วย มีแนวคำถามจำนวน 2 ข้อ

ได้แก่ 1) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับสภาพปัญหาปัจจุบันในการดูแลผู้ป่วยมีเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลังด้วยวิธี posterior nasal packing 2) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรในการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยมีเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลัง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย นำแบบวิเคราะห์เวชระเบียนและแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 คน แพทย์จักษุ โสต ศอ นาสิก 1 คน และพยาบาลจักษุ โสต ศอ นาสิก 1 คน จากนั้นนำไปทดลองใช้กับพยาบาลจักษุ โสต ศอ นาสิกที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเข้าใจตรงกันในประเด็นคำถามก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการวิเคราะห์เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลังและการได้รับการรักษาด้วยวิธี posterior nasal packing จำนวน 12 เภสัชกร

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 1 ครั้ง โดยจัดกลุ่มสนทนา 9 คน ประกอบด้วยพยาบาล 6 คน และแพทย์ 3 คน ไม่รวมผู้วิจัย มีแนวคำถาม 2 ข้อ ให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น มีผู้จดบันทึก 2 คน (Note-Taker) และขออนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 2 ชั่วโมง เมื่อสนทนาเสร็จในแต่ละประเด็นผู้วิจัย สรุปใจความสำคัญ แล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอน ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify)

ระยะที่ 2 การพัฒนานวัตกรรม Cath locker ในการดูแลผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลัง ดำเนินการตามวงจรคุณภาพ (PDCA) ดังนี้

2.1 **ขั้นวางแผน (Plan)** ศึกษา วิเคราะห์และสังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลัง ร่วมกับการนำข้อมูลจากขั้นตอน ที่ 1 มาสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ สรุปได้ว่า ในการพัฒนานวัตกรรม Cath locker ในการดูแลผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลัง ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ในการดูแลผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลัง จากการเคลื่อนไหวของสายยาง แนวคิดทฤษฎีผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลในโพรงจมูก แผลกดทับ แร้งกดทับ แนวคิดทฤษฎี



ความเจ็บปวด ตลอดจนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลัง ตลอดจนการประชุมสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไข ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลัง ซึ่งผลการประชุมสนทนากลุ่มเสนอให้หาวิธีการหรือวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ล๊อคสาย Foley Catheter แทนการใช้ Artery clamp ในการดูแลผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลัง นำมาพัฒนาเป็นนวัตกรรม Cath locker

2.2 **ขั้นจัดทำ (Do)** ผู้วิจัยจึงได้พัฒนานวัตกรรม Cath locker ในการดูแลผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลัง โดยใช้วัสดุเป็นบล็อกน้ำเกลือพลาสติกเจาะรู ขนาด 6 มิลลิเมตร ส่องอบแก๊สเพื่อฆ่าเชื้อและนำไปใส่กับสาย Foley Catheter



ภาพประกอบที่ 1 การพัฒนานวัตกรรม Cath Locker ครั้งที่ 1

2.3 **ขั้นตรวจสอบ** ผู้วิจัยนำนวัตกรรม Cath locker ไปใช้ผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลัง จำนวน 1 คน พบว่า บล็อกน้ำเกลืออ่อนเกินไป ไม่แข็งแรงที่จะล๊อคสาย Foley Catheter ได้ ผู้วิจัยจึงได้เปลี่ยนวัสดุใหม่ เป็นสาย suction นำมาตัดโดยมีความยาวขนาด 6 เซนติเมตร จากนั้นจึงนำไปเจาะรู ขนาด 6 มิลลิเมตร ส่องอบแก๊ส และนำไปใส่กับสาย Foley Catheter จากนั้นจึงนำไปใช้ผู้ป่วย

เลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลัง พบว่า ขนาดของรูที่เจาะมีขนาดใหญ่เกินไป รวมถึงมีความยาวมากเกินไป ทำให้ไม่สะดวกกับใช้งาน ผู้วิจัยจึงมีปรับปรุงอีกครั้ง โดยการเจาะขนาดรูให้เล็กลงเหลือ 4 มิลลิเมตร รวมถึงขนาดความยาวที่สั้นลงเหลือ 4.5-5 เซนติเมตร ส่องอบแก๊ส และนำไปใส่กับสาย Foley Catheter จากนั้นจึงนำไปใช้ผู้ป่วยที่ต้องทำ Posterior nasal packing



ภาพประกอบที่ 2 การพัฒนานวัตกรรม Cath Locker ครั้งที่ 2

2.4 ขั้นปรับปรุง (Act)

ครั้งที่ 1 ปลอกน้ำเกลืออ่อนเกินไป ไม่แข็งแรงที่จะ
ถือสาย Foley Catheter ได้ ผู้วิจัยจึงได้เปลี่ยนวัสดุใหม่
เป็นสาย suction

ครั้งที่ 2 ปรับความยาวของสาย Suction จาก 6
เซนติเมตร เป็น 4.5 -5 เซนติเมตรและปรับขนาดรูบนสาย
Suction จาก 6 มิลลิเมตร เป็น 4 มิลลิเมตร

**ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรม Cath
locker ในการดูแลผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วน
หลัง**

ขั้นตอนนี้เป็นใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่ง
ทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดกลุ่มเดียว
วัดเฉพาะหลังการทดลอง (one groups posttest only
design) มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยที่มีเลือดออกโพรง
จมูกส่วนหลังและทำ posterior nasal packing ระหว่าง
วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2563 จำนวน
9 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ นวัตกรรม Cath
locker

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเลื่อนของสาย
ยาง การเกิดแผลกดทับ การตีบตันของสายยาง และความ
ปวด

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม
Cath locker ของผู้ป่วยและพยาบาล ประกอบด้วย ๔
ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการใช้ประโยชน์ได้จริง 2) ด้านความ
ปลอดภัย 3) ด้านความเหมาะสม และ 4) ด้านความคุ้มค่า
มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. นำแบบบันทึกข้อมูลและแบบสอบถามความพึง
พอใจไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน ๓ คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ
ด้านวิจัย 1 คน แพทย์จักษุ โสต ศอ นาสิก 1 คน และ
พยาบาลจักษุ โสต ศอ นาสิก 1 คน เพื่อตรวจสอบความ
ครอบคลุมความถูกต้องเหมาะสมในด้านการใช้ภาษา และ
ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ด้วยวิธีการคำนวณหาค่า
ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยาม โดยพิจารณา
จากค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป
แบบสอบถามที่สร้างขึ้นมีค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อ
คำถามอยู่ระหว่าง 0.61-1.00 และผู้วิจัยได้ทำการ
ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

2. นำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยของ
โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 10 คน เพื่อหาค่าความ
เชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับด้วยวิธีการของครอนบ
ราก โดยพิจารณาจากค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป

แบบสอบถามที่สร้างขึ้นมีค่าความเชื่อมั่นของ
แบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.862

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล
ชัยนาทเรนทร ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ชัยนาทเรนทร ขอเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่มี
เลือดออกโพรงจมูกส่วนหลังและทำ posterior nasal
packing ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

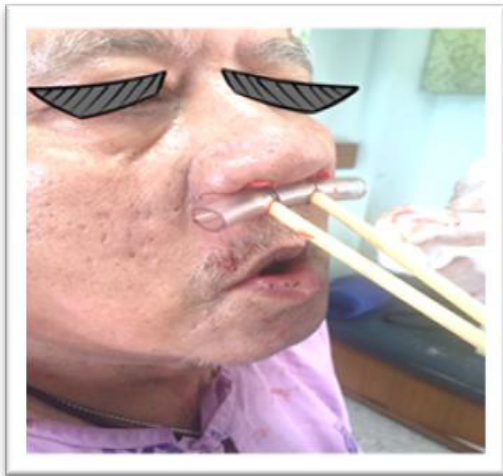
2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยอธิบายลักษณะ
งานวิจัย อธิบาย ขั้นตอน วิธีการใช้นวัตกรรม Cath

Locker และการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดการวิจัยเพื่อให้
เข้าใจตรงกัน

3. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง
อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการใช้นวัตกรรม Cath
Locker ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและ
ตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม และกลุ่ม
ตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วม
การวิจัย

ขั้นทดลอง

ผู้วิจัยนำ นวัตกรรม Cath locker ไปใช้กับกลุ่ม
ตัวอย่าง



ภาพประกอบที่ 3 ผู้วิจัยนำ นวัตกรรม Cath locker ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นหลังทดลอง

หลังจากดำเนินการใช้นวัตกรรม Cath locker
ผู้วิจัยแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเลื่อนของสายยาง
การเกิดแผลกดทับ การตีบตันของสายยาง ความปวด และ
ประเมินความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม Cath locker

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการเลื่อนของสายยาง
การเกิดแผลกดทับ การตีบตันของสายยาง และความปวด
โดยใช้การแจกแจงความถี่และร้อยละ

2. วิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ป่วยในการใช้นวัตกรรม
กรรม Cath locker โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการ
อนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ
โรงพยาบาลชัยนาทเรนทร เลขที่ 14 /2563 ลงวันที่ 21
กุมภาพันธ์ 2563

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 และเป็นเพศหญิง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่มีอายุ 60-69 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 55.56 รองลงมาได้แก่ อายุ 50-59 ปี ขึ้นไป จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22 ส่วน

ใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 55.56 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22 และมีผู้ป่วยรับประทานยา ASA จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 44.44

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 9)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
1.1 ชาย	6	66.67
1.2 หญิง	3	33.33
2. อายุ		
2.1 ต่ำกว่า 50 ปี	1	11.11
2.2 50-59 ปี	2	22.22
2.3 60-69 ปี	5	55.56
2.4 70 ปี ขึ้นไป	1	11.11
3. โรคประจำตัว		
3.1 โรคความดันโลหิตสูง	2	22.22
3.2 โรคเบาหวาน	1	11.11
3.3 โรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน	5	55.56
3.4 โรคหัวใจ	1	11.11
4. ยาที่รับประทาน		
4.1 ASA	4	44.44

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 และเป็นเพศหญิง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่มีอายุ 60-69 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 55.56 รองลงมาได้แก่ อายุ 50-59 ปี ขึ้นไป จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 55.56 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22 และมีผู้ป่วยรับประทานยา ASA จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 44.44

ตารางที่ 2 แสดงผลการใช้นวัตกรรม Cath locker ในการดูแลผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูก
ส่วนหลัง

รายการประเมิน	ผลการใช้			
	ไม่พบ		พบ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การเลื่อนของสายยาง	9	100.00	0	0.00
2. การเกิดแผลกดทับ	9	100.00	0	0.00
3. การตีบตันของสายยาง	9	100.00	0	0.00
4. ความเจ็บปวดมากขึ้น	9	100.00	0	0.00

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังจกใช้นวัตกรรม Cath locker ในการดูแลผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลัง พบว่า ไม่เกิดการเคลื่อนไหวของสายยาง ไม่เกิดแผลกดทับ ไม่มีการการตีบตันของสายยาง และความเจ็บปวดลดลง ร้อยละ 100

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม Cath locker

ในการดูแลผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลังของผู้ป่วยและพยาบาลโดยภาพรวมและรายด้าน

รายการ	ผู้ป่วย (n=9)			พยาบาล (n=12)		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ด้านการใช้ประโยชน์ได้จริง	4.87	0.21	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
1. นวัตกรรมมีประโยชน์ต่อท่านและผู้รับบริการ	5.00	0.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
2. นวัตกรรมสามารถนำไปใช้ได้จริง	4.89	0.35	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
3. นวัตกรรมสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้	4.71	0.46	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
ด้านความปลอดภัย	4.96	0.12	มากที่สุด	4.90	0.15	มากที่สุด
1. นวัตกรรมไม่ก่อให้เกิดอันตราย	4.88	0.35	มากที่สุด	4.87	0.33	มากที่สุด
2. นวัตกรรมสามารถป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นได้	5.00	0.00	มากที่สุด	4.82	0.33	มากที่สุด
3. นวัตกรรมมีความปลอดภัย	5.00	0.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
ด้านความเหมาะสม	4.86	0.17	มากที่สุด	4.88	0.24	มากที่สุด
1. นวัตกรรมเหมาะสมต่อการใช้งาน	4.81	0.41	มากที่สุด	4.85	0.33	มากที่สุด
2. นวัตกรรมมีขนาดเหมาะสม	4.77	0.46	มากที่สุด	4.79	0.44	มากที่สุด
3. นวัตกรรมสามารถใช้งานง่ายสะดวก	5.00	0.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
ด้านความคุ้มค่า	4.87	0.21	มากที่สุด	4.90	0.15	มากที่สุด
1. มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า	4.80	0.41	มากที่สุด	4.84	0.33	มากที่สุด
2. ไม่สิ้นเปลืองงบประมาณ	4.95	0.26	มากที่สุด	4.86	0.33	มากที่สุด
3. ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.87	0.35	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
รวมเฉลี่ย	4.88	0.10	มากที่สุด	4.91	0.09	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม Cath locker ในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.88$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ในด้านความปลอดภัย อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.96$) รองลงมาได้แก่ ด้านการใช้ประโยชน์ได้จริงและด้านความคุ้มค่า อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.87$) และด้านความเหมาะสม มีความพึงพอใจอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.86$) ตามลำดับ พยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม Cath locker ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.91$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ในด้านการใช้ประโยชน์ได้จริง อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 5.00$)

รองลงมาได้แก่ ด้านความปลอดภัยและด้านความคุ้มค่า อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.93$) และด้านความเหมาะสม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.88$) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

ประสิทธิภาพของนวัตกรรม Cath locker ในการดูแลผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลังพบว่า หลังใช้นวัตกรรม Cath locker ไม่เกิดการเคลื่อนไหวของสายยาง ไม่เกิดแผลกดทับที่ปีกจมูก ไม่มีการตีบตันของสายยาง และความเจ็บปวดลดลง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า นวัตกรรม Cath locker เป็นนวัตกรรมที่มีคุณภาพทำจากพลาสติกมีน้ำหนักเบากว่าอุปกรณ์หนีบสายยางเดิม

ซึ่งเป็น Artery จึงทำให้ไม่เกิดการตีรั้งหรือกดทับที่บริเวณจมูก สอดคล้องกับคำกล่าวของผกามาศ พิธรากร (2564)⁵ ที่ว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำนายการเกิดแผลกดทับได้สูงสุดคือการเพิ่มขึ้นของแรงเสียดสีและแรงเฉือนทำให้เกิดแผลกดทับมากกว่าไม่มีแรงเสียดสีและแรงเฉือนถึง 4.6 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่า ไม่มีการการติบตันสายยาง 100% และผู้ป่วยมีความเจ็บปวดลดลง 100%¹

นวัตกรรม Cath Locker เป็นอุปกรณ์ที่ช่วยในการห้ามเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพราะนวัตกรรมมีการพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบโดยใช้หลัก PDCA มีการปรับปรุงนวัตกรรมในการใช้งานโดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพจึงทำให้นวัตกรรมมีคุณภาพ ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในส่วนผลการศึกษาความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม Cath locker พบว่า ผู้ป่วยและพยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม Cath locker ในภาพรวมและรายด้านทุกด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เป็นเพราะนวัตกรรมมีการพัฒนาอย่างระบอบ มีประสิทธิภาพไม่เกิดปัญหาทั้งผู้ป่วยและผู้ใช้ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยและพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม สอดคล้องกับคำกล่าวของฉิร

นุช นรินทร์ (2557)⁶ ที่ว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึก ความคิดเห็น หรือทัศนคติของบุคคลที่เป็นผู้รับบริการ และได้รับการตอบสนองที่ตรงกับความคาดหวังหรือดีเกินกว่าความคาดหวังของบุคคล

ข้อเสนอแนะ

1. นวัตกรรม Cath locker ที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถใช้ได้ทุกกลุ่มอายุ และใช้ได้กับมีโรคแทรกซ้อน เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ ตลอดจนใช้ได้กับผู้ที่มีปัญหาทาง ASA ทั้งนี้ก่อนใช้นวัตกรรมควรมีการศึกษารายละเอียดการใช้นวัตกรรม Cath locker ในการดูแลผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลัง อย่างครบถ้วน
2. ผู้ใช้นวัตกรรมต้องมีความรู้และความระมัดระวังในการใช้นวัตกรรม Cath locker ในการดูแลผู้ป่วยเลือดกำเดาไหลจากโพรงจมูกส่วนหลัง
3. ควรมีการศึกษาวิจัยการนำนวัตกรรม Cath locker ไปใช้กับผู้ป่วยแผนกอื่น เช่น แผนกศัลยกรรมที่ทำผ่าตัดใส่สายยางหน้าท้อง Cath locker ช่วยล็อกกันเลื่อนของสายยางได้

เอกสารอ้างอิง

1. อภิชาติ โพธิ์ และ จารุพรรณ บุญศิริ. (2563). การดูแลปัญหาเลือดกำเดาไหลขั้นพื้นฐานและในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19. เวชสารแพทย์ทหารบก, 73(4), 271-282.
2. โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร. (2563). สถิติผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก.
3. เมดไทย. (2563). เลือดกำเดา (Epistaxis) อาการ สาเหตุ และการรักษาเลือดกำเดาไหล. <https://medthai.com>
4. นภาพร ปะนามะเก. (2565). นวัตกรรมทางการพยาบาล. <https://www.gotoknow.org/posts/378992>
5. ผกามาศ พิธรากร. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์: บทบาทพยาบาล.
6. ฉิรนุช นรินทร์. (2557). ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของข้าราชการครูโรงเรียนศรีเมือง สังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสระบุรี เขต 1 [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยบูรพา]. ฐานข้อมูลงานวิจัย (ThaiLis). หัวหินเวชสาร, 1(1), 1-16.

การพัฒนาแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง ตำบลโนนสมบูรณ์
อำเภอหนองหลวง จังหวัดอุบลราชธานี
DEVELOPMENT OF AN EMPOWERMENT MODEL FOR HOME-BOUND AND BED-BOUND
ELDERLY CAREGIVER IN NON SOMBUN SUBDISTRICT, NA CHALUAI DISTRICT, UBON
RATCHATHANI PROVINCE

(Received: July 13,2023 ; Revised: July 26,2023 ; Accepted: July 28,2023)

สุภาภรณ์ สุภาวงศ์^{1*},กิตติ เหลาสุภาพ²
Supaporn Supawong ^{1*},Kitti Laosupap ²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ใน ตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอหนองหลวง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นพื้นที่ศึกษาจำนวน 18 คน ผู้จัดการระบบดูแลและขยายด้านสาธารณสุข จำนวน 1 คน คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลและขยาย สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 9 คน หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพระดับอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองหลวง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเทียมแห่งละ 1 คนและ ผู้นำชุมชนจาก 10 หมู่บ้าน จำนวน 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสังเกต การสัมภาษณ์กลุ่ม และ การสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ สถิติการวิเคราะห์ Paired Samples test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนาแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (Caregiver) เป็นรูปแบบที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลและขยาย สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลโนนสมบูรณ์ โดยได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาทุกขั้นตอนตามที่กำหนดไว้ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) สำรวจข้อมูลสภาพทั่วไปของชุมชน 2) ออกแบบระบบกลไกการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ในระดับหมู่บ้าน ตำบล ได้แก่ การสร้างแรงจูงใจ การส่งเสริมและพัฒนาความร่วมมือ การสร้างบรรยากาศในการทำงาน และการสร้างภาวะผู้นำ 3) ปฏิบัติการตามแผน และ 4) ประเมินผลการดำเนินงาน จากผลการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า ระดับพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงหลังดำเนินการ 6 เดือน อยู่ในระดับสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.01)

คำสำคัญ: รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล, ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

Abstract

This research is action research (AR) with the objective of developing a model for the empowerment of caregivers for 18 bedridden elderly caregivers in a select district (Non Somboon, Nachaluai District, Ubon Ratchathani Province). There is one long-term public health system manager (or “care manager”) and nine members of a long-term care service support sub-committee for dependent elderly in Tambon Nonsomboon, one Head of the District Health Promotion Group, the Nachaluai District Public Health Office, one Public Health Officer, the Khok Thiam Subdistrict Health-Promoting Hospital, and 10 community leaders from 10 villages, participated in the development process. Data were collected using questionnaires, observations, group interviews, and in-depth interviews, a statistical analysis of frequency, percentages, a paired samples test, and qualitative data analysis (content analysis).

The study found that the process of developing a model for caregiver empowerment for bedridden elderly caregivers (“caregivers”) was a model developed as a result of the involvement of the Sub-

¹ ส.ม นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

²ปร.ด. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

*Corresponding author:Email:kitti.l@ubu.ac.th , Tel:0817681502

Committee for Service Management Support Long-Term Care for Dependent Elderly, Tambon Nonsomboon, Non Somboon Sub-district, which was involved at all stages of development as defined and consists of four steps: 1) Surveying the general condition of the community, 2) Designing a system to strengthen the empowerment of caregivers for bedridden elderly caregivers at the village level, Tambon, including the formation of incentives, promotion, and development of cooperation, creating a work atmosphere, and building leadership, 3) Implementing the plan, and 4) Evaluating performance. Based on the results of the quantitative study, it was found that the level of empowerment of bedridden elderly caregivers after operating for 6 months was significantly higher than before the operation (P -value < 0.01).

Keywords: Mode of empowerment caregiver, Bed-bound elderly caregiver

บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ประมาณ พ.ศ. 2543-2544 คือ ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด นอกจากสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นแล้ว ยังมีอีกตัวบ่งชี้หนึ่งที่แสดงถึงการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว คือ “ดัชนีการสูงวัย” (Aging index) ซึ่งแสดงถึงการเปรียบเทียบโครงสร้างการทดแทนกันของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) กับกลุ่มประชากรวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) ถ้าดัชนีมีค่าเกินกว่า 100 แสดงว่าจำนวนประชากรสูงอายุ มีมากกว่า จำนวนประชากรเด็ก⁷

สังคมสูงวัยจึงนำมาซึ่งความท้าทายด้านสาธารณสุข แนวทางการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุต้องเข้าใจลักษณะและตระหนัก ในเป้าหมายของการบริการสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มด้วย จึงจะสามารถจัดบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁰ ซึ่งผู้สูงอายุในกลุ่มติดเตียงและกลุ่มติดบ้าน มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่ายได้ร่วมกันจัดบริการให้อย่างเป็นระบบทั้งเชิงรุกและเชิงรับตามสภาพของปัญหาที่พบ แต่กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงนั้นเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถมีส่วนร่วมกับการตัดสินใจของตนเองได้ เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ปัญหาสุขภาพ ที่มีผลต่อความสามารถในการเคลื่อนที่ได้ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ที่มี

หน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ เรียกว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver)¹⁶ โดยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) เป็นกำลังสำคัญงานหลักคือการลงเยี่ยมบ้านช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง หรือที่บางครั้งเรียกกันว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน อาบน้ำ แต่งตัว ป้อนข้าว ป้อนยา คัดกรอง ประเมินปัญหาสุขภาพและให้บริการด้านสุขภาพเบื้องต้น โดยให้บริการตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) ซึ่งจะมีบุคลากรด้านสุขภาพที่รับหน้าที่ผู้จัดการเคส (CM) เป็นผู้ทำไว้ให้ การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงกำลังเป็นปัญหาท้าทายสังคมไทยมากขึ้นทุกที ตามจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงคือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สปสช. จึงได้จัดตั้งกองทุนใหม่เพื่อให้บริการการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) กลายเป็นการทำงานในลักษณะจิตอาสาที่ได้รับค่าตอบแทนเล็กน้อย และที่มากกว่านั้น อสม. หลายคนสวมหมวกงานกึ่งจิตอาสาให้กับภาครัฐหลายใบอยู่ก่อนแล้ว

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หรือความรู้สึกมีพลังอำนาจของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จะช่วยให้เกิดการปรับตัวเพื่อพัฒนาในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ เช่น การดูแลสุขภาพ การดำเนินชีวิตเป็นต้น ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความสามารถและเสริมสร้างอัตมโนทัศน์ในตนเอง ประจักษ์ในคุณค่าและพัฒนาศักยภาพในตนเอง กีบสัน²¹ ได้ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ว่าเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลได้มีส่วนร่วมใน

การควบคุมองค์ประกอบที่มีผลต่อสุขภาพในการตอบสนองความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่ของตนเองได้ การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน จึงเป็นกระบวนการที่มาจากพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการทำกิจกรรมร่วมกัน และการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (Taking charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองให้มีพลังอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่และชีวิตของตนเองได้

จากการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอนาจะหลวย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดทักษะการดูแลที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง มีความรู้สึกไม่มั่นใจในความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 62 มีความเหนื่อยล้าและมีความเครียดที่ต้องอยู่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ 58 จากการศึกษาของ รุ่งพร ภูสุวรรณ และนฤมล จันทร์สุข พบว่าการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.01$)¹⁴ การศึกษาของ อภิชาติ กาศโอสถ และคณะ พบว่าการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมลดลง และน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹⁸

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการเสริมสร้างและพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ได้รับการยอมรับว่ามีผลต่อการพัฒนาศักยภาพของบุคคลเนื่องจากเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้

และตระหนัก ตลอดจนพัฒนาความสามารถของตนเองในการตอบสนองความต้องการ การแก้ไขปัญหาการเพิ่มพูนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญและปัญหาที่เกิดขึ้น จึงสนใจที่จะและพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง ตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี ด้วยการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ให้เกิดความรู้ เกิดพลังอำนาจในตนเอง อันจะนำไปสู่การเพิ่มพูนความสามารถ ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในทุก ๆ ด้าน ส่งผลให้ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ดูแลและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (Caregiver) ตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อประเมินรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (Caregiver) ตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart²² โดยกระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยเริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Acting) ขั้นสังเกตการณ์และบันทึกผล (Observing) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) เพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น ในวงจรต่อไปอย่างต่อเนื่อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เนื่องจากได้มีการศึกษานำร่องด้านทักษะในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดทักษะการดูแลที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง มีความรู้สึกไม่มั่นใจในความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 62 มีความเหนื่อยล้าและมีความเครียดที่ต้องอยู่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ 58

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (Care Caregiver) ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร 70 ชั่วโมง การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 18 คน

2. ผู้สูงอายุในความดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (Caregiver) จำนวน 93 คน

3. ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care manager) เป็นผู้จัดการเตรียมบริการการจัดการดูแล “บริการการจัดการดูแล” จำนวน 1 คน

4. คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลโนนสมบูรณ์ จำนวน 11 คน

5. ผู้นำชุมชน 10 หมู่บ้าน จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการแบบสัมภาษณ์เพื่อวิเคราะห์พลังอำนาจของผู้ดูแลในระยะก่อนดำเนินการวิจัยและหลัง ดำเนินการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสนทนากลุ่มเพื่อกำหนดแนวทางในการแก้ไข ปัญหา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (Care Caregiver) จำนวน

11 ข้อ โดยเป็นคำถามแบบเลือกตอบ (Check List) และแบบเติมคำตอบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว บทบาทในครอบครัว บทบาทในชุมชน ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง และความรู้สึกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง (Care Caregiver) ก่อนและหลังดำเนินการ ประกอบด้วย แนวคำถาม 16 ข้อ

การมีส่วนร่วมมีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนที่ได้จากประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงของแบบสอบถามมาจัดระดับโดยเป็นคะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 16–80 คะแนน ผู้วิจัยได้ประเมินเป็น ระดับคะแนน 3 ระดับ

ได้คะแนน 59 – 80 คะแนน การรับรู้อยู่ในระดับสูง

ได้คะแนน 37 – 58 คะแนน การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง

ได้คะแนน 16 – 36 คะแนน การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญช่วยตรวจสอบ แนะนำ และแก้ไขปรับปรุง จำนวน 3 ท่าน เพื่อหาค่าความสอดคล้องวัดความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยการประเมินข้อคำถามว่าสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการจะวัดเพียงใดโดยต้องมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.66 ขึ้นไปจึงจะยอมรับได้

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาบริบทของพื้นที่ ประเมินพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (Care Caregiver) โดยใช้สัมภาษณ์กลุ่ม โดยการมีส่วนร่วมของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการ

ดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลโนนสมบูรณ์ ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุข (Care manager) และผู้ดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (Care Caregiver)

2. วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล ออกแบบแนวทางการเตรียมความพร้อม

3. ร่วมกำหนดทิศทางการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยกระบวนการ AIC ในระดับหมู่บ้าน ตำบล พร้อมกำหนดตัวชี้วัดและออกแบบเครื่องมือในการประเมินผล

4. ร่วมกันพัฒนาและออกแบบระบบกลไกในระดับหมู่บ้าน ตำบล

5. ทดลองใช้แนวทางที่ร่วมกันกำหนดขึ้น

6. ประเมินผล

7. จัดเวทีคืนข้อมูล เพื่อตรวจสอบและเติมเต็มข้อมูล/กำหนดแนวทางในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ

8. ประเมินและสรุปแนวทาง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และใช้สถิติการวิเคราะห์ Paired Samples test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU-REC-78/2564 เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2565

ผลการวิจัย

จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการพัฒนาแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง ตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่ในการดำเนินการวิจัย ตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี และดำเนินการวิจัย

ในผู้ดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (Caregiver) ตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 18 คน และคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลโนนสมบูรณ์ จำนวน 11 คน หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพระดับอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาจะหลวย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเทียม ผู้นำชุมชน 10 หมู่บ้าน เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลผลการวิจัยก่อน และ 6 เดือน ดำเนินการพัฒนาซึ่งสรุปผลได้ ดังนี้

รูปแบบกระบวนการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง ตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) สำรวจข้อมูลสภาพทั่วไปของชุมชน 2) ออกแบบระบบกลไกการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ในระดับหมู่บ้าน ตำบล ได้แก่ การสร้างแรงจูงใจ การส่งเสริมและพัฒนาความร่วมมือ การสร้างบรรยากาศในการทำงาน และการสร้างภาวะผู้นำ 3) ปฏิบัติการตามแผน และ 4) ประเมินผลการดำเนินงาน

1. ประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง ก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง ร้อยละ 61.1 ไม่แน่ใจในการมีอิสระอย่างเต็มที่ในการตัดสินใจเกี่ยวกับงานที่ทำหรือรับผิดชอบอยู่ ร้อยละ 50.0 ไม่แน่ใจในการมีส่วนร่วมสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ร้อยละ 94.4 ไม่แน่ใจว่ากิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการทำงานเป็นสิ่งที่มีความหมาย ร้อยละ 100 ไม่แน่ใจว่าสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงตามหน้าที่ความรับผิดชอบได้ด้วยตัวของตนเอง ร้อยละ 55.6 เห็นด้วยว่ามั่นใจว่ามี

ความสามารถที่จะปฏิบัติงานในหน้าที่ให้สำเร็จได้ตาม ร้อยละ 50 ไม่แน่ใจว่างานที่ทำเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก ร้อยละ 61.1 เห็นด้วยว่ามีความมั่นใจในทักษะความรู้และความชำนาญ อย่างดีเยี่ยมในการทำงานเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ร้อยละ 50 เห็นด้วยมากที่สุดว่าเพื่อนร่วมงานมักรับฟังและยอมรับในความคิดเห็นเกี่ยวกับงานเสมอ ร้อยละ 94.4 ไม่แน่ใจว่ากิจกรรมต่าง ๆ ในงานที่ท่านรับผิดชอบจะทำให้รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ร้อยละ 94.4 เห็นด้วยว่ามั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะทำงานที่อยู่ในความรับผิดชอบให้สำเร็จไม่ว่าจะมีปัญหาหรืออุปสรรคใด ๆ ก็ตาม ร้อยละ 50 ไม่แน่ใจเมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับงานจะมีอิสระอย่างเต็มที่ ในการเลือกวิธีแก้ปัญหาในงานที่ท่านรับผิดชอบได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 77.8 ไม่แน่ใจว่าเมื่อหยุดงาน หน่วยงานหรือองค์กรจะประสบปัญหาในการดำเนินงานให้สำเร็จ ร้อยละ 57.7 ไม่เห็นด้วยว่าสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับงานที่ทำโดยไม่ต้องรอคำสั่งจากหัวหน้างาน ร้อยละ 100 ไม่แน่ใจว่ามีบทบาทอย่างมากในการควบคุมกิจกรรมหรือสิ่งต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในงาน ร้อยละ 55.6 ไม่แน่ใจว่ามั่นใจว่าไม่มีงานใดในหน้าที่ความรับผิดชอบที่ท่านจะทำไม่ได้ และร้อยละ 56.6 เห็นด้วยว่างานที่ท่านอยู่เป็นส่วนที่สำคัญขององค์กร

หลังดำเนินการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 6 เดือน พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง ร้อยละ 66.7 เห็นด้วยมากที่สุดในการมีอิสระอย่างเต็มที่ในการตัดสินใจเกี่ยวกับงานที่ท่านทำหรือรับผิดชอบอยู่ ร้อยละ 77.8 เห็นด้วยมากที่สุดในการมีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ร้อยละ 77.8 เห็นด้วยมากที่สุดว่ากิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการทำงานเป็น

สิ่งที่มีคุณค่าและมีความหมาย ร้อยละ 83.3 เห็นด้วยมากที่สุดว่าสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงตามหน้าที่ความรับผิดชอบได้ด้วยตัวของท่านเอง ร้อยละ 83.3 เห็นด้วยมากที่สุดว่ามั่นใจว่ามีความสามารถที่จะปฏิบัติงานในหน้าที่ให้สำเร็จได้ตาม ร้อยละ 88.9 เห็นด้วยมากที่สุดว่างานที่ทำเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก ร้อยละ 78.8 เห็นด้วยมากที่สุดว่ามีความมั่นใจในทักษะความรู้และความชำนาญ อย่างดีเยี่ยมในการทำงานเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ร้อยละ 88.9 เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมากที่สุดว่าเพื่อนร่วมงานมักรับฟังและยอมรับในความคิดเห็นเกี่ยวกับงานเสมอ ร้อยละ 88.9 เห็นด้วยมากที่สุดว่ากิจกรรมต่าง ๆ ในงานที่ท่านรับผิดชอบจะทำให้รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ร้อยละ 77.8 เห็นด้วยมากที่สุดว่ามั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะทำงานที่อยู่ในความรับผิดชอบให้สำเร็จไม่ว่าจะมีปัญหาหรืออุปสรรคใด ๆ ก็ตาม ร้อยละ 83.3 เห็นด้วยมากที่สุดเมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับงาน จะมีอิสระอย่างเต็มที่ ในการเลือกวิธีแก้ปัญหาในงานที่ท่านรับผิดชอบได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 61.1 เห็นด้วยมากที่สุดว่าเมื่อหยุดงาน หน่วยงาน หรือองค์กร จะประสบปัญหาในการดำเนินงานให้สำเร็จ ร้อยละ 88.9 เห็นด้วยมากที่สุดว่าสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับงานที่ทำโดยไม่ต้องรอคำสั่งจากหัวหน้างาน ร้อยละ 94.4 เห็นด้วยมากที่สุดว่ามีบทบาทอย่างมากในการควบคุมกิจกรรมหรือสิ่งต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในงาน ร้อยละ 88.9 เห็นด้วยมากที่สุดว่ามั่นใจว่าไม่มีงานใดในหน้าที่ความรับผิดชอบที่ท่านจะทำไม่ได้ และร้อยละ 88.9 เห็นด้วยมากที่สุดว่างานที่ท่านอยู่เป็นส่วนที่สำคัญขององค์กร

2. ระดับพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละข้อมูลระดับพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง (n = 18)

ระดับพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง	ระดับปานกลาง		ระดับสูง		Paired Samples Test	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ก่อนดำเนินการ	18	100	-	-	19.78	< 0.01*
หลังดำเนินการ 6 เดือน	-	-	18	100		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 ระดับพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง พบว่าก่อนการดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง มีระดับพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 100 และหลังจากได้มีการดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง มีระดับพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 และระดับพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงหลังดำเนินการ 6 เดือน อยู่ในระดับสูงกว่าก่อนดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.01)

ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการการพัฒนาแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง

(1) จากกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ ส่งผลทำให้เกิดกิจกรรมในการสร้างความเข้าใจถึงความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยประยุกต์แนวความคิดการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน²¹ ที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลค้นพบปัญหา ความต้องการของตนเองและให้ผู้ดูแลสามารถจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้ได้แผนงานหรือโครงการที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอต่อความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง

(2) คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลโนนสมบูรณ์ ผู้ดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (Care Caregiver) และผู้วิจัยได้มีโอกาสเรียนรู้ผลการดำเนินงาน จากการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการ

เสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง ทำให้ทุกคนได้เรียนรู้ร่วมกันถึงการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และร่วมกันคิดหาวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยชุมชนเอง ซึ่งส่งผลทำให้มีระดับพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง โดยรวมหลังการดำเนินงานพัฒนา อยู่ในระดับสูง

(3) คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลโนนสมบูรณ์ ผู้ดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (Care Caregiver) โดยการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกันและมีความมุ่งมั่นที่จะร่วมกันพัฒนาต่อเนื่อง ให้มีความยั่งยืนและเป็นต้นแบบแก่ตำบลอื่น ๆ ต่อไป หัวใจแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง ตำบลโนนสมบูรณ์ ครั้งนี้ สำเร็จลงได้เนื่องจากมีปัจจัยส่งเสริมและสนับสนุนที่สำคัญหลายประการ ได้แก่ การที่คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลโนนสมบูรณ์ และผู้ดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (Care Caregiver) ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานทุกขั้นตอน มีการร่วมมือร่วมใจกันกำหนดเป้าหมายหรือผังจุดหมายปลายทางของการดำเนินงาน ทั้งนี้การจัดกิจกรรมที่มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน ทำให้ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ตลอดจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและประชาชนในชุมชนเป็นอย่างดี

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการ

เสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง โดยใช้กระบวนการ AIC ในระดับหมู่บ้าน ตำบล เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (Caregiver) ตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี จากการวิเคราะห์ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลโนนสมบูรณ์ ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care manager) ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง และผู้ดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (Caregiver) ตำบลโนนสมบูรณ์ พบว่าการพัฒนาพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (Caregiver) ตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี มีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านการสร้างแรงจูงใจ ด้านการส่งเสริมและพัฒนาความร่วมมือ ด้านการสร้างบรรยากาศในการทำงาน และด้านการสร้างภาวะผู้นำ ถ้าพิจารณาแต่ละประเด็นจะพบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในภาพรวมมีปัจจัยที่สำคัญคือ การสร้างแรงจูงใจ การส่งเสริมและพัฒนาความร่วมมือ การสร้างบรรยากาศในการทำงาน และการสร้างภาวะผู้นำ ซึ่งแต่ละประเด็นในการสร้างพลังอำนาจมีความสำคัญมาก เป็นกระบวนการที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดี สามารถเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับกิบสัน²¹ ได้กล่าวว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตซึ่งทำให้บุคคลตระหนักในความสามารถรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองและสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ทั้งในส่วนของสถาบันองค์กร²⁴ ให้นิยามการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นกระบวนการของการให้ความช่วยเหลือการมีส่วนร่วมในการประเมินความมีคุณค่าของตนเองและผู้อื่นการตัดสินใจร่วมกันและความอิสระในการเลือกและยอมรับความรับผิดชอบ ซึ่งรูปแบบการ

พัฒนาเมืองประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านการสร้างแรงจูงใจ ด้านการส่งเสริมและพัฒนาความร่วมมือ ด้านการสร้างบรรยากาศในการทำงาน และด้านการสร้างภาวะผู้นำ สอดคล้องกับกาญจนา พิบูลย์ และพวงทอง อินใจ (2562) ศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในชุมชน จังหวัดชลบุรี พบว่า สถานการณ์ปัจจุบัน รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ พบว่ารูปแบบดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับที่พัฒนาขึ้นตามความต้องการและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักที่สำคัญ คือ มีการกำหนดนโยบายและขอบเขตหน้าที่ในการจัดการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับที่ชัดเจน มีการดำเนินการบริการเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีทักษะและคุณลักษณะเฉพาะด้านในการให้บริการ ในการวางแผนปฏิบัติงานร่วมกัน และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและญาติในการวางแผนการดูแลและการจัดกิจกรรมเพื่อให้การบริการมีความเหมาะสมตามบริบทของความต้องการของผู้สูงอายุ โดยทั้งสามองค์ประกอบมีการเชื่อมโยงและสัมพันธ์กัน สำหรับผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ พบว่ารูปแบบมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ได้ โดยมีค่าความเชื่อมั่นในภาพรวม 0.74

ระดับพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง พบว่าหลังการเข้าร่วมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง มีระดับพลังอำนาจ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง สอดคล้องกับอุบล ไตรถวิล (2561) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ด้านการรับรู้พลังอำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และ ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง สูงกว่าก่อนเข้าร่วม

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนด้านความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไม่แตกต่างกันทางสถิติ และพบว่าความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้พลังอำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประสานงานกับเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตลอดจนผู้นำชุมชน นำรูปแบบไป

ประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

2. ควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้สำหรับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในพื้นที่อื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษากครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลการใช้ในเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยอาศัยรูปแบบการศึกษาทั้งทดลองเพื่อจัดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์แก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อช่วยในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ดียิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. รายงานผลการดำเนินงานรองรับสิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ประจำปีงบประมาณ 2558-2559. กรุงเทพมหานคร: กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2559.
2. เกศินี วงศ์สุบิน. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขาสารณศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560.
3. กาญจนา พิบูลย์ และพวงทอง อินใจ. “การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ”, วารสารกรมการแพทย์. 44(3): 66-74; พฤษภาคม – มิถุนายน, 2562.
4. ชยพล ศิรินิยมชัย และคณะ. “การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนตำบลสันปูเลย”, วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน. 37(2): 13-25; เมษายน-มิถุนายน, 2562.
5. ดารณี จามจุรี. การศึกษาผลการประเมินคุณภาพการพยาบาลของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2545. นนทบุรี: สำนักการพยาบาลกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546.
6. ปิยะอร รุ่งธนเกียรติ, สุนันญา พรหมตวง และจันทนา พงษ์บุตติ. “การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ด้วยระบบทางด่วน โรงพยาบาลสุรินทร์”, วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 6(1): 36-51; มกราคม-มิถุนายน 2562.
7. ปราโมทย์ ปราสาทกุล. ดีโมพีเดียพจนานุกรมประชากรศาสตร์พหุภาษา. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556.
8. ปราศรัย อู่ระตน, วัฒนา พันธศักดิ์ และฉวีวรรณ โพธิ์ศรี. “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน”, วารสารพยาบาลทหารบก. 15(2): 216-224; พฤษภาคม-สิงหาคม, 2557.

- 9.ภัครินทร์ ชิดดี และคณะ. “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ”, วารสารวิชาการสาธารณสุข. 29(3): 490-496; พฤษภาคม-มิถุนายน, 2563.
- 10.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ประจำปี พ.ศ. 2562. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563.
- 11.ยาใจ พงษ์บริบูรณ์, “การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)”, วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 17(2): 11-15; มิถุนายน-กันยายน, 2537.
- 12.ยุวดี ผงสา. “ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น”, วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2(2): 139-153; กรกฎาคม-ธันวาคม, 2563.
- 13.ยงยุทธ์ สุขพิทักษ์. “ศึกษาเทคนิคการเสริมพลังในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน”, วารสารวิชาการสาธารณสุข. 23(4): 649-657; กรกฎาคม-สิงหาคม, 2557.
- 14.รุ่งพร ภูสุวรรณ และณฤมล จันทรสุข. “การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด”, วารสารมหาจุฬานาครธรรมส์. 7(9): 316-327; กันยายน, 2563.
- 15.สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง. รายงานประจำปี 2559 สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง, 2559.
- 16.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2559.
- 17.สุภาพร แนวบุตร. “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว; Effects of Empowerment program on Self-care Ability of a Family Caregiver”, วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 8(4): 30-40; ตุลาคม-ธันวาคม, 2558.
- 18.อภิชาติ กาศโอสธ, พิกุล พรพิบูลย์ และจันทร์ฉาย โยธาใหญ่. “การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม”, พยาบาลสาร. 47(3): 168-180; กรกฎาคม-กันยายน, 2563.
- 19.อุบล ไตรถวิล. “ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา”, วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 8(2): 268-280; พฤษภาคม-สิงหาคม, 2561.
- 20.Conger and Kanungo. (1988). “The empowerment process: Integrating theory and practice”, The Academy of Management Review. <https://doi.org/10.2307/258093>. August, 2023.
- 21.Gibson. “The process of empowerment in mothers of chronically ill children”, Journal of Clinical Nursing. 21(6): 1201-1210; June, 1995.
- 22.Kemmis S. and Mc Taggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press., 1988.
- 23.Pinquart M. and Sorensen S. “Influences on Loneliness in Older Adults: A Meta-Analysis”, Basic and Applied Social Psychology. 23(4): 245-266; December, 2001.
- 24.Rodwell. “An analysis of the concept of empowerment”, Journal of Advanced Nursing. 23(2): 305-313; February, 1996.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย ใน
จังหวัดขอนแก่น ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

Effectiveness of Health Competencies' Empowerment Program of School-Age Children,
Upper Elementary School Level, Khon Kaen Province, Under Covid-19 epidemic
situation

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

สุภาพรณ ศรีสุพรรณ¹

บังอร กล่ำสุวรรณ²,ปาริชาติ งามมนตรี³,กรวิภา ภาคภูมิ⁴,พรรณณา แมตสธาน⁵

ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล **

Supaporn Srisuphan¹

Bongon Klumsuwan²,Parichat Phamontee ³,Kornvipa Pakphoom⁴,Pannapa maedsathan⁵

Thidaratana Lertwittayakul**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเสริมสร้างสมรรถนะด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนในเขตเทศบาลและโรงเรียนในโครงการพระราชดำริ (กพด.) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเพื่อศึกษาผลกระทบสุขภาพ ด้านความรู้ การปฏิบัติ ทักษะคิด ระหว่างโรงเรียนในเขตเทศบาลและโรงเรียนในโครงการพระราชดำริ (กพด.) หลังได้รับการอบรมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ของโรงเรียนในเขตเทศบาล จำนวน 2 โรงเรียน และโรงเรียนในโครงการพระราชดำริ (กพด.) จำนวน 2 โรงเรียน จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอนรวมกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 60 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 60 คน เรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามชุดความรู้หนูเพชร ด้วยโปรแกรมการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และกลุ่มควบคุม จำนวน 60 คน เรียนรู้ด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามหลักสูตรปกติของโรงเรียน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามการสร้างเสริมสมรรถนะด้านสุขภาพของนักเรียน และ แบบประเมินสมรรถนะและผลกระทบสุขภาพวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และ ANOVA

ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความก้าวหน้าในการเรียนเพิ่มขึ้นมากกว่าการเรียนตามหลักสูตรปกติ โดยกลุ่มทดลอง มีคะแนนหลังเรียนสูงกว่าการเรียนตามหลักสูตรปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 แสดงว่า โปรแกรมฯ ทำให้นักเรียน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะคิดและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพสูงกว่าการเรียนปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะด้านสุขภาพ ประสิทธิภาพของโปรแกรม นักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ABSTRACT

This experimental research aimed to compare the mean scores for health competency enhancement of school-aged children at the upper elementary school level Schools in municipalities and schools in the Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn's Projects (HRH) before and after receiving the program of the experimental group and the control group, between the experimental group and the control group,

¹ Professional nurse Cluster of school age Children1

^{2 3 4} Health Promotion Center 7

⁵ Department of Child and Adolescent Nursing, Faculty of Nursing College of Asian Scholars

**Advisor: Asst.Prof. Dr. Thidaratana Lertwittayakul, Associate Dean for Academic Affairs, Department of Child and Adolescent Nursing, Faculty of Nursing College of Asian Scholars

and to studied health effects knowledge, practice, and attitude between schools in the municipality and schools in the royal initiative project after receiving the training program. The sample consisted of grade 4-6 students from 2 schools in the municipal area and 2 schools in the HRH schools by multi-stage random sampling. A total of 120 samples were included, divided into an experimental group of 60 people and a control group of 60, with a learning program developed by the researcher, the control group of 60 people learned about health and environmental health according to the normal school curriculum. The research tools were the student health empowerment questionnaire and the competency and health impact assessment questionnaire. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, paired t-test, and ANOVA. The results of the research found that after the experiment, the experimental group had more learning progress than the normal curriculum, the experimental group was a statistically significant 0.05 higher score after studying than a normal curriculum, indicating that the program made students well-versed in health. Attitude and Health behaviors were higher than normal learning with a statistical significance of 0.05.

Keywords: Health Competencies' Empowerment Program, Effectiveness, School-Age Children in Upper Elementary School level, Covid-19 epidemic

บทนำ

เด็กและเยาวชนที่อยู่ในช่วงที่กำลังเจริญเติบโตและมีการเรียนรู้ การสร้างเสริมสุขภาพให้มีความสมบูรณ์ แข็งแรง จะทำให้มีสมรรถภาพในการเรียน ร่างกายเจริญเติบโตและมีการพัฒนาได้อย่างสมวัย หากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และปฏิบัติเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องเริ่มต้นปลูกฝังตั้งวัยเด็ก เพื่อให้เกิดสุขนิสัย เติบโต เป็นวัยผู้ใหญ่อย่างมีคุณภาพ¹ จากสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงของสังคม เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม ทำให้ชีวิตของเด็กและเยาวชน มีความเสี่ยงต่อภัย ทางสุขภาพ จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค โควิด-19 ที่มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ การดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในที่สุด² จากการระบาดที่เกิดขึ้น มีการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ชุมชน และครอบครัว ทำให้จำนวนเด็กติดเชื้อโควิด-19 สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการรวบรวมข้อมูล ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย พบเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นอายุ 12-18 ปี จำนวน 5,196,248 คน พบติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 91,906 คน เสียชีวิตสะสม 13 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต (case fatality rate) ร้อยละ 0.01 ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวเด็กและเยาวชน จึงเป็นกลุ่ม ที่ต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อโควิด-19 เพิ่มมากขึ้น³

ผลกระทบของการแพร่ระบาดของโรค โควิด-19 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพและการศึกษา สถานศึกษา ทั่วประเทศปรับรูปแบบการเรียนการสอน และเตรียมความพร้อมในการจัดการเรียนการสอนรูปแบบใหม่ ที่สอดคล้องกับมาตรการป้องกันการระบาดของโรค และป้องกันไม่ให้นักเรียน ได้รับผลกระทบจากรูปแบบ การเรียนที่เปลี่ยนแปลงไป⁴ ในช่วงการระบาด ระลอกที่ผ่านมา โรงเรียนมีมาตรการปิดโรงเรียน⁵ ส่งผลต่อภาวะการเจริญเติบโต มีปัญหาทุพโภชนาการ เด็กวัยเรียน มีภาวะสูงตีสัดส่วน มีแนวโน้มลดลง ในปี 2563 – 2564 เด็กวัยเรียนวัยรุ่น อายุ 6 – 14 ปี สูงตีสัดส่วน คิดเป็นร้อยละ 65.81 และ 56.1 ตามลำดับ ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 66) มีภาวะเริ่มอ้วน และอ้วนร้อยละ 12.75 และ 11.8 ตามลำดับ มากกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 10) ภาวะเตี้ยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 6 และ 10.4 (ค่าเป้าหมายร้อยละ 5) ภาวะผอม ยังคงที่ ร้อยละ 4.4 และ 3.9 ตามลำดับ (ค่าเป้าหมายร้อยละ 5) การออกกำลังกาย มีแนวโน้มลดลง อยู่ 28 และ 17 ตามลำดับ ภาวะสุขภาพช่องปากพบว่า เด็ก อายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries free) มีแนวโน้ม ดีขึ้น 71 และ 70 ตามลำดับ แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย (เป้าหมายร้อยละ 71) (ข้อมูล HDC กระทรวง สาธารณสุข วันที่ 16 กรกฎาคม 2564)⁶ รวมถึงมี

ความรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 63.86 และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ร้อยละ 55.99⁷ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น มีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งมีโรงเรียนในพื้นที่รับผิดชอบ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์และร้อยเอ็ด มีโรงเรียนเข้าร่วมพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Plus HL) ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 310 แห่ง สำหรับจังหวัดขอนแก่น มีจำนวนโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น จำนวน 5 เขต รวม 982 แห่ง มีจำนวนเด็กวัยเรียน อายุ 6-14 ปี จำนวน 184,691 คน (สำนักงานการศึกษา เทศบาลนครขอนแก่น, 2564) โรงเรียนในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น มีจำนวน 11 แห่ง และโรงเรียนในโครงการพระราชดำริ ในถิ่นทุรกันดาร (กพด) จำนวน 3 แห่ง ซึ่งสถานการณ์สุขภาพเด็กวัยเรียน โรงเรียนในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น ปี 2653 พบว่า มีปัญหาภาวะทุพโภชนาการ เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 18.16 (เป้าหมายร้อยละ 10) ค่อนข้างผอม และผอม ร้อยละ 10.91 และเตี้ยค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 16.4 (เป้าหมายร้อยละ 5) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนก่อนดำเนินการภาพรวมอยู่ในระดับต้องปรับปรุงร้อยละ 30.5 พอใช้ร้อยละ 39.5 ระดับดีร้อยละ 23.8 และดีมากร้อยละ 6.2 ด้านพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ของเด็กนักเรียนมีพฤติกรรมการสวมหน้ากากลดลง จากร้อยละ 95.2 ในเดือนพฤษภาคม ลดลงเหลือร้อยละ 84.1 ในเดือนมิถุนายน พฤติกรรมการล้างมือ จากร้อยละ 86.1 ลดลงเหลือ 52.9 และการเว้นระยะห่างจากร้อยละ 80.3 ลดลงเหลือร้อยละ 42 ส่งผลให้พบการติดเชื้อในโรงเรียนเป็นจำนวนมาก⁶ สำหรับโรงเรียนในโครงการพระราชดำริ ยังมีปัญหาสุขภาพ โดยพบว่า เริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 13.1 ผอมร้อยละ 5.6 เกินมาตรฐานที่กำหนด และเตี้ยร้อยละ 1.1 มีระดับไอโอดีน ในปัสสาวะนักเรียนมากกว่า 300 ไมโครกรัม/ลิตร แสดงถึงการดื่มน้ำเสริมเกลือไอโอดีน และรับประทาน

อาหารที่มีสารไอโอดีนเกินกำหนด นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ในโรงเรียน เช่น ถึงขยะไม่มีฝาปิด ห้องน้ำ ห้องส้วม ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HAS สุขาภิบาลโรงอาหารไม่ผ่านเกณฑ์ ทำให้เด็กวัยเรียนอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและการเรียนรู้ จึงส่งผลให้เกิดปัญหาด้านภาวะโภชนาการ และขาดการใช้ทักษะชีวิตที่พึงประสงค์ในเด็กวัยเรียนได้

ในมิติความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ด้านสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ การพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลซึ่งเด็กวัยเรียน จะต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันและลดโรคทั้งที่เป็นโรค ติดต่อกันและไม่ติดต่อกันนั้น จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับวิถีชีวิตแนวใหม่¹ โดยการเสริมสร้างความรอบรู้แบบองค์รวม ทั้งด้านโภชนาการ การเลือกกินอาหารครบ 5 หมู่ หลากหลาย ถูกสุขลักษณะ สะอาด ปลอดภัย ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายสม่ำเสมอ 60 นาที ทุกวัน ทำให้ร่างกายแข็งแรงและส่งเสริมด้านความสูง การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ส่งเสริมให้มีทักษะชีวิต มีความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการเรียนรู้ การรักษาฟันอย่างถูกวิธี เพื่อป้องกันฟันผุ การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย การนอนหลับที่มีคุณภาพ หลับสนิท 8-11 ชั่วโมงต่อวัน เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยเรียน มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง เกิดทักษะสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง อันจะนำไปสู่ การพฤติกรรมที่พึงประสงค์⁶

จากสภาพการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนสะท้อนให้เห็นว่า เด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย มีความจำเป็นต้อง มีสมรรถนะ ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองแบบองค์รวมได้อย่างเหมาะสม แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษา ที่มุ่งเน้นส่งเสริมภาวะสุขภาพเฉพาะ

ด้านในด้านหนึ่งเป็นหลัก แต่การศึกษาสมรรถนะของนักเรียนระดับประถมศึกษาด้านการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมยังมีน้อย ดังนั้น ซึ่งผู้วิจัย และคณะ จึงมีความสนใจศึกษาและออกแบบโปรแกรมการสร้างเสริมด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับรูปแบบการใช้ชีวิตวิถีใหม่ (New normal) ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยใช้ชุดความรู้หนูเพชร (NuPETHS) และแผ่นโปสเตอร์ความรู้ 6 มาตรการหลัก 6 มาตรการเสริม ในการเรียนการสอน สื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ จะช่วยให้เด็กมีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดใส่ใจสุขภาพมากขึ้น ขณะเดียวกันการเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพสนับสนุนให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในช่วงวัยของเด็ก เพื่อเป็นการส่งต่อเด็กนักเรียนที่มีคุณภาพให้เป็นวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไปด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการสร้างเสริมสมรรถนะด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรงเรียน ในเขตเทศบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการสร้างเสริมสมรรถนะด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรงเรียนในโครงการพระราชดำริ (กพด) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนหลังการได้รับโปรแกรมฯ
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการสร้างเสริมสมรรถนะด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนระหว่างโรงเรียนในเขตเทศบาลและโรงเรียน ในโครงการพระราชดำริ (กพด) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ
4. เพื่อศึกษาผลกระทบสุขภาพด้านความรู้ การปฏิบัติ ทักษะคิด ของเด็กวัยเรียน ระหว่างโรงเรียนในเขตเทศบาล และโรงเรียนในโครงการพระราชดำริ (กพด) หลังได้รับการอบรมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียน

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการสร้างเสริมสมรรถนะด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียน โรงเรียนในเขตเทศบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านสุขภาพ มีความแตกต่างกัน

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการสร้างเสริมสมรรถนะด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรงเรียนในโครงการพระราชดำริ (กพด) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านสุขภาพ มีความแตกต่างกัน

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการสร้างเสริมสมรรถนะด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนระหว่างโรงเรียนในเขตเทศบาลและโรงเรียนโครงการพระราชดำริ (กพด) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ มีความแตกต่างกัน

4. ผลกระทบสุขภาพ ด้านความรู้ การปฏิบัติ ทักษะคิด ของของเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษา ตอนปลายในจังหวัดขอนแก่น ระหว่างโรงเรียนเทศบาล และโรงเรียนโครงการพระราชดำริ (กพด) หลังได้รับการอบรมโปรแกรมฯของเด็กวัยเรียน สูงขึ้น

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการสร้างเสริมสมรรถนะด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนในเขตเทศบาลและโรงเรียนโครงการพระราชดำริ (กพด) จังหวัดขอนแก่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านสุขภาพ รวมถึงศึกษาผลกระทบด้านความรู้ การปฏิบัติ ทักษะคิด กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 120 คน เก็บข้อมูลโดยการประเมินภาวะการเจริญเติบโต และตอบแบบสอบถามประเมินสมรรถนะด้านสุขภาพ รวมถึงอบรมคุณครูในการใช้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านสุขภาพ จากคู่มือชุดความรู้ หนูเพชร (NuPETHS) และโปสเตอร์ความรู้ 6

มาตรการหลัก 6 มาตรการเสริม เก็บรวบรวมข้อมูล
เดือนกรกฎาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ เด็กวัยเรียนระดับ
ประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่อาศัยและมีภูมิลำเนา ใน
จังหวัดขอนแก่น รวมทั้งหมดจำนวน 11,294 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เด็กวัย
เรียนชายและหญิงที่กำลังศึกษาระดับประถมศึกษา
ปีที่ 4-6 ปีการศึกษา 2565 โรงเรียนในเขตเทศบาล
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 2 แห่ง และ
โรงเรียนในโครงการพระราชดำริ อำเภอหนองสอง
ห้อง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 3 แห่ง แบ่งออกเป็น
กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง รวมจำนวนโรงเรียน
กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 แห่ง จำนวนรวมทั้งหมด
120 คน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้
โปรแกรม G*power ได้กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มทดลอง
จำนวน 60 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 60 คน จาก
การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling)
หากจำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่เพียงพอในช่วงระหว่าง
เก็บข้อมูลก่อนและหลัง จะดำเนินการเก็บข้อมูล
เพิ่มในแต่ระดับชั้นเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินโปรแกรมการสร้างเสริม
สมรรถนะด้านสุขภาพของนักเรียนที่ได้รับ การ
พัฒนาจากชุดความรู้ “หนูเพชร” NuPETHS
ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยเรียน
เลือกตอบคำถามและเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ
เกี่ยวกับการสร้างเสริมสมรรถนะด้านสุขภาพของเด็กวัย
เรียน จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินเจตคติเกี่ยวกับการสร้าง
เสริมสมรรถนะด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียน จำนวน
18 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการปฏิบัติเกี่ยวกับการ
สร้างเสริมสมรรถนะด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียน
จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินตนเองสำหรับเด็กวัย
เรียนในการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของ
ของโรคโควิด -19 จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content
validity) คณะผู้วิจัยได้นำแบบประเมินสมรรถนะ
ด้านสุขภาพฯ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความ
ตรงและความสอดคล้องในด้านเนื้อหา โดย
ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) แพทย์
ชำนาญการพิเศษด้านทันตสาธารณสุข 2) นักโภชนาการ
3) อาจารย์ระดับชำนาญการพิเศษ จากนั้น
คณะผู้วิจัยนำค่าคะแนนการประเมินมาวิเคราะห์หา
ค่าดัชนี ความตรง ของเนื้อหา (Content validity
index: CVI) ได้เท่ากับ 0.80 และข้อเสนอแนะของ
ผู้ทรงคุณวุฒิได้นำมาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม
ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้ต่อไป
หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัย
นำแบบประเมินสมรรถนะ ด้านสุขภาพฯ เป็น
เครื่องมือในการวิจัยจากคู่มือชุดความรู้หนูเพชร
และแบบสอบถามประเมินตนเองสำหรับนักเรียน
เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโค
วิด 19 จากสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)
ของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน แล้ว
นำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องของภาษา
และเนื้อหาให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะอีกครั้ง
ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุงตาม
ข้อเสนอแนะและใช้เกณฑ์ความคิดเห็นของ
ผู้ทรงคุณวุฒิที่สอดคล้องกันมาคำนวณหาดัชนีความ
ตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)
ร้อยละ 80

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ
น้ำหนัก ส่วนสูง อายุ ระดับชั้น วิเคราะห์ โดยใช้สถิติ
เชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ยและส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย
สมรรถนะด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนระดับ

ประถมศึกษาตอนปลายของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ ทดสอบ (T) ที่ประชากรไม่อิสระต่อกัน (Paired-t -test) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษา ตอนปลาย ในจังหวัดขอนแก่นของกลุ่มทดลองภายหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะ ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ความแปรปรวน 4 กลุ่ม โดยใช้สถิติ ANOVA

จริยธรรมในการวิจัย

ก่อนดำเนินการวิจัย ทีมผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมอนามัย และได้รับความเห็นชอบรับรองจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ เมื่อวันที่ 16 กันยายน 2565 หมายเลขสำคัญโครงการวิจัย 062 นั้น คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้พิจารณาแล้วว่าเป็นโครงการที่ได้รับการพิจารณาแบบเร่งรัด หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

1) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเสริมสร้างสมรรถนะด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนในเขตเทศบาล กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้โปรแกรมฯ มากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมระดับมาก ($\bar{X} = 3.02$, $SD=0.05$) หากพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.28$, $SD=0.31$) รองลงมาคือ ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันตนเองจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 3.10$, $SD=0.23$) และค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านทักษะชีวิต ความปลอดภัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 2.85$, $SD=0.30$)

2) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเสริมสร้างสมรรถนะด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนในเขตเทศบาล กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้โปรแกรมฯ มากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ ระดับมาก ($\bar{X} = 2.85$, $SD=0.06$) หากพิจารณารายด้านพบว่า ด้านโภชนาการ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 2.93$, $SD=0.21$) รองลงมาคือ ด้านทักษะชีวิต ความปลอดภัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 2.92$, $SD=0.21$) ค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.65$, $SD=0.34$)

3) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเสริมสร้างสมรรถนะด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษา โรงเรียนในเขตเทศบาล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการใช้โปรแกรมฯ พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม หลังการใช้โปรแกรมฯ ระดับมาก ($\bar{X} = 3.02$, $SD=0.05$) หากพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.28$, $SD=0.31$) รองลงมาคือ ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันตนเอง จากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.10$, $SD=0.23$) และค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านทักษะชีวิต ความปลอดภัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 2.85$, $SD=0.30$)

4) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเสริมสร้างสมรรถนะด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรงเรียนในโครงการพระราชดำริ (กพด) กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้โปรแกรมฯ มากกว่าการใช้โปรแกรมฯ ระดับมาก ($\bar{X} = 2.81$, $SD=0.07$) หากพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันตนเองจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 2.97$, $SD=0.27$) รองลงมาคือ ด้านทักษะชีวิต ความปลอดภัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 2.87$, $SD=0.26$) และค่าคะแนน

เฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.66$, $SD=0.27$)

5) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การเสริมสร้างสมรรถนะด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียน โรงเรียนในโครงการพระราชดำริ (กพด) กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้โปรแกรมฯ มากกว่าการใช้โปรแกรมฯ ระดับมาก ($\bar{X} = 2.73$, $SD=0.05$) หากพิจารณารายด้านพบว่า การเฝ้าระวัง ป้องกันตนเองจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 2.87$, $SD=0.30$) รองลงมาคือ ด้านทักษะชีวิต ความปลอดภัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 2.87$, $SD=0.26$) และค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.56$, $SD=0.37$)

6) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การเสริมสร้างสมรรถนะด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียน โรงเรียนในโครงการพระราชดำริ (กพด) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้โปรแกรมฯ มากกว่ากลุ่มควบคุม ระดับมาก ($\bar{X} = 2.81$, $SD=0.07$) หากพิจารณารายด้านพบว่า การเฝ้าระวัง ป้องกันตนเองจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 2.97$, $SD=0.27$) รองลงมาคือ ด้านทักษะชีวิต ความปลอดภัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 2.87$, $SD=0.29$) และค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.66$, $SD=0.27$)

7) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเสริมสร้างสมรรถนะด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียน ระหว่างโรงเรียนในเขตเทศบาลและโรงเรียนในโครงการพระราชดำริ (กพด) ก่อนการได้รับโปรแกรมฯ พบว่า โรงเรียนในเขตเทศบาล มีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้โปรแกรมฯ มากกว่าโรงเรียนในโครงการพระราชดำริ (กพด.) มากกว่า ระดับมาก ($\bar{X}=2.93, SD=0.07$) หากพิจารณารายด้านพบว่า ด้านโภชนาการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=3.18, SD=0.32$) รองลงมา คือ ด้านการดูแล

สุขภาพช่องปาก ($\bar{X}=3.09, SD=0.47$) และค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านสุขอนามัย ทักษะชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ ($\bar{X}=2.72$, $SD=0.27$)

8) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การเสริมสร้างสมรรถนะด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียน ระหว่างโรงเรียนในเขตเทศบาลและโรงเรียน ในโครงการพระราชดำริ (กพด) หลังการได้รับโปรแกรมฯ พบว่า โรงเรียนในเขตเทศบาล มีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้โปรแกรมฯ มากกว่าโรงเรียน ในโครงการพระราชดำริ (กพด.) ระดับมาก ($\bar{X} = 3.02$, $SD=0.05$) หากพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการดูแลสุขภาพ ช่องปาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.28$, $SD=0.31$) รองลงมาคือ ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันตนเอง จากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ($\bar{X} = 3.10$, $SD=0.23$) และค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านทักษะชีวิตความปลอดภัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 2.85$, $SD=0.30$)

9) ผลการเปรียบเทียบความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยการเสริมสร้างสมรรถนะด้านสุขภาพของวัยเรียน ระหว่างโรงเรียนในเขตเทศบาลและโรงเรียนในโครงการพระราชดำริ (กพด) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่าง 4 กลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองโรงเรียนในเขตเทศบาล มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 3.02$, $SD=0.05$) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มทดลองโรงเรียนในโครงการพระราชดำริ (กพด) ระดับมาก ($\bar{X} = 2.81$, $SD=0.07$) กลุ่มควบคุมโรงเรียนในเขตเทศบาล มีค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับมาก ($\bar{X} = 2.85$, $SD=0.06$) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุมในโครงการพระราชดำริ (กพด) มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 2.73$, $SD=0.05$) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่าง 4 กลุ่ม หลังการใช้โปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมาก หากพิจารณารายด้าน ผลการเปรียบเทียบระหว่าง 4 กลุ่ม หลังการใช้โปรแกรมฯ พบว่า ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.28$, $SD=0.31$) รองลงมา คือ ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน

ตนเอง จากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ($\bar{X} = 3.10$, $SD=0.23$) และค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.56$, $SD=0.37$)

10) ผลกระทบสุขภาพ ด้านความรู้ การปฏิบัติ ทักษะคิด ของเด็กวัยเรียนโรงเรียนในโครงการพระราชดำริ (กพด.) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการปฏิบัติตัวในการสร้างเสริมสุขภาพ ระดับมาก ($\bar{X} = 2.83$, $SD=0.07$) รองลงมาคือ ด้านทัศนคติต่อการสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับมาก ($\bar{X} = 2.68$, $SD=0.12$) และค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือด้านความรู้สุขภาพ ($\bar{X} = 1.05$, $SD=0.16$) หากพิจารณารายด้านพบว่า นักเรียนมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพด้านทักษะชีวิต ความปลอดภัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมมากที่สุด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 3.21$, $SD=0.58$) รองลงมา คือ นักเรียนมีการปฏิบัติตัวด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันตนเอง จากการแพร่ระบาดของโรค โควิด -19 มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 3.08$, $SD=0.46$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ นักเรียน มีความรู้สุขภาพด้านโภชนาการ มีค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับน้อย ($\bar{X} = 0.59$, $SD=0.28$)

11) เปรียบเทียบผลกระทบสุขภาพ ด้านความรู้ การปฏิบัติ ทักษะคิดของเด็กวัยเรียนระหว่างโรงเรียนในเทศบาลและโรงเรียนในโครงการพระราชดำริ (กพด.) พบว่า เด็กวัยเรียนโรงเรียน ในเขตเทศบาล มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการปฏิบัติตัวในการสร้างเสริมสุขภาพ ระดับมาก ($\bar{X} = 2.99$, $SD=0.06$) รองลงมาคือด้านทัศนคติต่อการสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับมาก ($\bar{X} = 2.97$, $SD=0.11$) และค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ด้านความรู้สุขภาพ ระดับน้อย ($\bar{X} = 1.10$, $SD=0.14$) สำหรับโรงเรียนในโครงการพระราชดำริ (กพด.) มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการปฏิบัติตัวในการสร้างเสริมสุขภาพ ระดับมาก ($\bar{X} = 2.83$, $SD=0.07$) รองลงมาคือ ด้านทัศนคติ ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 2.68$,

$SD=0.12$) และค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ด้านความรู้สุขภาพ ระดับน้อย ($\bar{X} = 1.05$, $SD=0.16$)

อภิปรายผลการวิจัย

1) กลุ่มทดลองโรงเรียนในโครงการพระราชดำริ (กพด.) มีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้โปรแกรมฯ มากกว่ากลุ่มควบคุม ระดับมาก ($\bar{X} = 2.81$, $SD=0.07$) หากพิจารณารายด้านพบว่า การเฝ้าระวัง ป้องกันตนเองจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด- 19 มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 2.97$, $SD=0.27$) รองลงมาคือ ด้านทักษะชีวิต ความปลอดภัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 2.87$, $SD=0.29$) และค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.66$, $SD=0.27$) และคะแนนเฉลี่ยการสร้างเสริมสรณะด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียน โรงเรียนในโครงการพระราชดำริ (กพด) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้โปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผู้วิจัยอภิปรายผลได้ว่า กลุ่มทดลองโรงเรียนในโครงการพระราชดำริ (กพด.) มีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้โปรแกรมฯมากกว่าก่อนใช้โปรแกรมทุกด้าน จำนวน 7 ด้าน คือ 1) ด้านโภชนาการ 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านทักษะชีวิต ความปลอดภัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม 4) ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก 5) ด้านสุขอนามัยและพฤติกรรมทางเพศ 6) ด้านการนอนหลับพักผ่อน 7) ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันตนเอง จากการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 และมากกว่ากลุ่มควบคุม ระดับมาก จำนวน 6 ด้าน คือ 1) ด้านการออกกำลังกาย 2) ด้านทักษะชีวิต ความปลอดภัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม 3) ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก 4) ด้านสุขอนามัยและพฤติกรรมทางเพศ 5) ด้านการนอนหลับพักผ่อน 6) ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันตนเองจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มทดลองโรงเรียน ในโครงการพระราชดำริ (กพด.) ได้นำโปรแกรมฯมาใช้ในการเรียน การสอน และได้มีการนำแนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ โดยนำมาประยุกต์ใช้ตามชุดความรู้หนู

เพชร ทำให้เด็กวัยเรียนสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงจึงทำให้มีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้ โปรแกรมฯ มากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ และ มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของหัตถา สุภากุลย์⁸ ศึกษาเรื่องการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพสำหรับนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวน ชายแดนในพื้นที่ทุรกันดาร อำเภอสังขละบุรี จังหวัด กาญจนบุรี ผลการศึกษาพบว่า จากการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กนักเรียน ตามชุดความรู้ การดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน แบบ 2 ภาษาไทย-กะเหรี่ยง) ที่ได้รับการพัฒนาจาก Nu PETHS ก่อนการใช้รูปแบบของกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ หลังการใช้รูปแบบค่าเฉลี่ย คะแนนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และในกลุ่ม ทดลองหลังการใช้รูปแบบ ค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่า ก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ. 05 สรุปได้ว่า รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับเด็กวัยเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ในพื้นที่ทุรกันดารดังกล่าว สามารถนำไปใช้ได้ ประสบความสำเร็จ.

2) โรงเรียนในเขตเทศบาล มีค่าคะแนน เฉลี่ยหลังการใช้โปรแกรมฯ มากกว่าโรงเรียนใน โครงการพระราชดำริ (กพด.) ระดับมาก ($\bar{X}$ =3.02, SD=0.05) หากพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.28, SD=0.31) รองลงมาคือ ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันตนเอง จากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ($\bar{X}$ = 3.10, SD=0.23) และค่าคะแนนเฉลี่ยน้อย ที่สุด ด้านความปลอดภัยและพฤติกรรมด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม ($\bar{X}$ = 2.85, SD=0.30) และคะแนน เฉลี่ยการเสริมสร้างสมรรถนะ ด้านสุขภาพของเด็ก กวัยเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลายในจังหวัด

ขอนแก่น ระหว่างโรงเรียนในเขตเทศบาลและ โรงเรียนในโครงการพระราชดำริ (กพด.) หลังการได้รับ โปรแกรมฯ มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทาง สถิติที่ 0.05 ผู้วิจัยอภิปรายผลได้ โรงเรียนในเขต เทศบาลและโรงเรียนในโครงการพระราชดำริ (กพด.)มี ความแตกต่างของสภาพแวดล้อมที่เด็กวัยเรียนอยู่ อาศัย สิ่งแวดล้อม สภาพครอบครัวและชุมชน การ คมนาคม เศรษฐกิจและสังคม รวมถึงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับบริการสุขภาพและ สิทธิประโยชน์ทางสุขภาพที่ควรได้รับ สังเกตได้ว่า โรงเรียนในเขตเทศบาล มีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้ โปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าโรงเรียนใน โครงการพระราชดำริ (กพด.) ระดับมากทุกด้าน จำนวน 7 ด้าน คือ 1) ด้านโภชนาการ 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านทักษะชีวิต ความปลอดภัยและอนามัย สิ่งแวดล้อม 4) ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก 5) ด้านสุขอนามัย และพฤติกรรมทางเพศ 6) ด้านการ นอนหลับพักผ่อน 7) ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ตนเอง จากการแพร่ระบาดของโรคโควิด- 19 หลัง การใช้โปรแกรมฯ โรงเรียนในเขตเทศบาล มีค่า คะแนนเฉลี่ยมากกว่าโรงเรียน ในโครงการ พระราชดำริของโรคโควิด 19 สอดคล้องกับงานวิจัย ของนางสาวธาราพร ศิริบุญญารักษ์⁹ ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของ นักเรียนโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษามัธยมศึกษาเขต 10 จังหวัดสมุทรสาคร ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ตนเอง ตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุอาชีพของ บิดา อาชีพของมารดา และโรคประจำตัว พบว่า แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3) คะแนนเฉลี่ยการเสริมสร้างสมรรถนะ ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนในจังหวัดขอนแก่น ระหว่าง และโรงเรียนในโครงการพระราชดำริ (กพด.) หลังการใช้โปรแกรมฯ ทั้งกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมของเด็กวัยเรียน ระหว่างโรงเรียนในเขต เทศบาลและโรงเรียนในโครงการพระราชดำริ (กพด.)

ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่าง 4 กลุ่ม โดยการทดสอบความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม ที่ระดับสถิติ 0.05 แสดงว่า โปรแกรมฯ ที่นำไปใช้ในการเสริมสร้างสมรรถนะด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย สามารถสร้างเสริมสมรรถนะด้านความรู้สุขภาพได้ทุกกลุ่ม แตกกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผู้วิจัยอภิปรายผลได้ โรงเรียนในเขตเทศบาล และโรงเรียนในโครงการพระราชดำริ (กพด.) หลังการใช้โปรแกรมฯ โดยการทดสอบความแปรปรวนระหว่าง 4 กลุ่ม ที่ระดับสถิติ 0.05 แสดงว่า โปรแกรมฯ ที่นำไปใช้ในการเสริมสร้างสมรรถนะด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย สามารถสร้างเสริมสมรรถนะด้านความรู้สุขภาพได้ทุกกลุ่ม ไม่แตกกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เนื่องจากเป็นเรื่องที่ใกล้ตัวเด็กประถมศึกษามากที่สุด และเป็นพฤติกรรมที่ทำประจำทุกวัน สามารถปฏิบัติได้ทันที หากได้รับการเสริมสร้างความรู้และสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนแก่เด็กวัยเรียน จึงเกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถปฏิบัติได้ รวมถึงโรงเรียนได้จัดการเรียนการสอนอยู่เดิม และมีหน่วยงานสาธารณสุข ออกให้บริการในการดูแลให้สุขภาพ ติดตาม คัดกรองและเฝ้าระวังภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียน ในช่วงที่ดำเนินการทดลอง ได้แก่ การส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปาก ประเมินภาวะสุขภาพด้านโภชนาการ ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง ภาควิชาละ 1 ครั้ง กิจกรรมดังกล่าว ถือเป็นกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มปฏิบัติอยู่เป็นประจำ อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้นจากกิจกรรมดังกล่าวด้วยเช่นกัน จึงทำให้ทุกกลุ่มไม่แตกกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของอรพรรณ วรยาน และคณะ¹⁰ ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนประถมศึกษา ผลการศึกษากลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($t = 2.39$, $df = 51$, $p = 0.11$)

4) เด็กวัยเรียนโรงเรียนในเขตเทศบาล มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการปฏิบัติตัวในการ

สร้างเสริมสุขภาพ ระดับมาก ($\bar{X} = 2.99$, $SD = 0.06$) รองลงมาคือ ด้านทัศนคติต่อการสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับมาก ($\bar{X} = 2.97$, $SD = 0.11$) และค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ด้านความรู้สุขภาพ ระดับน้อย ($\bar{X} = 1.10$, $SD = 0.14$) สำหรับโรงเรียนในโครงการพระราชดำริ (กพด.) มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการปฏิบัติตัวในการสร้างเสริมสุขภาพ ระดับมาก ($\bar{X} = 2.83$, $SD = 0.07$) รองลงมาคือ ด้านทัศนคติต่อการสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับมาก ($\bar{X} = 2.68$, $SD = 0.12$) และค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ด้านความรู้สุขภาพ ระดับน้อย ($\bar{X} = 1.05$, $SD = 0.16$) และผลกระทบสุขภาพด้านความรู้ การปฏิบัติ ทัศนคติของเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษา ระหว่างโรงเรียนในเขตเทศบาลและโรงเรียนในโครงการพระราชดำริ (กพด.) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ 0.05 แสดงว่า โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะ ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย มีผลต่อความรู้ การปฏิบัติ ทัศนคติ ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยอภิปรายผลได้ว่า ผลจากการใช้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านสุขภาพ ทำให้เด็กวัยเรียนได้รับการพัฒนาด้านความรู้สุขภาพ ทัศนคติและการปฏิบัติด้านสุขภาพดีขึ้น เนื่องจากเด็กวัยเรียนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย จากครูผู้สอน สื่อการสอนต่างๆ สอดคล้องกับงานวิจัยของสุกัญญา คณะวาปีและ เกศินี สราญฤทธิ์ชัย¹¹ ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ผลการศึกษพบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจ ในการป้องกันโรคอ้วนแตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 2.7, $p < 0.001$), และกลุ่มเปรียบเทียบ (mean diff : 1.3, $p < 0.001$) ด้านทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคอ้วน แตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 6.5, $p < 0.001$), และกลุ่มเปรียบเทียบ (mean diff : 1.9, $p < 0.001$) ด้านการปฏิบัติการออกกำลังกาย แตกต่าง จากกลุ่มทดลอง A (mean diff : 6.4, $p < 0.001$) และกลุ่มเปรียบเทียบ (mean diff : 4.4, $p < 0.001$) และพบว่าค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่ลดลงระหว่างกลุ่มทดลองทั้ง

สองกลุ่มและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกัน ($p=0.67$) โดยสรุปผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมนี้ สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม ในการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนได้

จากการวิจัยครั้งนี้ ทีมผู้วิจัยเสนอแนะที่ น่าสนใจว่าการจัดการเรียนการสอนสำหรับเด็กวัยเรียน ระดับประถมศึกษาตอนปลาย ควรมีโปรแกรมที่ พัฒนาขึ้นมา เพื่อสอนควบคู่กับการเรียนการสอนใน หลักสูตรแกนกลางเพื่อบูรณาการและเสนอแนะให้ ใหม่ๆที่สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนไปของสังคม จึงจะ ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของเด็กได้อย่างเป็น รูปธรรมและส่งผลกระทบบ้านการเปลี่ยนแปลงความรู้อ ทศคติ และการปฏิบัติตัว ด้านสุขภาพที่ดีและต่อเนื่อง ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะ ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษาตอน ปลายในจังหวัดขอนแก่น ภายใต้สถานการณ์การแพร่ ระบาดของโรคโควิด 19 สามารถใช้เป็นข้อมูลสนับสนุน เพื่อให้เกิดนโยบายในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เด็กวัยเรียน ให้สอดคล้องและเหมาะสม กับบริบทของ แต่ละพื้นที่ได้และควรมีการส่งเสริมให้มีภาคีเครือข่าย การทำงานร่วมกันระหว่างผู้ปกครอง ชุมชน โรงเรียน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ จากผลการศึกษา

จากผลการวิจัย พบว่า การใช้โปรแกรมสร้าง เสริมสมรรถนะด้านสุขภาพ สามารถเพิ่มระดับคะแนน ด้านความรอบรู้สุขภาพ ทศนคติและการปฏิบัติ ใน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการใช้รูปแบบได้ผล จริง และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม หลังการใช้รูปแบบมีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ จึงเห็นว่าหากมีการใช้โปรแกรมจะ

ทำให้นักเรียนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่อง

3. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

จัดให้มีการศึกษาและดำเนินการวิจัย โดยใช้ รูปแบบเดียวกันในพื้นที่อื่นๆหรือจังหวัดอื่นๆเพื่อนำ ผลการศึกษาและประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริม สุขภาพมาเปรียบเทียบความคล้ายคลึงและความ แตกต่างกัน ทั้งนี้เพื่อพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริม พฤติกรรมสุขภาพเด็กนักเรียนให้ดีขึ้นต่อไปในอนาคต อย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี โดยการ สนับสนุนจากนายแพทย์ชาติรี เมธธาธิราชิปี ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 นางสาวจริยา อินทร์ศรีมี รองผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 (ด้านวิชาการ) นาง บังอร กล่ำสุวรรณ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการส่งเสริม สุขภาพวัยเรียน คณะกรรมการพัฒนาวิชาการ (กพว.) ศูนย์อนามัยที่ 7 กลุ่มพัฒนางานวิจัยและงานการ เจ้าหน้าที ซึ่งได้ให้คำปรึกษาทั้งแนวคิด คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ขอขอบคุณอาจารย์ที่ ปรึกษา ผศ.ดร. ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล อาจารย์ที่ ปรึกษางานวิจัย ที่สละเวลาอันมีค่า ในการให้คำแนะนำ คำปรึกษา ช่วยเหลือตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่อง ต่างๆ พร้อมทั้งสนับสนุนและให้กำลังใจ จึงขอขอบคุณ เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ ขอขอบคุณทีมวิจัยกลุ่ม พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียนที่มีการดำเนินการ ร่วมกัน จนงานวิจัยสำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียน คณะครูที่เอื้ออำนวย ความสะดวกในการเก็บข้อมูล และให้ความช่วยเหลือ เป็นอย่างดียิ่งตลอดระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล ท้ายนี้ขอขอบคุณนักเรียนกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ เสียสละเวลาให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามอย่าง ดี ยิ่งจนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Bello W. How Thailand contained Covid-19: why a public health system with popular support matters [Internet]. 2020 [Retrieved December 23, cited 2021]. Available from: <https://kku.world/x4948>
2. ฤทธิวิไล สามโกเศศ. สถานการณ์ โควิด-19 ในเด็กไทย (อายุ 0-18 ปี) ตั้งแต่มีการระบาด ระลอกใหม่ 1 เมษายน-11 สิงหาคม 2564 (สัปดาห์ที่ 15-33) เด็กติดเชื้อ สะสม 91,906 ราย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2565] เข้าถึงจาก <https://kku.world/n715x>
3. กรมอนามัย. แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับพื้นที่ ประจำปีงบประมาณ 2565. นนทบุรี: กองแผนงาน กรมอนามัย; 2564.
4. ศูนย์สื่อสารสาธารณะ กรมอนามัย. กรมอนามัย ห่วงเด็ก 12-18 ปี พบแนวโน้มติดเชื้อโควิดเพิ่มขึ้น เนะกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการ ฉีดวัคซีนโควิดป้องกัน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2565] เข้าถึงจาก <https://kku.world/4x9tq>
5. กรมอนามัย. โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนวัยรุ่นเข้มแข็ง แข็งแรง และฉลาดตามแนววิถีใหม่ในยุคดิจิทัล [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2565] เข้าถึงจาก <https://kku.world/r4b3z>
6. บังอร กล่ำสุวรรณ, ชนิดาภา วงษ์รักษา, วิชชา สังข์ทอง, สุภาภรณ์ ศรีสุพรรณ, ปาริชาติ ภามนตรี. การพัฒนารูปแบบโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 7. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 2564; 28 (2): 95-105.
7. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. โครงการพัฒนารูปแบบงานอนามัยโรงเรียนที่มีคุณภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2565] เข้าถึงจาก <https://kku.world/13tta>
8. ทัดดา สุภากุลย์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับเด็กนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในพื้นที่ทุรกันดาร อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี. กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกริก; 2561.
9. ธาราพรศ ศรีบุญญรักษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ของนักเรียนโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 10 อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร. สึกษา วารสารศึกษาศาสตร์. 2564; 8 (1): 67-75.
10. อรพรรณ วรรณาน, นิสากร กรุโณเพชร, สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและ พฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนประถมศึกษา. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2563; 36 (1): 123-135.
11. สุกัญญา คณะวาปี, เกศินี สราญฤทธิชัย. ผลของโปรแกรมการพัฒนารอบรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565; 8 (3): 105-118.

การสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

Motivation and family participation in stroke prevention behaviors in hypertensive patients

(Received: July 16,2023 ; Revised: July 24,2023 ; Accepted: July 26,2023)

แสงจันทร์ พลลา¹, ประภัสสร ดลवास²
Saengchan Phonlarp¹ Prapassorn Donlavas²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของการสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองบัวโดน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือน เมษายน 2566 จำนวน 60 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน ซึ่งเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มควบคุม 30 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยความถี่ ร้อยละ ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การรับประทานยาและการมาพบแพทย์ รวมคำถามทั้งหมด 21 ข้อ เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองในระยะเวลาหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระยะเวลาหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการรักษาส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น

คำสำคัญ : การสร้างแรงจูงใจ การมีส่วนร่วมของครอบครัว การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

Abstract

This research was a quasi-experimental research using a two-group pretest-posttest design to study the effects of family motivation and participation. Effects on self-care behaviors for stroke prevention in patients with physician-diagnosed hypertension. receiving services in a sub-district health promoting hospital Ban Nong Bua Don, Somdet District, Kalasin Province Between October 2022 and April 2023, a total of 60 people were divided into experimental groups of 30 people who participated in activities for motivation and family participation. Effects on self-care behavior for stroke prevention A control group of 30 people were the group who received normal treatment. The tool used for data collection was a questionnaire, which consisted of 2 parts. Part 1 was general information, data was analyzed by frequency, percentage, part 2 was stroke prevention behavior. Eating stress management exercise Taking medication and seeing a doctor Total of 21 questions , comparing the mean scores before and after the experiment. Comparison of mean scores after the experiment between the control group and the experimental group.

The study found that The mean score of self-care behavior for stroke prevention in hypertension patients in the experimental group in the post-treatment period was significantly higher than before the experiment at the 0.01 level. Stroke in post-treatment hypertension patients of the experimental group was significantly higher

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.สต. บ้านหนองบัวโดน ต.สมเด็จ อ.สมเด็จ จ.กาฬสินธุ์

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต. บ้านหนองบัวโดน ต.สมเด็จ อ.สมเด็จ จ.กาฬสินธุ์

than the control group at the 0.01 level of significance from this study. Highly motivated hypertensive patients and family involvement in treatment resulted in improved stroke self-protection behaviors.

Keywords : Motivation, Family participation, Stroke prevention, Hypertensive patients

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อ ผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดความพิการ และเสียชีวิตได้สูง จากรายงานขององค์การอนามัยโลก¹ พบอุบัติการณ์ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคนในแต่ละปี และพบว่าโดยเฉลี่ยทุกๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิต จากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน โดยในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองเพิ่มขึ้น เป็น 2 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่า โรค หลอดเลือดสมองเป็น โรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่ สำคัญอันดับ 1 ในเพศหญิง และอันดับ 2 ในเพศชาย² และเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของคนไทย จากการสำรวจประชากรขององค์การโรคหลอดเลือด สมองโลกพบว่า ปี 2563 มีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือด สมองกว่า 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้าน คน พบผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้น ถึง 14.5 ล้านคนต่อปี 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และปี 2562 ประเทศไทย มีผู้ป่วย Stroke จำนวน 355,671 ราย (อัตราผู้ป่วย 543 ต่อชก. แสนคน) มีผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 34,728 ราย (อัตราราย 53 ต่อชก.แสน คน) กรมควบคุมโรค ประเมินการความเสี่ยงของ การเกิด Stroke พบว่า ทุก 4 คนจะป่วยด้วยโรค หลอดเลือดสมอง 1 คน โดยร้อยละ 80 ของ ประชากรโลกมีความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้³ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอันดับ แรก คือ ความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน และผู้ที่เคย ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาด เลือดชั่วคราว ความดันโลหิตสูงจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) และโรคสมองขาดเลือด (ischemic stroke) ทั้งนี้ความตระหนักและความรู้ เกี่ยวกับโรคเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการเกิด โรค

การสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด สมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและการมี ส่วนร่วมของครอบครัว โดยประยุกต์ทฤษฎีการจูงใจ เพื่อป้องกันของ Roger (1983 cited in Conner & Norman, 2005)⁴ และทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวของ Schepp (1995)⁵ เพื่อให้ผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงมีความรู้ ความเข้าใจ ตระหนักถึง ความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงของตนในการเกิดโรค หลอดเลือดสมองตลอดจนรับรู้ความเชื่อมั่นใน ผลลัพธ์ของการตอบสนอง และมีความเชื่อมั่นใน ความสามารถของตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง

หน่วยบริการปฐมภูมิจึงมีบทบาทสำคัญ ที่ทำ ให้ผู้ป่วยรับรู้และยอมรับในการเจ็บป่วย การ ตระหนักในโรคที่เป็นด้วยตัวของผู้ป่วยเอง (Creer, 2002)⁶ ที่จะจัดการกับกิจกรรม พฤติกรรม ความสามารถ กลยุทธ์ วิธีการและกระบวนการ ที่ ผู้ป่วยออกแบบด้วยตนเองจนประสบความสำเร็จ ตามเป้าหมาย ในการจัดการตนเองเพื่อให้โรคไม่มีผล ต่อภาวะสุขภาพ การที่ผู้ป่วยเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อ รักษาสุขภาพได้ประกอบด้วยปัจจัย ดังต่อไปนี้คือมี แรงจูงใจดูแลตนเอง (motivation) มีความรู้ความ เข้าใจในโรคของตนเอง (knowledge) มีทักษะใน การดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง (problem solving skill) และมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง (self-efficacy)

ครอบครัวเป็นระบบที่สำคัญที่สุดในการสร้าง เสริมสุขภาพ มีบทบาทโดยตรงในการดูแลส่งเสริม สุขภาพสมาชิกในครอบครัวทั้งในสถานะที่ไม่มีการ เจ็บป่วยและเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น (Schepp, 1995) แม้ในสังคมปัจจุบันบริบทของครอบครัวจะ เปลี่ยนแปลงไป สมาชิกในครอบครัวต้องทำงานนอก บ้าน แต่ความเชื่อและค่านิยมของสังคมไทยเรื่อง บุญคุณ ความกตัญญู และความรับผิดชอบต่อการ เจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวยังคงมีอยู่ ฉะนั้น

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากสมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจ ให้ความรู้ คำแนะนำ การกระตุ้นและการชี้แนะแนวทางในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยรวมทั้งได้ร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ จะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามพฤติกรรมในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลัง การสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มที่ได้สร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัวโดน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ได้เลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่ศึกษาด้วยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 60 คน . ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากรายชื่อผู้ป่วย แบ่งออกเป็น กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัวโดน
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย เช่น โรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจ เป็นต้น หรือโรคที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการวิจัย

3. สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

4. มีผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว 1 คน เป็นบุคคลที่สมาชิกครอบครัวระบุว่ามิพบทาบในการดูแลมากที่สุด สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และยินดีให้ร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ระยะเวลาป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ต่อครอบครัว ผู้ดูแลหลัก ที่มีลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบและแบบเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การรับประทานยาและการมาพบแพทย์ รวมคำถามทั้งหมด 21 ข้อ คำถามที่มีทั้งเชิงบวก 10 ข้อ ได้แก่ 1,2,12,13,14,15,18,19,20,21 และเชิงลบ 11 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย แผนการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว สื่อวีดิทัศน์โปสเตอร์ คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและเรื่องเล่าจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแบ่งการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการและขั้นตอนการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. **ขั้นเตรียมการ** หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้าน

หนองบัวโดน ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา และรายละเอียดในการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนไว้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองบัวโดน

2. ขั้นตอนการทดลอง (6 สัปดาห์)

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเป็นรายบุคคล ดังนี้

วันแรกของสัปดาห์ ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุมและครอบครัว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ระยะเวลา และขั้นตอนดำเนินการวิจัยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุมและครอบครัวเข้าใจ เมื่อชี้แจงรายละเอียดเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

สัปดาห์ที่ 1 ถึง 6 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการพยาบาลตามปกติที่หน่วยงานจัดให้ ได้แก่ การรับการรักษา การติดตามเยี่ยมบ้าน และการให้คำแนะนำต่าง ๆ

วันสุดท้ายของสัปดาห์ ที่ 6 ผู้วิจัยประเมินผลด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นรายบุคคล ดังนี้

วันที่ 1 ของสัปดาห์ ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ที่จะอยู่ด้วยและให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองตลอดระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย เพื่อแนะนำตัวผู้วิจัย ตลอดจนแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายขั้นตอนการดำเนินและระยะเวลาการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและครอบครัวเข้าใจ หลังจากนั้นสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ป่วยความ

ดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและครอบครัวยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองลงลายมือในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองไม่สามารถเขียนหนังสือได้ ทำการพิมพ์ลายนิ้วมือและให้ครอบครัวลงลายมือเพื่อเป็นพยานในการเข้าร่วมการวิจัย (ใช้เวลา 45 – 60 นาที)

ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลทั่วไปจากการใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลจากรายงานประวัติผู้ป่วยและประเมินพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ต่อจากนั้นในวันที่ 2 ของสัปดาห์ ที่ 1 ดำเนินการตามสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยของเชปปี้ (Schepp, 1995)

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเป็นรายบุคคล ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ด้าน คือ 1) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัว และผู้วิจัย 2) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ 3) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลที่เป็นกิจกรรมการพยาบาล และ 4) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติและญาติปฏิบัติ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมด้านการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัว และผู้วิจัยเพื่อเน้นย้ำเกี่ยวกับความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ครอบครัวนำเสนอในสิ่งที่ตนเองได้ปฏิบัติดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยกล่าวชมเชยเมื่อเห็นว่าการปฏิบัติได้เหมาะสม และให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ได้ปฏิบัติหรือปฏิบัติยังไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ซึ่งเนื้อหาในการสนทนามีขอบเขตครอบคลุมเรื่องวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิต

สูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 1) การไชยา 2) การงดสูบบุหรี่ 3) การจัดการกับความเครียด 4) การจัดการกับน้ำหนักตัว 5) การเลิกหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 6) การลดบริโภคเกลือ และ 7) การออกกำลังกาย ซึ่งการสนทนาเป็นไปตามความสนใจของครอบครัวและตามสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองในแต่ละคน

กิจกรรมเรียนรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองจากเรื่องเล่า เส้นทาง การเจ็บป่วยจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วย การใช้ชีวิตประจำวัน การดูแลตนเอง สาเหตุที่ทำให้เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงประสบการณ์นาที่ชีวิตที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การต่อสู้ การปฏิบัติตัวอย่างไรจึงกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างทุกวันนี้

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกครอบครัวในสัปดาห์ ที่ 1 และ 4 ใช้เวลาในการสนทนาแต่ละครั้งประมาณ 45 – 60 นาที

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลกิจวัตรประจำวันโดยครอบครัวเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (ใช้เวลา 45 – 60 นาที)

กิจกรรมที่ 3 การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นในผลดีของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูงอย่างเหมาะสม (ใช้เวลา 30 นาที)

กิจกรรมที่ 4 การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีสถานการณ์เปลี่ยนแปลงซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาของแพทย์หรือแผนการพยาบาล ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยแพทย์และ

ผู้วิจัยเป็นผู้อธิบายรายละเอียด ให้ข้อมูลแก่ครอบครัวจนเข้าใจ แล้วให้ครอบครัวเป็นคนตัดสินใจเลือกการดูแล กิจกรรม ที่ 4 นี้ สามารถปฏิบัติได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับ การเปลี่ยนแปลงและสถานการณ์ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองในแต่ละคน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สถานะ คู่ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 รองลงมาเป็น หม้าย จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.67 ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมา ไม่ได้ประกอบอาชีพ 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 รายได้ส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมา รายได้ 1,000-5,000 บาท จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.67 ความเพียงพอของรายได้ต่อครอบครัว พอเพียง จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ระยะ 6-10 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมา ระยะเวลา 11-15 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67 โรคประจำอื่นส่วนใหญ่มีไขมันในเลือดสูง จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 68.42 รองลงมาคือโรคเบาหวาน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 31.58 ผู้ดูแลหลัก คือ คู่สมรส จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.34 รองลงมาคือ บุตรสาว/บุตรชาย จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.66

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลัง การสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลางเมื่อเข้าร่วมกิจกรรม ผ่านไป 6 สัปดาห์ ค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลัง การสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	Mean	SD	t	df	Sig
ก่อนการทดลอง	32.27	3.54	23.44	29	0.000
หลังการทดลอง	47.00	2.97			

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มที่ได้สร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง)

ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดัน

โลหิตสูงในระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับดี ส่วนกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับ ปานกลาง ดังแสดงในตารางที่2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มที่ได้สร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง)

คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	Mean	SD	t	df	Sig
กลุ่มทดลอง (n=30)	47.00	2.97	15.42	58	0.000
กลุ่มควบคุม (n=30)	34.00	3.53			

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่มมีความใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง อายุ 70 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนกิ่งเมือง⁷ ที่มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.2 อยู่ในวัยสูงอายุ ร้อยละ 66.6

อายุเฉลี่ย 64 ปี ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ระดับการศึกษา จบชั้นประถมศึกษา สถานภาพสมรส คู่ รายได้อยู่ระหว่าง 1,000-10,000 บาท รายได้มีความพอเพียงต่อครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 6-10 ปี มีโรคร่วมคือ โรคไขมันในเลือดสูง และมีผู้ดูแลหลักคือ คู่สมรส

สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการศึกษาของชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁸ ผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 41.7 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือ เป็นภรรยา ร้อยละ 50.0 การมีส่วนร่วมของครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัวจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ทั้งพฤติกรรมการรับประทานยา และการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น จึงควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้⁹

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเมื่อได้เข้าร่วมกิจกรรมครบ 6 สัปดาห์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง¹⁰ระดับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงได้รับความสนใจให้เข้าร่วมกิจกรรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง และขยายผลไปยังผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

ความรู้และคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามโรคประจำตัว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เมื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเข้าร่วมกิจกรรม ผ่านไป 6 สัปดาห์ ค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน¹¹ กลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับโปรแกรมแผนการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวนั้นได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและมีขั้นตอนที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในครั้งนี้มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์ดี ดังนั้นจึงควรเน้นย้ำให้ครอบครัวดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องเพื่อการปฏิบัติตัวอยู่ในเกณฑ์ที่ดีแบบนี้ตลอดไป และควรนำผู้ป่วยกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization: (WSO). Campaign Advocacy Brochures 2017. Retrieved from http://www.worldstrokecampaign.org/images/wsd2017/brochures2017/WSD_brochure_FINA_L_sponsor_.pdf
2. World Health Organization Health statistics and health information systems. Available at (<http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortdata/en/index.html>). Accessed September 26, 2005
3. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. สถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพและการแพทย์ฉุกเฉิน (ระดับโลกและประเทศไทย)ฉบับวันที่ 11 มกราคม 2565 เข้าถึง https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2022/EBook/414764_20220208161448.pdf
4. Roger, P.W.(1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. Journal of Psychology. 91(1), pp. 93-114.

5. Schepp, K.G. (1995). Psychometric assessment of the preferred participation scale for parents of hospitalized children. Doctoral Dissertation, Psychosocial & Community Health Department, School of Nursing, University of Washington.
6. Creer, L.T. (2002). Self- management of chronic illness. Handbook of self-regulation. California: Academic.
7. ประเพ็ญพร ชำนาญพงษ์และลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล. การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนกึ่งเมือง. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559: 4(3), 325-340
8. ปิยนุช ภิญโญ, กิตติภูมิ ภิญโญ, เพชรไสว ลิมตระกูล, สมศักดิ์ เทียมเก่า, จิราพร วรวงศ์, วิฑูรย์ เชื้อสวน, วชิรศักดิ์ อภิพัฒนกุล, ภาวิณี พรหมบุตร, กาญจนา ปัญญาธร และ วนิตา ศรีพรหมษา. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์; 2558: 35(2). พฤษภาคม - สิงหาคม: 93-109
9. จันทรจิรา สีสว่าง, ปุณวิทย์ ทองแดง, พชรรินทร์ เนียมเกิด และ จงจิตร ตัณฑโพธิ์ประสิทธิ์. การมีส่วนร่วมของครอบครัว : กลยุทธ์สนับสนุนการให้ความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. รามาธิบดีพยาบาลสาร; 2565: 28(2). พฤษภาคม - สิงหาคม: 159-169
10. ตติยา ทูมเสน, อัจฉรา คล้ายมี, อภิญญา พาสล และอุไร ชลูนาค. ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาตำบลคลองหก อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย; 2565: 39(2), 24-31
11. พรชัย จุลเมตต์, สมชาย ตริทิพย์สถิตย์, ณวิวรรณ ชื่นชอบ, จิตาภา จุฑาภูวดล และ กนิษฐา ภู่งวง. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้ (เงินอุดหนุนจากรัฐบาล) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 คณะพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา.

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลน้ำโสม

The Development of Nursing Service Practice Guidelines to Promote Self-Management of Patients with COPD Clinic.

(Received: July 29,2023 ; Revised: August 2,2023 ; Accepted: August 5,2023)

หนูกาญจน์ แฟงเมืองคุก¹
Nukan Fangmuangkook¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาล ฯ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ ในทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคระดับรุนแรงน้อยถึงรุนแรงมาก ที่มารับบริการที่ตรวจรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างเดือนมกราคม 2564 - มิถุนายน 2564 จำนวน 15 คน เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกแบบวัดความรู้ และแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองจากการประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการกำเริบเฉียบพลันในอนาคตด้วย COPD Assessment Test (CAT) และหลังเข้ารับบริการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาล ฯ โดยใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากเข้ารับบริการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาล ฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean 3.00 S.D. 0.32 vs Mean 5.65 S.D. 0.67; $p < 0.001$) และมีคะแนนเฉลี่ยสถานะสุขภาพ (COPD Assessment Test Score) มากกว่าก่อนการเข้ารับบริการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาล ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean 20.83 S.D. 3.41 vs Mean 19.33 S.D. 3.73; $p < 0.001$)

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ABSTRACT

This research was research and development by developing a nursing service practice guideline to promote self-management of patients with COPD. COPD Clinic The objective of this study was to develop and study the outcomes of the nursing service practice guideline in patients with chronic obstructive pulmonary disease who met the criteria for a new chronic obstructive pulmonary disease. in a registry of patients with mild to very severe COPD who receive services for treatment at the chronic obstructive pulmonary disease clinic Between January 2021 - June 2021, 15 people. Collecting data from the knowledge test record form and assessment form Data were analyzed by descriptive statistics. The knowledge scores on self-management from the health status assessment of new COPD patients were compared to assess the risk of acute exacerbation in the future with the COPD Assessment Test (CAT) and after receiving nursing services according to the nursing service guidelines using the Paired t-test, with the level of statistical significance set at $p < 0.001$.

The results showed that After receiving nursing services according to the nursing service practice guideline, it was found that the sample group had a statistically significant increase in the mean score of self-management knowledge than before the program (Mean 3.00 S.D. 0.32 vs Mean 5.65 S.D. 0.67; $p < 0.001$) and had a statistically

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลน้ำโสม

significant increase in the mean health status (COPD Assessment Test Score) than before the nursing service according to the nursing service practice guideline (Mean 20.83 S.D. 3.41 vs Mean 19.33 S.D. 3.73; $p < 0.001$)

Keywords: self-management, new COPD patients, COPD Clinic

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary: COPD) เป็นปัญหาสำคัญอีกหนึ่งปัญหาในระบบสาธารณสุขทั่วโลก¹⁻⁴ ในปี พ.ศ. 2557 ทั่วโลกมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่า 3 ล้านคน คิดเป็น 6% จากการเสียชีวิตทั้งหมด และเป็นอันดับสี่ของการเสียชีวิตทั่วโลก(3) ได้มีการคาดการณ์จาก GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease ว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นเป็นอันดับสามของโลกในปี พ.ศ. 2557 สำหรับประเทศไทยจากสถิติกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่าการเสียชีวิตด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้นจากอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 9.7% ต่อแสนประชากร เป็น 13.5 % ต่อแสนประชากร เป็นอัตราที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี จากสถิติดังกล่าวเห็นว่าของมีอัตราการป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญ การดำเนินของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ และรุนแรงมากขึ้นจนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ส่งผลให้เกิดอาการหายใจลำบากซึ่งเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคม⁵ อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดขึ้นเนื่องจากหลอดลมมีอาการอักเสบรุนแรง ทั้งยังเกิดความเปลี่ยนแปลงทางกายภาพภายในปอด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจติดขัด หอบ ไอเรื้อรัง เหนื่อยง่ายมีเสมหะมาก และอาจเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้⁶ จากสถิติพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณร้อยละ 30 จะมีอาการกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 3 เดือน⁷

โรงพยาบาลชุมชนได้มีบริการของทีมนสุขภาพในรูปแบบของ Easy COPD Clinic เป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้การรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวทางการ

วินิจฉัยของ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease⁸ โดยแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ และทีมนสุขภาพด้านต่าง ๆ สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาได้อย่างเป็นระบบ⁹ แต่รูปแบบนี้ยังขาดการดูแลอย่างต่อเนื่องในรายที่มีปัญหาซับซ้อนที่ต้องการการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านและการศึกษาอื่น ๆ¹⁰ จะเห็นว่าส่วนใหญ่จะมุ่งจัดการกับอาการ การดูแลตนเองของผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม แต่มีส่วนน้อยที่จะเน้นที่การบริการของทีมนสุขภาพและการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งรูปแบบการบริการแต่ละอย่างมีจุดเด่น แต่ยังขาดความครอบคลุมในเชิงของการบริการแบบผสมผสานที่ให้บริการตั้งแต่ต้นจนถึงให้เกิดความต่อเนื่อง อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาในเรื่องของการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ทำให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง และด้วยพยาธิสภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยจะมีการดำเนินของโรคอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต¹¹

จากการทบทวนวรรณกรรม¹¹ พบว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพและการใช้แนวคิดการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยทีมนสหวิชาชีพสามารถลดอัตราการ re-admit เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้ ดังนั้น การวิจัยนี้จึงศึกษาประสิทธิภาพของระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Easy COPD Clinic⁹ ในการให้บริการผู้ป่วยและในรายที่มีปัญหาซับซ้อนจะมีการส่งต่อไปยังการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านเพื่อการจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ เช่น สิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่า เป็นระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชน ได้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวง

สาธารณสุข¹³ ที่เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบครบวงจรภายใต้ชื่อ "คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจร" ในโรงพยาบาลทั่วประเทศ เพื่อช่วยคนไข้เข้าถึงการดูแลที่มีประสิทธิภาพและจะต้องมีการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนอันจะทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹⁴ สามารถลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจและลดอาการหายใจลำบากได้¹⁵ การจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความซับซ้อนและท้าทาย¹⁶ ต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม การรับรู้อาการกำเริบและการเข้ารับการรักษาในช่วงต้นที่มีอาการกำเริบ การได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ประจำปี จัดการกับอาการหอบหืด รวมถึงการจัดการความเครียด ผักเทคนิคการผ่อนคลาย การออกกำลังกายเป็นประจำเพื่อรักษาความสามารถในการทำงานของปอด การขับเสมหะอย่างถูกวิธี การเลิกสูบบุหรี่และการเลือกรับประทานอาหารอาหาร เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างมั่นใจ^{17,18} การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self-Management Support) จึงเป็นการจัดบริการที่ช่วยเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วย ให้มีบทบาทในการจัดการสุขภาพและดูแลสุขภาพของพวกเขาได้ด้วยตนเอง

สถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลน้ำโสม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ปี พ.ศ. 2561 - 2563 มีจำนวนผู้ป่วย 173 ราย 195 ราย และ 237 ราย มีจำนวนการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (exacerbation) จำนวน 44 ราย/195 ครั้ง, 46 ราย/161 ครั้ง และ 35 ราย/114 ครั้ง ตามลำดับ โดย

จำนวนสูงสุดของการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน 1 ราย/23 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2561 ซึ่งการดูแลรักษาพยาบาลที่ผ่านมา พบว่า มุ่งการตรวจและรักษามีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอย่างจำกัดเฉพาะในโรงพยาบาล ทำให้การแนะนำการดูแลแก่ผู้ป่วยแต่ละรายไม่เหมาะสม ขาดการส่งเสริมผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเอง ด้านผู้ป่วยเมื่อกลับไปบ้านใช้ยาพ่นไม่ถูกต้อง การฟื้นฟูสมรรถภาพการหายใจไม่ต่อเนื่อง กลัวการออกกำลังกาย ยังไม่สามารถลดเลิกบุหรี่ได้ ปัญหาการเข้าถึงบริการจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ต้องผัดผ่อน บ่อย ไม่สามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้อาการรุนแรงขึ้น และปัญหาการขาดทรัพยากรที่ต้องใช้ดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน เช่น ออกซิเจนปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ต่างเป็นตัวเสริมให้มีอาการหอบกำเริบขึ้น มีการกลับเข้ารับรักษาซ้ำที่โรงพยาบาลบ่อย

เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างมั่นใจ^{17,18} ทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาล ส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self-Management Support) จึงเป็นการจัดบริการที่ช่วยเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วย ให้มีบทบาทในการจัดการสุขภาพและดูแลสุขภาพของพวกเขาได้ด้วยตนเอง โดยมีการวางแผนการดำเนินการ การกำหนดเป้าหมาย การแก้ไขปัญหา และการติดตามผล ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ การกำหนดเป้าหมายร่วมกับทีมผู้ให้บริการ¹⁹ เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในการหาวิธีการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดระดับความรุนแรงของโรคและลดการกลับมารักษาซ้ำต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่

2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่

สมมติฐาน

แนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ที่พัฒนาขึ้น หลังนำไปทดลองใช้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ มีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองสูงกว่าก่อนใช้แนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาล ฯ

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกราย ในทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคระดับรุนแรงน้อยถึงรุนแรงมาก ที่มารับบริการที่ตรวจรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม ระหว่างเดือนมกราคม 2564 - มิถุนายน 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ที่มารับบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 30 มิถุนายน 2564

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 30 มิถุนายน 2564

กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณตารางขนาดตัวอย่างจากค่าอิทธิพลของค่าเฉลี่ย 1กลุ่ม ความเชื่อมั่นที่ $\alpha=0.05$ ขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ $power=0.80$ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 16

คน เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการวิจัยทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 15 คน

คุณสมบัติที่คัดเข้าศึกษา (inclusion criteria)
ได้แก่

1. เพศชาย และหญิง ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป
2. อ่านออก เขียนได้และสื่อสารได้อย่างเข้าใจ
3. เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกราย ในทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคระดับรุนแรงน้อยถึงรุนแรงมาก ที่มารับบริการที่ตรวจรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม ระหว่างเดือนมกราคม 2564 - มิถุนายน 2564

4. มีค่าผลการตรวจสมรรถภาพปอด $FEV1/FVC < 70\%$ Post bronchodilator

5. ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจนเสร็จสิ้นการวิจัย

คุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามรูปแบบ/ ขอดออกจากการศึกษา/ ย้ายภูมิลำเนา
2. มีภาวะแทรกซ้อนหรือผู้ป่วยเสียชีวิต

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยที่พัฒนา
วิเคราะห์ปัญหา ความต้องการในการออกแบบแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม ตามแนวคิดการจัดการตนเอง 4 ระยะของ Riegel, Carlson & Glaser²⁰ โดยรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรมและนำมาพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีแบบแผน โดยได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยมีการจัดประชุมเพื่อสื่อสารทำความเข้าใจและฝึกทักษะพยาบาลวิชาชีพทุกคนในการใช้แนวทางปฏิบัติการ

บริการพยาบาล เช่น ทักษะและเทคนิคการสอน การให้คำปรึกษาการฝึกปฏิบัติ²¹ โดยพยาบาลวิชาชีพทุกคนต้องผ่านการฝึกทักษะก่อนที่จะนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว สิทธิบัตรในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ 10 คะแนน โดยเนื้อหาของข้อคำถามเกี่ยวกับการจัดการอาการหายใจลำบากระยะฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม การหลีกเลี่ยงจากปัจจัยกระตุ้นการเกิดอาการและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก การรับประทานยาตามแผนการรักษาและการมาพบแพทย์ตามนัด การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกาย การใช้เทคนิคการสงวนพลังงาน การผ่อนคลายทางด้านร่างกายและอารมณ์ การปรับปรุงภาวะโภชนาการ และการได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันไข้หวัดใหญ่

3. ประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดย COPD Assessment Test (CAT)²² ฉบับภาษาไทย จำนวน 8 ข้อ แต่ละข้อมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 5 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 40 คะแนนมากที่สุด หมายถึง สภาวะสุขภาพผู้ป่วยดีที่สุด คะแนนน้อยที่สุด หมายถึง สภาวะสุขภาพผู้ป่วยแย่ที่สุด

การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบเนื้อหาสาระความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อความและความครอบคลุมของแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการ

จัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดย COPD Assessment Test (CAT)²² ฉบับภาษาไทย ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CV) เท่ากับ 0.76, 0.87 และ 0.93 ตามลำดับ จากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงก่อนนำไปทดลองและหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability) โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.86, 0.78 และ 0.69 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองและประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วย COPD Assessment Test (CAT) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมถึงให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริงผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่ม ตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาการรูปแบบการบริการพยาบาลคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยศึกษาข้อมูลก่อนการพัฒนารวบรวมข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่

1. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษารับบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม ตั้งแต่ตุลาคม พ.ศ.2562 ถึงกันยายน พ.ศ.2563 จำนวน 282 ฉบับ เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริการพยาบาลคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง บันทึกข้อมูลลงแบบบันทึกคุณภาพบริการและสรุปตามรายการตัวชี้วัด ระหว่างวันที่ 1-15 กันยายน พ.ศ.2563

2. สันทนา กลุ่มบุคคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักวิชาการในคลินิกดุษฎี 1 คน รวมทั้งสิ้น 7 คน จำนวน 1 ครั้ง ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 ในประเด็นการค้นหาปัญหาการดำเนินงานที่ผ่านมาและแนวทางการแก้ไข และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3. ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาใช้บริการเป็นผู้ป่วยในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม ในช่วงเดือนกันยายน ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2563 จำนวน 30 คน โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในขั้นตอนที่ 1 มากำหนดรูปแบบโครงสร้างการทำงานและสะท้อนในเวทีการประชุมรายเดือนกลุ่มงานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาลและบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในเดือนมกราคม พ.ศ.2564 ส่งประเมินรูปแบบเบื้องต้นจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ตามบริบทและทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 10 ราย ปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และนำผลเข้าสู่ที่ประชุมทีมที่เกี่ยวข้อง ทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อหาข้อตกลงร่วมกันอีกครั้งในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้แนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยนำไปใช้ในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม สู่การปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการนำแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลการวิจัย

ผลการศึกษารั้งนี้การศึกษาการพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รายใหม่ 2) พัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ 3) การทดลองใช้แนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ และ 4) ประเมินผลการนำแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ไปใช้ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาการรูปแบบการบริการพยาบาลคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รายใหม่โดยศึกษาข้อมูลก่อนการพัฒนารวบรวมข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่

1. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษารับบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม ตั้งแต่ตุลาคม พ.ศ.2562 ถึงกันยายน พ.ศ.2563 จำนวน 282 ฉบับ เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริการพยาบาลคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง บันทึกข้อมูลลงแบบบันทึกคุณภาพบริการและสรุปตามรายการตัวชี้วัด ระหว่างวันที่ 1-15 กันยายน พ.ศ. 2563 พบว่า มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาศึกษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ปี พ.ศ. 2561 - 2563 มีจำนวนผู้ป่วย 68 ราย 67

ราย และ 78 ราย มีจำนวนการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (exacerbation) จำนวน 21 ราย/56 ครั้ง, 25 ราย/78 ครั้ง และ 31 ราย/96 ครั้ง ตามลำดับ โดยจำนวนสูงสุดของการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน 1 ราย/18 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2561

2. สทนากลุ่มบุคคลากรทางการแพทย์ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักวิชาการในคลินิกดุษฎี 1 คน รวมทั้งสิ้น 7 คน จำนวน 1 ครั้งในเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 ในประเด็นการค้นหาปัญหาการดำเนินงานที่ผ่านมาและแนวทางการแก้ไขและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การดูแลรักษาพยาบาลที่ผ่านมา มุ่งการตรวจและรักษา มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอย่างจำกัดเฉพาะในโรงพยาบาล ทำให้การแนะนำการดูแลแก่ผู้ป่วยแต่ละรายไม่เหมาะสม ขาดการส่งเสริมผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเอง ด้านผู้ป่วยเมื่อกลับไปบ้านใช้ยาพ่นไม่ถูกต้อง การฟื้นฟูสมรรถภาพการหายใจไม่ต่อเนื่อง กลัวการออกกำลังกาย ยังไม่สามารถลดเลิกบุหรี่ได้ ปัญหาการเข้าถึงบริการจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ต้องผัดผ่อนบ่น ไม่สามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้อาการรุนแรงขึ้น และปัญหาการขาดทรัพยากรที่ต้องใช้ดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน เช่น ออกซิเจนปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ต่างเป็นตัวเสริมให้มีอาการหอบกำเริบขึ้นมีการกลับเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลบ่อย

3. ประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลน้ำโสม ในช่วงเดือนกันยายน ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2563 จำนวน 30 คน โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รายใหม่พบว่า ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเมื่อกลับไปบ้านปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ใช้ยาพ่นไม่ถูกต้อง ทำการฟื้นฟูสมรรถภาพการหายใจไม่ต่อเนื่อง กลัวการออกกำลังกาย ไม่สามารถลด เลิก บุหรี่ได้อย่างจริงจัง ไม่สามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้อาการรุนแรง

ขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหอบกำเริบและอาการทรุดลงต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลบ่อย

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในขั้นตอนที่ 1 มากำหนดรูปแบบโครงสร้าง การทำงานและสะท้อนในเวทีการประชุมรายเดือนกลุ่มงานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาลและบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในเดือนมกราคม พ.ศ.2564 ส่งประเมินรูปแบบเบื้องต้นจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ตามบริบทและทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 10 ราย ปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมยิ่งขึ้นและนำผลเข้าสู่ที่ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อหาข้อตกลงร่วมกันอีกครั้งในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้แนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ โดยนำไปใช้ในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม สู่การปฏิบัติ โดยมีการจัดประชุมเพื่อสื่อสารทำความเข้าใจและฝึกทักษะพยาบาลวิชาชีพทุกคนในการใช้แนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาล เช่น ทักษะและเทคนิคการสอน การให้คำปรึกษาการฝึกปฏิบัติ²¹ โดยพยาบาลวิชาชีพทุกคนต้องผ่านการฝึกทักษะก่อนที่จะนำไปใช้จริง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 การเตรียมความพร้อมในการจัดการตนเองและการประเมินตนเอง (ระยะเวลา 30 -45 นาที) ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1. กิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพ
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. หลักการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม
5. การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง
6. ฝึกการใช้เครื่องมือประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม

ครั้งที่ 2 การเลือกกลวิธีการแก้ไขการจัดการตนเองและการประเมินผล (ระยะเวลา 30-45 นาที) ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1. ฝึกทักษะเกี่ยวกับการจัดการอาการหายใจลำบากระยะฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายการผ่อนคลายทางด้านร่างกายและอารมณ์

2. ฝึกวิธีการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมหลังจากลงมือปฏิบัติกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการนำแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 96.8 อายุเฉลี่ย 63.5 ± 9.6 ปี สถานภาพสมรสร้อยละ 96.8 ส่วนใหญ่ร้อยละ 60 จบชั้นป4-ป6 ประกอบอาชีพทำสวนร้อยละ 65 ระดับความรุนแรงของโรคในปัจจุบันอยู่ในระดับ 2 ร้อยละ 50 และระดับ 3 ร้อยละ 50 ประวัติการสูบบุหรี่ในอดีตส่วนใหญ่ร้อยละ

96.8 เคยสูบบุหรี่ ระยะเวลาในการสูบบุหรี่ 22.5 ± 11.2 ปี จำนวนการสูบบุหรี่ 23.2 ± 14.1 มวน/วัน ส่วนการสูบบุหรี่ในปัจจุบันส่วนใหญ่ร้อยละ 89.5 เลิกสูบบุหรี่แล้ว ระยะเวลาในการเลิกสูบบุหรี่ 15.2 ± 11.3 ปี

ผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนเข้ารับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เฉลี่ย 3.00 ± 0.32 คะแนน คะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรมเฉลี่ย 5.65 ± 0.67 คะแนน ซึ่งคะแนนความรู้หลังเข้ารับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาล ฯ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้ารับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาล ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองระหว่างก่อนและหลังการเข้ารับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาล ฯ (n=20)

คะแนนความรู้	Mean	S.D.	t	df	sig
ก่อนเข้าโปรแกรม	3.00	0.32	-15.904	19	.000*
หลังเข้าโปรแกรม	5.65	0.67			

* $p < 0.001$

การประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วย COPD Assessment Test (CAT) ก่อนเข้ารับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาล ฯ มีคะแนนเฉลี่ย 20.83 ± 3.41 และประเมินหลังจากเข้ารับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการ

พยาบาล ฯ 3 เดือน พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็น 19.33 ± 3.73 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองระหว่างก่อนและหลังจากเข้ารับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาล ฯ 3 เดือน (n=20)

CAT Score	Mean	S.D.	t	df	sig
ก่อนเข้าโปรแกรม	20.83	3.41	14.577	20	.000*
หลังเข้าโปรแกรม	19.33	3.73			

* $p < 0.001$

สรุปและอภิปรายผล

แนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยประยุกต์ใช้แนวทางการจัดการตนเองของ Riegel และคณะ²⁰ โดยรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์นำมาพัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาล ฯ อย่างมีแบบแผน มีเนื้อหาที่ครอบคลุมโดยเน้นให้ผู้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการจัดการสุขภาพของตนเอง ได้แก่ การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง¹⁴ การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก²³ การไออย่างมีประสิทธิภาพ²⁴ การออกกำลังกาย²⁴ การเลือกรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการที่เหมาะสม²⁴ การผ่อนคลายทางด้านร่างกายและอารมณ์²⁴ การรับประทานยาตามแผนการรักษา และการมาพบแพทย์ตามนัด ซึ่งผลการเข้ารับบริการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาล ฯ มีส่วนสำคัญในการพัฒนาความรู้ ส่งเสริมการปฏิบัติตนที่ดีขึ้น และส่งผลให้สถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้นด้วย ซึ่งจะช่วยป้องกันและลดอาการกำเริบและการเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าการกำหนดกลยุทธ์ให้ผู้ผู้ป่วยมีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และช่วยให้อาการหายใจลำบากลดลง¹⁵

แนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาล ฯ ที่พัฒนาขึ้นเน้นเนื้อหาที่ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และเข้าใจ

ได้ง่ายและเน้นการฝึกทักษะที่สำคัญ เช่น ฝึกการใช้เครื่องมือประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมฝึกทักษะการจัดการอาการหายใจลำบากระยะฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกาย การผ่อนคลายทางด้านร่างกายและอารมณ์ ฝึกวิธีการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม หลังจากลงมือปฏิบัติกิจกรรมว่าอาการหายใจลำบากดีขึ้นหรือไม่ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่สำคัญและต้องส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น¹⁵ นอกจากนี้การสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจและการฝึกทักษะพยาบาลวิชาชีพในการใช้โปรแกรมโดยเน้น ทักษะและเทคนิคการสอน การให้คำปรึกษา การฝึกการปฏิบัติแก่ผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลวิชาชีพทุกคนต้องผ่านการฝึกทักษะก่อนที่จะนำไปปฏิบัติจริงทำให้แนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาล ฯ มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรนำผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้นำไปให้ผู้บริหารรับทราบข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม ในพื้นที่ต่อไป นำผลการวิจัยที่ได้รับไปเผยแพร่เพื่อสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่ใกล้เคียงได้ต่อไป และควรศึกษาความสัมพันธ์ด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

- 1.Barbara W, Joseph D, Terry S, Cecily D. Pharmacotherapy handbook. 9th ed. New York]: McGraw-Hill Education; 2014.
- 2.World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [Internet]. [cited 2022 Apr 18]. Available from: <http://www.emro.who.int/health-topics/chronic-obstructive-pulmonary-disease-copd/index.html>

3. Mathers CDD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med. 2006 ;3(11) : e442.
4. Service Plan COPD. Guideline for the management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Phayao: Phayao Provincial Public Health Office in collaboration with Phayao Hospital; 2020.
5. Wangsom A. Dyspnea management in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing 2016; 27: 2-12.
6. Setanunt P. Nursing in Acute Attacked Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Patients : A Case study on Kudchum Hospital Yasothon province. Yasothon Medical Journals 2013; 15: 114-22.
7. Disler RT, Gallagher RD, Davidson PM. Factors influencing self-management in chronic obstructive pulmonary disease: an integrative review. Int J Nurse Stud 2012; 49: 230-42.
8. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Updated 2008. <http://www.goldcopd.com/> Accessed Jan 11, 2022; 2006.
9. วัชรานุกูลสวัสดิ์. เอกสารการประชุม Easy COPD Clinic Workshop. วันที่ 16 มีนาคม 2554 ; ณ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์; 2554.
10. กรวรรณ จันทพิมพ์. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลต่อสมรรถนะทางกายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2550.
11. ชัยเวช นุชประยูร. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ยุตินดี พับลิเคชั่น; 2542.
12. นันทพร พิษะยะ. ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] ชลบุรี มหาวิทยาลัยบูรพา; 2546.
13. ไพจิตร วราชิต. พบ 5 โรคเรื้อรังคุกคามคนไทย. เอนเทอร์เน็ต/ 2553 เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2563] เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaihealth.or.th>
14. Lenferink A, Brusse-Keizer M, van der Valk PD, Frith PA, Zwerink M, Monninkhof EM, et al. Self-management interventions including action plans for exacerbations versus usual care in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev 2017; 8: Cd011682.
15. Zwerink M, Brusse-Keizer M, van der Valk PD, Zielhuis GA, Monninkhof EM, van der Palen J, et al. Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev 2014: Cd002990.
16. Disler RT, Gallagher RD, Davidson PM. Factors influencing self-management in chronic obstructive pulmonary disease: an integrative review. Int J Nurs Stud 2012; 49: 230-42.
17. Bourbeau J, van der Palen J. Promoting effective self-management programmes to improve COPD. Eur Respir J 2009; 33: 461-3.

18. Effing T, Monninkhof EM, van der Valk PD, van der Palen J, van Herwaarden CL, Partidge MR, et al. Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; Cd002990.
19. Thangkratok P. The Role of the Nurse in the Chronic Disease Management. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2017; 37: 154-9.
20. Riegel B, Carlson B, Glaser D. Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. *Heart Lung* 2000; 29: 4-15.
21. Williams MT, Effing TW, Paquet C, Gibbs CA, Lewthwaite H, Li LSK, et al. Counseling for health behavior change in people with COPD: systematic review. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2017; 12: 2165-78.
22. Pothirat C, Kiatboonsri S, Chuchottaworn C. Validation of the new COPD assessment test translated into Thai in patients.
23. Cabral LF, D'Elia Tda C, Marins Dde S, Zin WA, Guimaraes FS. Pursed lip breathing improves exercise tolerance in COPD: a randomized crossover study. *Eur J Phys Rehabil Med* 2015; 51: 79-88.
24. Khoshkesht S, Zakerimoghadam M, Ghiyasvandian S, Kazemnejad A, Hashemian M. The effect of home-based pulmonary rehabilitation on self-efficacy in chronic obstructive pulmonary disease patients. *J Pak Med Assoc* 2015; 65: 1041-6.

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน The Development of Caring Guideline for Pulmonary Tuberculosis Patients by Family and Community Involvement

(Received: July 30,2023 ; Revised: August 9,2023 ; Accepted: August 13,2023)

กำทร ดานา¹ แจ่มจันทร์ เทตสิงห์¹

Kamthorn Dana¹ Chaemchan Thessingha¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลและศึกษาผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน มี 4 ระยะ คือ 1) การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน 2) การพัฒนาแนวทางการดูแล 3) การนำแนวทางการดูแลไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล และ 4) การประเมิน ปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพของแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ดำเนินการระหว่าง พฤษภาคม 2565 – เมษายน 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติเชิงพรรณนาและ สถิติ McNemar test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนมีความเครียด วิตกกังวล เบื่ออาหาร ไข้ไม่ต่อเนื่อง ผู้ดูแลในครอบครัวคิดว่าวัณโรคเป็นโรคที่น่ารังเกียจถูกตีตราจากสังคม อสม. มีความกังวลเกี่ยวกับการติดตามดูแลและกังวลเกี่ยวกับการระบาดในหมู่บ้าน ทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้านและติดตามไม่ต่อเนื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด คือ 1) พยาบาลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว 2) จัดทำแผนการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หลังดำเนินการดูแลตามแนวทาง ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลง และผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคและปฏิบัติทักษะการดูแลดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยวัณโรคปอด, แนวทางการดูแล, การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

Abstract

The purpose of this participatory action research was to developed and studied the results a caring guideline of the pulmonary tuberculosis (TB) patients by family and community involvement. The research was employed into fours stage during May 2022- April 2023 by; 1) to study the situation of caring for pulmonary tuberculosis patients in the community, 2) Develop of care guidelines, 3) weaving care guidelines into practice; and 4) evaluating, improving, and confirming the quality of care guidelines for tuberculosis patients. The data were collected by using in-depth interview, focus group discussion, and questionnaire. Data were analyzed using content analysis and descriptive statistics and McNemar test.

The study results showed that TB patients suffer from stress, anorexia, inconsistent medication taking. Family caregivers recognize that TB is a sickening, stigmatized disease, the village health volunteers are concerned about treatment and epidemic situation in the community, and the multidisciplinary team is insufficient home visits and ongoing follow-up. The caring guidelines for TB patients consisted of performing the roles of nurse and stakeholder and preparing a follow-up plan for patients at home. After using the guideline, it was found that the TB patients had a decrease in anxiety and depression, and family caregivers improved their knowledge of the disease and caring skills with statistical significance at .05 level ($p < 0.001$).

Keywords: Pulmonary tuberculosis patients, Care guideline, Family and community participation

¹ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทนำ

วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis; TB) เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่ระบาดทุกภูมิภาคทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้รายงานในปี 2021 มีผู้ป่วยวัณโรคปอดทั่วโลกประมาณ 10.6 ล้านคน ซึ่งเพิ่มจากปี 2020 ที่มีจำนวน 10.1 ล้านคน โดยในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคปอดประมาณ 1.6 ล้านคน และนอกจากนี้ยังพบอัตราอุบัติการณ์ของการป่วยด้วยโรควัณโรคปอดที่เพิ่มขึ้นในปี 2021 จากปี 2020 อยู่ที่ ร้อยละ 3.6⁽¹⁾ จากสถานการณ์ดังกล่าวยังถือว่าผลการดำเนินการควบคุมหรือหยุดการแพร่ระบาดของวัณโรคยังห่างไกลจากเป้าหมายที่สมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly) ได้มีมติรับรองการลดอุบัติการณ์ของวัณโรคให้ได้ ร้อยละ 80 ภายในปี 2030 ตามเป้าหมายที่ 3 ของการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ⁽¹⁾ ที่สำคัญระหว่างปี 2020-2021 พบว่าผู้ป่วยวัณโรคเกิดภาวะดื้อยา (Multidrug resistant; MDR) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 3 อีกด้วย

ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมาการจัดบริการที่สำคัญๆหลายอย่างในการรักษาและดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยเฉพาะในระดับชุมชนยังไม่ได้จัดบริการตามแนวทางที่เป็นมาตรฐานเท่าที่ควร เนื่องจากข้อจำกัดหลายอย่าง จึงส่งผลให้สถิติการวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ลดลงจาก 7.1 ล้านคนในปี 2019 เป็น 5.8 ล้านคน ในปี 2020⁽¹⁾ จากสถิติการลดลงของตัวเลขนี้เมื่อเทียบกับช่วงก่อนการระบาดของโควิด-19 บ่งชี้ว่าผู้ป่วยวัณโรคไม่ได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษาอย่างทั่วถึง

กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ถือว่ามีความไวต่อการติดเชื้อวัณโรคและมีความเสี่ยงสูงที่เชื้อวัณโรคแฝงจะกลับมาส่งผลต่อร่างกายอีกครั้ง⁽²⁾ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าประชากรกลุ่มวัยสูงอายุถือเป็นแหล่งสะสมเชื้อวัณโรคขนาดใหญ่ด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุ

เป็นกลุ่มที่มีอัตราการตรวจพบเสมหะบวกต่ำ ทำให้การวินิจฉัยทำได้ยากและมีแนวโน้มที่จะทำให้ได้รับการวินิจฉัยที่ล่าช้า นอกจากนี้กลุ่มวัยสูงอายุเนื่องจากมีภูมิคุ้มกันลดลง มีการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค และมีแนวโน้มจากการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาวัณโรคเพิ่มขึ้น มักส่งผลให้ผลการรักษาไม่ได้ตามวัตถุประสงค์และอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นด้วย⁽³⁾ ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาการดูแลรักษาและการติดตามผู้ป่วยในกลุ่มวัยนี้จึงมีความสำคัญและจำเป็นต้องได้รับการเอาใจใส่มากขึ้น

ในประเทศไทยโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่เป็นหน่วยบริการด่านหน้าในการต่อสู้กับการระบาดของวัณโรคในชุมชน ที่ผ่านมาผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ประสบความสำเร็จในการรักษา คิดเป็น 21.67/100 คนต่อปี ในบรรดาผู้ป่วยเหล่านี้มีปัจจัยเสี่ยงของการรักษาวัณโรคไม่ประสบผลสำเร็จ เช่น การว่างงาน (AHR 3.12, 95%CI 1.41–6.86), การติดเชื้อ HIV ร่วม (AHR 2.85, 95%CI 1.25–6.46), มีประวัติการติดเชื้อก่อนหน้านี้ (AHR 2.00, 95%CI 1.04–3.81), เสมหะ AFB เป็นบวกเมื่อสิ้นสุดระยะเร่งรัด (AHR 5.66, 95%CI 2.33–13.74) และไม่ได้ดำเนินการตรวจ AFB เมื่อสิ้นสุดระยะเร่งรัด (AHR 18.40, 95%CI 9.85–34.35)⁽⁴⁾ และยังมีความท้าทายหลายอย่างที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน เช่น การรับรู้และผู้ป่วยไม่มีความรู้ที่ดีสำหรับวัณโรค สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ต่ำ⁽⁵⁾ และการจัดการรายกรณีและผู้ให้บริการที่ไม่ใช่แพทย์⁽⁶⁾ ในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าหมากคำ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม พบผู้ป่วยวัณโรคปอดจากปี 2561-2565 คือ 6, 9, 5, 11 และ 12 ราย ตามลำดับ และที่สำคัญผู้ป่วยที่รักษาครบตามกระบวนการเพียงร้อยละ 43.2, 55.7, 44.6, 33.5 และ 46.1 เท่านั้นจากการสังเกตและสัมภาษณ์ในการปฏิบัติงานผู้ป่วย

บางรายไม่ยอมเปิดเผยรู้สึกเหมือนตัวเองเป็นที่จับจ้องในชุมชน บางรายรับประทานยาไปสักระยะมีปัญหาเบื่ออาหารเหนื่อยอ่อนเพลียจึงไม่รับประทานยาและเข้ารับการรักษาต่อ สมาชิกในครอบครัวบางรายรู้สึกวิตกกังวลและเครียด ซึ่งถือเป็นประเด็นที่เจ้าหน้าที่และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญและจัดการกับประเด็นปัญหาเหล่านี้

การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชน โดยการดึงศักยภาพของสมาชิกในครอบครัวและสมาชิกในชุมชนได้เข้ามาร่วมวางแผนและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพสำหรับการจัดการ การป้องกันและควบคุมโรคต่างๆในชุมชนได้ดี เนื่องจากการใช้แหล่งประโยชน์จากตัวบุคคล ครอบครัวและเครือญาติในการดูแลซึ่งกันและกันในชุมชน⁽⁷⁾ และจากการทบทวนวรรณกรรมหลายชิ้นชี้ให้เห็นว่าผลจากการเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยโรคที่บ้านส่งผลต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา Mohan⁽⁸⁾ ได้ฝึกอบรมบุคลากรสำหรับการเยี่ยมบ้านในช่วงระยะเวลา 6 เดือนของการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยโรคที่ไม่มาตามนัดกลับมารักษาสูงถึง ร้อยละ 96.3 และมีอัตราความสำเร็จในการรักษาสูงถึง ร้อยละ 94.2 และ Pradipta⁽⁹⁾ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การส่งข้อความสั้นๆเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วย (RR 1.00; 95%CI 0.96-1.04) การควบคุมการรับประทานยาโดยครอบครัว (RR 1.96; 95%CI 0.98-1.15) การส่งข้อความสั้นๆร่วมกับการสอนในเนื้อหาที่จำเป็น (RR 1.11; 95%CI 1.04-1.18) ส่งผลให้ผู้ป่วยรักษาครบตามเกณฑ์ และการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครที่ผ่านการฝึก ร่วมกับการกำกับกำกับการรับประทานยา (RR 1.2; 95%CI 1.14-1.33) การให้คำปรึกษาแบบเสริมแรง (RR 1.18; 95%CI 1.03-1.34) ส่งผลให้ผู้ป่วยรักษาหายขาดจากโรคได้ ซึ่งหากผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวรับรู้โรคที่ถูกต้องเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยและสามารถปฏิบัติตัว

ตามแผนการรักษาได้อย่างดี มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อและระบบการสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งสนับสนุนให้การดูแลโรคในชุมชนได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลปฏิบัติงานกับผู้ป่วยครอบครัวและชุมชน จึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคที่บ้าน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างต่อเนื่องและเกิดการดูแลที่มีคุณภาพ สามารถใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลและศึกษาผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการ 4 ระยะ ระหว่าง เดือน พฤษภาคม 2565 – เมษายน 2566 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าหมากคำ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

ระยะที่ 1 การประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรค

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยโรคปอด จำนวน 14 คน คัดเลือกตามเกณฑ์ คือ (1) มีผลเสมหะบวกหรือเอกซเรย์ปอดผิดปกติ (2) รักษาด้วยระบบยาระยะสั้นช่วง 8 สัปดาห์แรก (3) ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือปัญหาการสื่อสาร และ (4) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และคัดเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ออกจากกระบวนการศึกษา

2. ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการดูแลคัดเลือกแบบเจาะจง คือ สมาชิกผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว จำนวน 14 คน, ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 25

คน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 30 คนและผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม มีรายละเอียด ดังนี้

สัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว ด้าน ปัญหา ความต้องการและกิจกรรมการดูแลที่บ้าน

สนทนากลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาในชุมชน จำนวน 2 ครั้ง ในประเด็นปัญหาการระบาดของวัณโรคในชุมชน ความต้องการการดูแล การปฏิบัติตาม บทบาทหน้าที่ ปัญหาอุปสรรคในการทำงานและสิ่งที่ต้องการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมจากชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย วัณโรคในชุมชน ประกอบด้วย

เป็นกิจกรรมที่ร่วมกันสะท้อนคิดของผู้ดูแลใน ครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลและการวางแผนการ ปฏิบัติบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ที่บ้าน ปัญหาและความต้องการในการดูแล และการ รวบรวมแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่บ้าน

ดำเนินการนำร่างแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ที่บ้าน ขอความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ นำมา ปรับปรุงก่อนนำไปปฏิบัติจริงในพื้นที่

ระยะที่ 3 การนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล เป็นระยะการลง มือปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดตามแนวทางที่ พัฒนาขึ้นและการประเมินผล มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 28 คน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน จำนวน 40 คน

เครื่องมือ ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ สมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและระยะเวลาที่เป็นผู้ดูแล

2) แบบสอบถามความรู้และการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม 15 ข้อ คำถาม โดยตอบถูก = 1 คะแนน, ผิด = 0 คะแนน แปลผลโดย คะแนนสูงหมายถึงมีความรู้ในระดับสูง คะแนน $\geq 80\%$ หมายถึงมีความรู้ในระดับสูง ทดสอบ คุณภาพโดย KR20 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.79

3) แบบวัดความกังวลและซึมเศร้า ผู้วิจัย ประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรม⁽¹⁰⁾ ความกังวล มี 7 ข้อคำถาม 0-ไม่มีอาการเลย จึงถึง 3-เกิดขึ้น เกือบทุกวัน คะแนนเต็ม 21 คะแนน และภาวะ ซึมเศร้า มี 9 ข้อ ให้คะแนนตั้งแต่ 0-21 คะแนน ทั้ง ความกังวลและซึมเศร้าแปลผลโดยถ้าได้ >11 คะแนน หมายถึงมีความกังวลและซึมเศร้า

4) แบบประเมินทักษะการปฏิบัติบทบาทการ ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้วิจัยประยุกต์จากการทบทวน วรรณกรรม⁽¹¹⁾ คือการดูแลร่างกาย จิตใจ สังคมและ สิ่งแวดล้อม มี 14 ข้อคำถาม ให้คะแนนแบบ Likert scale จาก 1-5 (ไม่ปฏิบัติเลย-ปฏิบัติเป็นประจำ) คะแนน $\geq 70\%$ หมายถึงมีทักษะในการดูแลระดับสูง ทดสอบคุณภาพ KR20 ได้ความตรง 0.91 ความ เชื่อมั่น 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดย ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ โดยทำหนังสือขอความ ยินยอมกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และให้ การยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยเก็บรวบรวม ประเด็นความรู้ ความกังวลและซึมเศร้า และทักษะ การปฏิบัติบทบาทการดูแลเก็บข้อมูลก่อนและหลัง การพัฒนา

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน McNemar test เปรียบเทียบ ความรู้ ความกังวลและซึมเศร้า และทักษะการปฏิบัติ บทบาทการดูแล ก่อนและหลังดำเนินการ

ระยะที่ 4 การประเมิน ปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพของแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเพื่อนำไปใช้ได้จริงอย่างต่อเนื่อง

โดยการสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแลในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นความคิดเห็นต่อแนวทาง ความสะดวกในการนำไปใช้ การใช้ได้จริงในครอบครัวและในพื้นที่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ยึดหลักการเคารพและยึดหลักการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม บนพื้นฐานของหลักจริยธรรมการวิจัยสากล เลขที่ SNC 03-2/2565 เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2565

ผลการศึกษา

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 63.16% อายุเฉลี่ย 63.24 ปี เรียนจบประถมศึกษา 47.37% มีคู่สมรส 57.89% ทำอาชีพเกษตรกรรม 52.62% ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 73.68% อายุเฉลี่ย 51.11 ปี อยู่ร่วมกับผู้ป่วยและเป็นผู้ดูแล 5-10 ปี 52.63% และส่วนใหญ่ในครอบครัวมีรายได้ไม่เพียงพอ 57.89%

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ป่วยเบื่ออาหารรับประทานอาหารได้ไม่มาก เกิดภาวะเครียดเมื่อรู้ว่าตัวเองติดเชื้อโรค ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวต้องการความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การจัดการเรื่องน้ำหนักที่ลดลงของคนไข้ การป้องกันการติดต่อและปัญหาที่ซับซ้อนที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ เช่น การถูกสังคมมองว่าเป็นโรคติดต่อที่น่ารังเกียจ และการถูกตีตรา ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับยาต่อเนื่อง จากการที่คิดว่าตัวเองอาการดีขึ้น ไม่มีไข้ ไม่ไอ และบางรายหลัง

รับประทานยามีปัญหาเหนื่อยอ่อนเพลียไม่มีกำลังคิดว่าเกิดจากการรับประทานยาจึงหยุดยาเอง

การสนทนากลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยการแจ้งข่าวสารต่างๆที่เกี่ยวกับการดูแล การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อส่งต่อข้อมูลที่สำคัญให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ แต่ อสม. ยังมีความกังวลเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการรักษาและการแพร่ระบาดของโรคปอด

พยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพในพื้นที่มีการประเมินภาวะสุขภาพร่างกายของผู้ป่วย การติดตามการไปพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยา แต่เจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพไม่สามารถลงติดตามเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในระยะเวลาเข้มข้นของการรักษา 2 เดือนแรกเนื่องจากภารกิจและข้อจำกัดด้านจำนวนของเจ้าหน้าที่ และการไม่มีข้อมูลเพื่อวางแผนการดูแลร่วมกันในชุมชน

แนวทางการดูแลและบทบาทการดูแลผู้ป่วยโรคปอดในชุมชน กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคปอดในชุมชน คือ 1) ส่งเสริมผู้ป่วยโรคปอดปฏิบัติกรดูแลตนเองที่ถูกต้องตามแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย 2) ผู้ดูแลในครอบครัวกำกับการรับประทานยา ติดตามหรือพาไปพบแพทย์และรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวให้กำลังใจและให้ความมั่นใจว่าการรักษาตามกระบวนการจะช่วยให้หายขาดจากการเจ็บป่วย 3) พยาบาลวิชาชีพร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ช่วยประเมินอาการ ตรวจสอบการรับประทานยา สอบถามอาการแทรกซ้อนที่เกิดจากการรับประทานยา วางแผนเยี่ยมดูแลที่บ้านผู้ป่วยเฉพาะราย ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลพร้อมบันทึกผลงานอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์แบบบันทึกการเยี่ยมดูแลที่บ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง 4) อสม. นัดวัน เวลาและเข้าร่วม

กิจกรรมการเยี่ยมและดูแลที่บ้านกับทีมสหวิชาชีพ อย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ และพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย 5) ผู้นำชุมชน ร่วมเยี่ยมบ้าน คอยอำนวยความสะดวก ช่วยจัดหาและสนับสนุนทรัพยากรในการทำ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยให้กับทีมสหวิชาชีพ เป็นผู้นำ และประสานงานจัดการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม

ในละแวกบ้านผู้ป่วยให้ถูกต้องและเหมาะสมกับการ รักษาและการฟื้นฟูของผู้ป่วย

ผลจากการประชุมและหารือร่วมกันระหว่าง พยาบาลและทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายใน ชุมชน พบว่าควรแสดงบทบาทในการดูแลและ ติดตามผู้ป่วยวัยโรคปอด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงบทบาทของทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชนในการดูแลผู้ป่วย วัณโรคที่บ้าน

ทีม	การแสดงบทบาท
พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	1. ประเมินการรับรู้ วางเป้าหมายการดูแลร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัว และปัญหาอุปสรรคในการ ปฏิบัติการดูแลตนเองที่บ้าน 2. ตรวจสอบยาที่ใช้รักษา และอาการข้างเคียงจากยา โดยการสอบถามและตรวจร่างกายเบื้องต้นและให้ คำแนะนำเรื่องการรักษาที่ถูกต้อง 3. สังเกตสิ่งแวดล้อม ค้นหาผู้สัมผัสโรคร่วมในบ้านและละแวกบ้าน พร้อมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในครอบครัว ละแวกบ้านและในชุมชน เช่น การใช้หน้ากากอนามัย การล้างมือ ทำความสะอาดร่างกาย การกำจัดเสมหะหรือสิ่งคัดหลั่ง 4. ปัญหาและอุปสรรคในการเข้ารับการรักษาและการมาตามนัด 5. ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคในการรับประทานอาหาร/อาหารเสริม 6. ให้ข้อมูลการติดต่อเจ้าหน้าที่/การจัดการและช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อมีอุปสรรคจากการดูแลตนเองที่บ้าน 7. โทรศัพท์สอบถามอาการ
อาสาสมัคร สาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน	1. สร้างสัมพันธ์ภาพและความคุ้นเคยระหว่างครอบครัว ละแวกบ้านและทีมเจ้าหน้าที่ 2. ติดตามอาการขณะรักษา ร่วมกำกับการรับประทานยา และตรวจสอบเม็ดยา 3. กำกับคุณภาพของวิธีการใช้หน้ากากอนามัย 4. การฝึกผู้ป่วยหายใจและไอ อย่างมีประสิทธิภาพ 5. การจัดการขยะจากตัวผู้ป่วย และจากสมาชิกในครอบครัว 6. ติดตามการรับประทานยา/ตรวจเม็ดยา 7. ติดต่อประสานงานการช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยจากผู้นำ อบต.
ผู้ดูแลใน ครอบครัว	1. ทำความเข้าใจและการรับรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดและการดูแล 2. จัดและเตือนการรับประทานยาให้กับผู้ป่วย การนับเม็ดยาและการลงบันทึก 3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ได้ตามแผนการรักษา 4. ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจในแผนการดูแลรักษาให้กับผู้ป่วย 5. ชื่นชมและแสดงความยินดีเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามการดูแลตนเองที่เหมาะสม 6. ฝึกหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ 7. จัดการเรื่องอาหารที่เหมาะสม 8. การจัดการและกำจัดขยะในครอบครัว 9. ให้ความมั่นใจเกี่ยวกับการรักษา และแผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 10. การรายงานข้อมูลและการติดต่อกับเจ้าหน้าที่
ผู้นำชุมชน	1. ร่วมปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในชุมชนให้เหมาะสมกับการลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค

ตารางที่ 1 แสดงบทบาทของทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชนในการดูแลผู้ป่วย วัณโรคที่บ้าน

ทีม	การแสดงผลบทบาท
	2. ตรวจสอบ สอบถามปัญหาและความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยละแวกบ้านและในชุมชน 3. อำนวยความสะดวกสำหรับการปฏิบัติการดูแลให้ทีมสหวิชาชีพ 4. พุดให้กำลังใจครอบครัว 5. รณรงค์การใช้หน้ากากอนามัยที่มีคุณภาพ 6. สอบถามอาการ/ให้กำลังใจ/สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคให้กับละแวกบ้านและชุมชน 7. ตรวจสอบปัญหาอุปสรรคการใช้ชีวิตร่วมกับละแวกบ้านและชุมชน

ผลลัพธ์จากการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วย

ผลจากการดำเนินกิจกรรมตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า ความกังวลของผู้ป่วยลดลง โดยก่อนดำเนินการผู้ป่วยมีความกังวลสูง 84.21% หลังดำเนินการผู้ป่วยมีความกังวล 26.32% ภาวะซึมเศร้าก่อนดำเนินการมีภาวะซึมเศร้า 68.42% หลังดำเนินการลดลงเหลือ 10.53% โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ความรู้เกี่ยวกับโรคและทักษะการดูแลก่อนและหลังดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ก่อนดำเนินการระดับความรู้เรื่องโรคและทักษะการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ และหลังดำเนินการพบสูงขึ้น ซึ่งแตกต่างจากก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงความกังวล ภาวะซึมเศร้า ความรู้และทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. ความกังวล					
มี	16	84.21	5	26.32	< 0.001
ไม่มี	3	15.79	14	73.68	
2. ภาวะซึมเศร้า					
มี	13	68.42	2	10.53	< 0.001
ไม่มี	6	31.58	17	89.47	
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแล					
ระดับต่ำ ($< 80\%$)	13	68.42	7	36.84	< 0.001
ระดับสูง ($\geq 80\%$)	6	31.58	12	63.16	
4. ทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย					
ระดับต่ำ ($< 70\%$)	15	78.95	5	26.32	< 0.001
ระดับสูง ($\geq 70\%$)	4	21.05	14	73.68	

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

การดูแลและติดตามผู้ป่วยวัณโรคปอด เป็นกิจกรรมการพยาบาลและการดูแลร่วมกันของผู้ดูแล

ในครอบครัว ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน สามารถประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมบทบาทการดูแลของครอบครัวและทีม โดยการติดตามเยี่ยมและ

เสริมแรงให้กับผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง และสามารถผลักดันใช้เป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพบริการและการดูแลผู้ป่วยวัยโรคที่บ้านได้ทั้งระดับนโยบายและการปฏิบัติในพื้นที่

ก่อนดำเนินการพัฒนาแนวทางการดูแล ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่พบอยู่ในระดับสูง ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและมักพบความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูงในผู้ป่วยวัยโรคได้⁽¹⁴⁾ การมีความกังวลและเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับที่สูงในผู้ป่วยวัยโรคอาจเกิดจากความรู้สึกถูกตีตราทางสังคมรอบข้าง⁽¹⁵⁾ การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว และระบบการดูแลรักษาที่ซับซ้อนยุ่งยาก รวมถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยารักษาอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์เหล่านี้มักมีผลต่อการจัดบริการผู้ป่วยเนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อมารตราวจและพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจนครบสูตรของการรักษาได้ หลังการพัฒนาแนวทางการดูแลและดำเนินกิจกรรมดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวที่ประกอบด้วยกิจกรรมการประเมิน การวางแผนให้การพยาบาลและการสะท้อนปัญหาอุปสรรคจากการดูแลที่บ้านและการประเมินผลลัพธ์การดูแล ผู้วิจัยได้ให้กำลังใจเป็นระยะๆ และสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว อสม.และผู้นำในชุมชนว่าระบบและกระบวนการในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีมาตรฐานตามแผนการรักษาจากทีมสหวิชาชีพ ประกอบกับความมีวินัยในการรับประทานยาที่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง และการตรวจติดตามประเมินผลการรักษาเป็นระยะๆ สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผลการรักษาประสบผลสำเร็จได้ด้วยดี และมีโอกาสหายขาดจากโรคในระดับที่สูงด้วย ร่วมกับนักวิจัยได้สอดแทรกเนื้อหาองค์ความรู้ต่างๆเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การดูแลสุขภาพตนเอง การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในครอบครัวและละแวกชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน

ละแวกในชุมชนเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม เกิดการยอมรับในตัวผู้ป่วย ร่วมกันตั้งเป้าหมายและจัดหากิจกรรมการดูแลที่เป็นลักษณะของการร่วมกันคิดออกแบบและลงมือปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย จึงช่วยลดความรู้สึกละอายใจและภาวะซึมเศร้าลงได้ และเห็น ชัดเจนเมื่อสิ้นสุดกระบวนการดูแลครบ 2 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ประเมินผลหลังการดูแลทางสุขภาพจิตและการให้คำปรึกษาส่งเสริมสุขภาพจิตช่วยสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้ช่วยลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยโรคในชุมชนได้⁽¹⁶⁾

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยหลังดำเนินการ ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้เรื่องโรค การเจ็บป่วย และการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น ในกระบวนการพัฒนาผู้วิจัยได้ส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรควัยโรคปอด และการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพโดยการสอดแทรกเนื้อหาองค์ความรู้เรื่องโรคและการดูแล⁽¹⁷⁾ โดยเฉพาะการแสดงออกถึงการให้กำลังใจ สร้างความเชื่อมั่นและมั่นใจเกี่ยวกับแผนการรักษาและแนวทางการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งการชื่นชมและแสดงความยินดีเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม การช่วยให้ผู้ดูแลตระหนักและเข้าใจบทบาทการดูแลของตนเอง มองเห็นคุณค่าและประโยชน์จากการดูแล สิ่งเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวสามารถแสดงบทบาทการดูแลของตนเองที่ชัดเจนมากขึ้น⁽¹⁸⁾ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

การพัฒนาตามกระบวนการวิจัยนี้ ครอบครัวได้รับการพัฒนาทักษะการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการสอนและการฝึกทักษะการดูแล เป็นกระบวนการที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลเกิดความสามารถดูแลผู้ป่วยในครอบครัวตามความต้องการและความจำเป็นทางด้านสุขภาพได้⁽¹⁹⁾ การเยี่ยมและให้การเสริมแรงผู้ดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

ช่วยให้ผลการศึกษารั้งนี้บรรลุผลลัพธ์ที่ดี โดยได้สนับสนุนให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้ค้นหาเทคนิคการแก้ไขและจัดการปัญหาเกี่ยวกับการดูแลที่หลากหลายตามความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วย⁽²⁰⁾ การที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกว่าตัวเองสามารถให้การดูแลผู้ป่วยในครอบครัวได้อย่างมั่นใจมากขึ้น และช่วยให้สามารถฝึกฝนทักษะใหม่ๆได้มากขึ้น การดำเนินการมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจากการศึกษานี้ดำเนินการที่หน่วยบริการปฐมภูมิร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ที่พัฒนาและปรับปรุงจากข้อค้นพบและข้อเสนอแนะจากทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวและ อสม.และผู้นำในชุมชน จึงเกิดความร่วมมือที่ดีและต่อเนื่องจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยวัณโรค ช่วยให้กระบวนการและผลลัพธ์การศึกษามีความเป็นไปได้ บรรลุตามวัตถุประสงค์ อย่างไรก็ตามการวัดผลลัพธ์

ในขั้นตอนที่ 3 ของกระบวนการศึกษา ผู้วิจัยออกแบบการวัดผลเปรียบเทียบภายในกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียวไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอาจถือเป็นข้อจำกัดในการเปรียบเทียบผล และถ้าการศึกษาครั้งต่อไปที่ต้องการยืนยันผลจากการพัฒนาแนวทางอย่างแท้จริง ควรนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านจากการพัฒนานี้ ออกแบบการศึกษาแบบทดลองเพิ่มเติมเพื่อช่วยยืนยันว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพจริงในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่สนับสนุนทุนวิจัย และขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ ที่ให้ข้อมูลและร่วมดำเนินกิจกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [Internet]. WHO's Global Tuberculosis Report 2022 Switzerland; c2022 [cited 2022 August 14] Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061729>
2. Di Gennaro, Francesco, et al. Active pulmonary tuberculosis in elderly patients: a 2016–2019 retrospective analysis from an Italian Referral Hospital. *Antibiotics*, 2020; 9(8): 489.
3. Negin J, Abimbola S, Marais BJ. Tuberculosis among older adults – time to take notice. *Int J Infect Dis*. 2015; 32: 135–7.
4. Charoensakulchai, S., Lertpheantum, C., Aksornpusitpong, C. et al. Six-year trend and risk factors of unsuccessful pulmonary tuberculosis treatment outcomes in Thai Community Hospital. *BMC Res Notes*. 2021; 14: 89.
5. Kaji A, Thi SS, Smith T, Charunwatthana P, Nosten FH. Challenges in tackling tuberculosis on the Thai-Myanmar border: findings from a qualitative study with health professionals. *BMC Health Serv Res*. 2015; 15(1): 464.
6. Charoensakulchai S, Limsakul M, Saengungsumalee I, Usawachoke S, Udomdech A, Pongsaboripat A, et al. Characteristics of poor tuberculosis treatment outcomes among patients with pulmonary tuberculosis in Community Hospitals of Thailand. *Am J Trop Med Hyg*. 2020; 102(3): 553–61.
7. Pastor DK., Home sweet home: a concept analysis of home visiting. *Home Healthcare Now* 2006; 24(6): 389-394.
8. Mohan A, Nassir H, Niazi A. Does routine home visiting improve the return rate and outcome of DOTS patients who delay treatment. *East Mediterr Health J*. 2003; 9(4): 702-708.

9. Pradipta IS, Houtsma D, van Boven JFM, Alffenaar JC, Hak E. Interventions to improve medication adherence in tuberculosis patients: a systematic review of randomized controlled studies. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*. 2020; 30(1): 21.
10. Kroenke, K., Wu, J., Yu, Z., Bair, M. J., Kean, J., Stump, T., & Monahan, P. O. (2016). Patient Health Questionnaire Anxiety and Depression Scale: Initial Validation in Three Clinical Trials. *Psychosomatic medicine*, 78(6), 716–727.
11. Pukdeeporm T. Selected factors related to caregivers' capabilities in caring for older persons with dementia [Unpublished master thesis]. Chulalongkorn Univ., Bangkok, Thailand; 2005.
12. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2020. [cited 2022 August 20] Available from: www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2020 Date last accessed: 1 August 2021
13. Singh SK, Kashyap GC, Puri P. Potential effect of household environment on prevalence of tuberculosis in India: evidence from the recent round of a cross-sectional survey. *BMC Pulm Med*. 2018; 18: 66.
14. Dasa TT, Roba AA, Weldegebreal F, et al. Prevalence and associated factors of depression among tuberculosis patients in Eastern Ethiopia. *BMC Psychiatry*. 2019; 19: 82.
15. Kamble BD, Singh SK, Jethani S, Chellaiyan VGD, Acharya BP. Social stigma among tuberculosis patients attending DOTS centers in Delhi. *J Family Med Prim Care*. 2020; 9(8): 4223-4228.
16. Febi AR, Manu MK, Mohapatra AK, Praharaj SK, Guddattu V. Psychological stress and health-related quality of life among tuberculosis patients: a prospective cohort study. *ERJ Open Res*. 2021; 7(3): 00251-2021.
17. วันเพ็ญ เชษตรานนท์. ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*. 2556; 3(2): 148-155.
18. Biswas B.R, Thaniwattananon P., Nilmanat K. The Relationship between Family Support and Health Behaviors among Patients with Pulmonary TB. 2010; The 2nd International Conference on Humanities and Social Sciences April 10th, 2010 Faculty of Liberal Arts, Prince of Songkla University
19. Purba JM, Suttharangsee W, Chaowalit A. Effects of a caregiver coaching program on family caregivers' competencies for persons with schizophrenia: a pilot study. *J Health Res*. 2017; 30(4): 267-74.
20. Hayes E, McCahon C, Panahi MR, Hamre T, Pohlman K. Alliance not compliance: coaching strategies to improve type 2 diabetes outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2008; 20(3): 155-62.

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ต้อกระจกโรงพยาบาลน้ำพอง

The Effects of Discharge planning program on Self-care Behaviors of Cataract Surgery Patients Namphong Hospital

(Received: July 28,2023 ; Revised: July 31,2023 ; Accepted: August 2,2023)

เพ็ญลักษณ์ ธรรมแสง¹
Penluk Thamsaeng¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลน้ำพอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก ที่โรงพยาบาลน้ำพอง จ.ขอนแก่น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ Purposive Sampling มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มเก็บข้อมูลจากแบบประเมินความรู้ แบบประเมินการปฏิบัติและแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ Independent t-test , Paired t-test และบรรยายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ผู้ป่วยและค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องผลลัพธ์พบว่าอุบัติการณ์การผ่าตัดซ้ำภายใน 24 ชั่วโมงและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต้อกระจกไม่เกิดขึ้นจนถึงปัจจุบัน

คำสำคัญ: โปรแกรมวางแผนจำหน่าย,พฤติกรรมการดูแลตนเอง,การผ่าตัดต้อกระจก

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a discharge planning program on self-care behaviors of patients undergoing cataract surgery. Nam Phong Hospital The subjects were patients and caregivers who underwent cataract surgery. At Nam Phong Hospital, Khon Kaen Province, the subjects were selected by purposive sampling and met the specified criteria. They were divided into control groups and data collection groups from the knowledge assessment questionnaire. Practice and Satisfaction Assessment Forms Data were analyzed by independent t-test, paired t-test and general characteristics of the samples were described by descriptive statistics.

Results: The experimental group s post- intervention mean scores on cataract knowledge and on self-care behavior care-giver ware significantly higher than their pre-intervention score, and also significantly higher than the control group s score ($P<0.001$) and experimental group s post- intervention mean scores on cataract satisfaction score, and also significantly higher than the control group s score ($P<0.001$) outcome were prevent recurrent postoperative complication and re-operation 24 hours

Keywords: discharge planning program, self-care behaviors, cataract surgery

บทนำ

ต้อกระจก เป็นโรคทางจักษุที่เป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดภาวะตาบอดหรือสายตาสั้นเรื้อรังทั่วโลก แนวโน้มของสถานการณ์ในปัจจุบันพบว่า ต้อกระจกเป็นโรคทางจักษุที่พบมากที่สุด โดยพบว่ามีภาวะตา

บอดจากต้อกระจกทั่วโลกสูงถึง ร้อยละ 47.8 เมื่อเปรียบเทียบกับโรคทางจักษุชนิดอื่นๆ โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ.2563 ต้อกระจกจะเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะตาบอด (World Health Organization [WHO], 2554) สำหรับ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลน้ำพอง

ประเทศไทยมีการสำรวจอุบัติการณ์ตาบอด ในปี พ.ศ. 2537, 2549 และ 2556 พบว่าอุบัติการณ์ตาบอด เท่ากับร้อยละ 0.3 ร้อยละ 0.6 และร้อยละ 0.6 ตามลำดับ (โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์, 2556) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สาเหตุอันดับหนึ่งคือโรคต้อกระจกร้อยละ 69.7 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพสาขาจักษุ (Service plan) ได้แก่ การตรวจคัดกรองสายตาผู้สูงอายุเชิงรุก เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการผ่าตัดและลดระยะเวลารอคอยการผ่าตัดโรคต้อกระจกชนิดบอด (Blinding cataract) ภายใน 30 วัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) เพื่อลดความชุกภาวะตาบอดให้ต่ำกว่าร้อยละ 0.50

ข้อมูลสถิติโรงพยาบาลน้ำพอง พบว่า ต้อกระจกเป็นโรคที่มีสถิติการผ่าตัดมากที่สุด จากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2561- 2563 พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก จำนวน 358, 352 และ 327 ดวงตา ตามลำดับ (โรงพยาบาลน้ำพอง, 2563)

ต้อกระจก (Cataract) เป็นภาวะที่เลนส์แก้วตาขุ่น ทำให้สายตามัวคล้ายหมอกบัง การรักษาที่เหมาะสมและได้ผลดีคือการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม⁶ ซึ่งการผ่าตัดในปัจจุบันมีวิวัฒนาการของเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าทันสมัย หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีการฟื้นตัวรวดเร็วและมีความพึงพอใจในการรักษา การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก เป็นการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และการดูแลที่สำคัญที่สุดคือ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก (สารรัตน์ สองเมืองสุข และสุนันท์ เกษตรกาลาม, 2546) หากดูแลไม่ดีพอจะทำให้มีโอกาสเสี่ยงสูงในการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (เพ็ญแข ชิวะพันธ์, 2545) และภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น การติดเชื้อหลังผ่าตัด แผลผ่าตัดแยก เลนส์ตาเทียมเคลื่อน เป็นต้น ซึ่งบทบาทหลักของพยาบาลจักษุเริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน พยาบาลจักษุจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานเป็น

อย่างดี เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและพึงพอใจ

ผู้วิจัยเป็นพยาบาลหัวหน้างานจักษุ โรงพยาบาลน้ำพองร่วมกับทีมพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยจักษุได้ร่วมทบทวนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกพบว่า ในปี พ.ศ.2563 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 0.92) ซึ่งมีสาเหตุเนื่องจาก แผลผ่าตัดแยก 1 ราย และเลนส์ตาเทียมเคลื่อน 2 ราย (โรงพยาบาลน้ำพอง, 2563) จากการทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยพบว่าแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกยังไม่ชัดเจน ไม่มีสื่อการสอนที่เป็นรูปธรรมและปรับให้ทันสมัยกับยุคปัจจุบัน เช่น วิดีทัศน์ที่สามารถนำกลับไปทบทวนที่บ้านได้ ไม่มีหุ่นจำลองในการสอนสาธิตการปฏิบัติการดูแลดวงตาหลังผ่าตัด ไม่มีช่องทางด่วนในการติดต่อเมื่อมีอาการผิดปกติ แนวทางการติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่ครอบคลุมและไม่มีแผนการสอนสุขศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก ส่งผลให้พยาบาลมีการให้ความรู้แบบรายกลุ่มที่แตกต่างกัน การให้ความรู้ยังไม่ครบถ้วน และยังขาดการเสริมพลังผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ซึ่งเกิดจากเครื่องมือในการให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่เพียงพอจากการทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกตั้งแต่แรกรับจนถึงการจำหน่ายผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลจำเนื้อหาที่พยาบาลสอนในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านไม่ได้ เช่น การเช็ดตา การหยอดตา การป้ายตา อาการผิดปกติหลังผ่าตัดและช่องทางด่วนติดต่อเมื่อมีอาการผิดปกติ ซึ่งเห็นว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีโอกาสพัฒนาได้อีก โดยพยาบาลจักษุมีบทบาทสำคัญในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เริ่มตั้งแต่แรกรับก่อนผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัดเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน จึงได้พัฒนาโปรแกรมวางแผนจำหน่ายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและมีความพึงพอใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผน
จำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เข้า
รับการผ่าตัดต่อกระเจก โรงพยาบาลน้ำพอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi
Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อน
และหลัง (two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อ
กระเจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมและผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการ
ผ่าตัดต่อกระเจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ที่แผนก
ผู้ป่วยในจักษุ โรงพยาบาลน้ำพอง ระหว่างวันที่ 1
กันยายน ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อ
กระเจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมและผู้ดูแลผู้ป่วย
โรงพยาบาลน้ำพอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ
เฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีคุณสมบัติ
ตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) อายุตั้งแต่ 40 ปี
บริบูรณ์ขึ้นไป 2) จักษุแพทย์วินิจฉัยเป็นโรคต่อ
กระเจกและรับการผ่าตัดครั้งแรก 3) มีสติสัมปชัญญะ
ดีและมีญาติดูแลหลังผ่าตัด 4) สามารถฟังและเข้าใจ
ภาษาไทยได้ 5) สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์ เกณฑ์
การคัดออกได้แก่ 1) มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นขณะ
ผ่าตัด เช่น ใส่เลนส์แก้วตาเทียมไม่ได้ 2) เป็นผู้ป่วย
โรคต่อกระเจก ที่ญาติผู้ดูแลหลังผ่าตัดมีการ
เปลี่ยนแปลงและไม่ได้รับข้อมูลจากพยาบาลโดยตรง
3) มีอาการซ้อนแทรกจากโรคประจำตัวที่ควบคุม
ไม่ได้ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะน้ำตาล
ในเลือดสูง 4) เป็นโรคติดต่อร้ายแรง เช่น โรควัณโรค
ในระยะแพร่เชื้อและโรค COVID-19 5) มีปัญหาการ
ได้ยิน เช่น หูตึง ไม่สามารถสื่อสารได้ เกณฑ์การคัด
เข้าผู้ดูแลได้แก่ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2) มีสติสัมปชัญญะดี 3) สามารถฟังและเข้าใจ
ภาษาไทยได้ 4) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกครั้ง
แรก 5) สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์ เกณฑ์การคัด
ออกผู้ดูแลได้แก่ 1) มีปัญหาการได้ยิน เช่น หูตึง ไม่

สามารถสื่อสารได้ 2) ญาติผู้ดูแลหลังผ่าตัดมีการ
เปลี่ยนแปลงและไม่ได้รับข้อมูลจากพยาบาลโดยตรง

การคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้
ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างอ้างอิงจากงานวิจัย
ของ อรุณรัตน์ รอดเชื้อ ผลของโปรแกรมส่งเสริม
การดูแลตนเองต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ป่วย
ผ่าตัดต่อกระเจก โรงพยาบาลราชวิถีกำหนดให้ n คือ
ขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละกลุ่ม Mean in group
1 (μ_1) = 19.13 SD in group 1 (σ_1) = 1.11
Mean in group 2 (μ_2) = 17.37 SD in group 2 (σ_2) = 1.45 Ratio (r) = 1.00 Alpha (α) = 0.05,
 $Z(0.975) = 1.959964$ Beta (β) = 0.100, $Z(0.900)$
= 1.281552 Sample size : Group 1 (n_1) = 15.53,
Sample size : Group 2 (n_2) = 15.53 ได้กลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มละ 16 คู่ เพื่อป้องกันการสูญหายและการออก
จากการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดกลุ่ม
ตัวอย่างอีกร้อยละ 25 จึงมีความจำเป็นที่ต้องใช้กลุ่ม
ตัวอย่าง คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20
คู่ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมีจำนวนทั้งสิ้น 40 คน
โดยเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน
กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมีจำนวนทั้งสิ้น 40
คน โดยเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20
คน โดยไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ยุติหรือออกจากการศึกษา
ก่อนจบวิจัย ในการศึกษานี้ เพื่อป้องกันการ
แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม
ควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่ม
ควบคุมก่อน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมการ
วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก ซึ่งผู้วิจัย
สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและใช้กรอบ
แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem,
2001) ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้
และพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง ประกอบด้วย

วิธีทัศนเกี่ยวกับโรคต่อกระเจก การดูแลผู้ป่วย
ตนเองก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดต่อ
กระเจก

แผนการสอนผู้ป่วย ผ่านพบการดูแลผู้ป่วย หลังผ่าตัด โดยการสแกนQR Code วีดิโอให้ผู้ดูแล นำกลับบ้าน โปรแกรมประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1) การให้ความรู้โดยให้ชมสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคต่อ กระจาก 2) ชมการสอนสาธิตการเช็ดตาแบบปราศจาก เชื้อ การหยอดตา การป้ายตาและการใช้ที่ครอบตา ผีกทักษะย้อนกลับของกลุ่มตัวอย่างจากหุ่นจำลอง 3) การให้ความรู้โดยมอบแผ่นพับการปฏิบัติตัวหลัง ผ่าตัด อาการผิดปกติสัญญาณเตือน(Early warning signs)มาตรวจก่อนวันนัดและกำหนดช่องทางด่วน ติดต่อเบอร์โทรศัพท์ เมื่อมีอาการผิดปกติตลอด 24 ชั่วโมง โดยการสแกนQR Code วีดิโอให้ผู้ดูแลนำ กลับไปทบทวนขณะอยู่ที่บ้าน และ 4) การติดตาม เยี่ยมทางโทรศัพท์ หลังผ่าตัดต่อกระจากวันที่ 3 และการนัดติดตามอาการหลังผ่าตัด 7 วัน

2.เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และผู้ดูแล จำนวน 8 ข้อ

2.2 แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยผ่าตัดต่อ กระจาก ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมของ จิรัชยา เจริญกักและคณะ (2558) โดยตัดข้อความ ออกจำนวน 4 ข้อและเพิ่มข้อความเกี่ยวกับการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเพื่อให้สอดคล้อง กับบริบทในการศึกษาครั้งนี้ โดยข้อความมีจำนวน ทั้งหมด 12 ข้อ ข้อคำถามแบบเลือกตอบ "ถูกต้อง" และ"ไม่ถูกต้อง" หากเลือกตอบ "ถูกต้อง" ให้คิด 1 คะแนน หากเลือกตอบ "ไม่ถูกต้อง" ให้คิด 0 คะแนน นำแบบทดสอบไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) พบค่าดัชนีความตรงได้ 0.83 ค่า ความตรงทั้งฉบับได้ 0.94 และนำไปทดลองใช้กับ ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจากพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นด้วย KR20 ได้ 0.73

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วย ผ่าตัดต่อกระจากผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวน วรรณกรรม ได้แก่ขั้นตอนการเช็ดตา การหยอดยา การปิดฝาครอบตาและการอ่านตารางหยอดยา เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษาครั้งนี้ โดยข้อ

คำถามมีจำนวนทั้งหมด 16 ข้อ ข้อคำถามแบบ เลือกตอบ "ปฏิบัติถูกต้อง" และ"ปฏิบัติไม่ถูกต้อง" หากเลือกตอบ "ปฏิบัติถูกต้อง" ให้คิด 1 คะแนน หาก เลือกตอบ "ปฏิบัติไม่ถูกต้อง" ให้คิด 0 คะแนน

นำแบบทดสอบไปตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหา (content validity) พบค่าดัชนีความตรงได้ 0.93 ค่าความตรงทั้งฉบับได้ 0.94 และนำไป ทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจากพบว่ามีค่าความ เชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ 0.87

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการให้ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจาก ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมของ อมราภรณ์ ลาภชูรัตน์ (2561)⁷ มาตราส่วนคะแนน 5 ระดับ คือ ความพึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อนำไปทดลองใช้กับ ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจากพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นด้วย สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ 0.

วิธีการดำเนินการวิจัย

ขั้นเตรียมการทดลอง

1. เสนอโครงร่างวิจัยเข้าขอการพิจารณาต่อ คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น

2. เสนอผู้อำนวยการ โรงพยาบาลน้ำพอง เพื่อ ขออนุญาตดำเนินการศึกษา โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวม ข้อมูล

3. เสนอหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัยและขอความ ร่วมมือในการวิจัย

ขั้นดำเนินการทดลอง

1. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่ม ควบคุมก่อนเพื่อลดโอกาสที่ทั้งสองกลุ่มแลกเปลี่ยน กัน

2. จัดอบรมพยาบาล เพื่อให้การใช้โปรแกรม การวางแผนจำหน่ายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม โดยการชี้แจงและขอความร่วมมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยให้พยาบาลงานการพยาบาลฉุกเฉินเข้าใจเพื่อให้พยาบาลเป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด และถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมวิจัย ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ผู้วิจัยเข้าพบ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการพบผู้ป่วยเป็นรายคน โดยปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้

3.1.1 เตรียมผู้ป่วยโดยสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์หรือความเสี่ยงที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

3.1.2 ภายหลังจากผู้ป่วยยินยอม และลงนามในแบบยินยอมอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามแนวปฏิบัติ ดังนี้

กลุ่มควบคุม รูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มควบคุมเป็นการดูแลและการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลหอผู้ป่วยฉุกเฉิน ของโรงพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 ในวันที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการนัดหมายก่อนเข้ารับการผ่าตัด และให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทำแบบประเมินความรู้ หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลหอผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ การให้ความรู้โดยการชมวิธีทศน์ (ผู้ป่วยนอนฟังเสียง ผู้ดูแลชมวิธีทศน์) ประกอบด้วยความรู้โรคต่อกระดูก การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูกและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยใช้เวลา 20-30 นาที

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 ในวันที่ได้รับอนุญาตให้กลับบ้านหลังผ่าตัด ได้แก่ การให้ความรู้โดยการชมวิธีทศน์ (ผู้ป่วยนอนฟังเสียง ผู้ดูแลชมวิธีทศน์) การสาธิตและฝึกปฏิบัติ การเช็ดตา การหยอดตา และการป้ายตาและมอบแผ่นพับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลนำกลับบ้าน หลังผ่าตัดต่อกระดูก 7 วัน ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุมเพื่อติดตามอาการและ

ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรู้ แบบประเมินพฤติกรรมของผู้ดูแลและแบบประเมินความพึงพอใจ โดยใช้เวลา 30 นาที

กลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยเป็นผู้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองทุกครั้ง เพื่อจัดกิจกรรมตามขั้นตอนในโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 ในวันที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการนัดหมายก่อนเข้ารับการผ่าตัด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก โดยใช้เวลา 20 นาที

ครั้งที่ 2 วันที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลก่อนผ่าตัด ให้ความรู้โดยชมวิธีทศน์ ประกอบด้วยความรู้โรคต่อกระดูก การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูกและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับเนื้อหาในวิธีทศน์ได้ จึงสอนสาธิตและฝึกปฏิบัติ การเช็ดตา การหยอดตา และการป้ายตา พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจนเกิดความมั่นใจ โดยใช้เวลา 40 นาที

ครั้งที่ 3 หลังผ่าตัดวันที่ได้รับอนุญาตให้กลับบ้านหลังผ่าตัด สอนสาธิตและฝึกปฏิบัติ การเช็ดตา การหยอดตา และการป้ายตา พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจนเกิดความมั่นใจ และมอบแผ่นพับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและวิธีโอการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูกให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลนำกลับบ้าน ใช้เวลา 40 นาที

ครั้งที่ 4 ผู้วิจัยโทรศัพท์เยี่ยมบ้านหลังผ่าตัด 3 วัน เพื่อสอบถามการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ตอบคำถาม และเน้นย้ำการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง โดยใช้เวลา 5 นาที

ครั้งที่ 5 หลังผ่าตัดต่อกระดูก 7 วัน ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อติดตามอาการและให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรู้ แบบประเมิน

พฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกและแบบประเมินความพึงพอใจ โดยใช้เวลา 10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อน-หลัง ของกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม ใช้สถิติ paired t-test กำหนดช่วงความเชื่อมั่น (Confidence interval) 95% CI of Mean different เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันใช้ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่ม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เอกสารรับรองเลขที่ KEC 64034/2564

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศชาย และเพศหญิงเท่ากัน อายุเฉลี่ย 65.45 ปี สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 100 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ชั้นประถมศึกษาตอนต้นร้อยละ 95 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรร้อยละ 65 กลุ่มควบคุมเป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน อายุเฉลี่ย 69.30 ปี สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 70 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ชั้นประถมศึกษาตอนต้นร้อยละ 90 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสร้อยละ 50

2. เปรียบเทียบความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.000$) ก่อนทดลอง ($\text{mean} = 4.35, \text{SD} = 2.26$) หลังทดลอง ($\text{mean} = 11.75, \text{SD} = 0.63$) กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนทดลอง ($\text{mean} = 4.10, \text{SD} = 1.92$) หลังทดลอง ($\text{mean} = 8.75, \text{SD} = 1.11$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Paired t-test

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)		95%CI		Mean difference	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD	Lower	Upper			
ความรู้ก่อน ทดลอง	4.10	1.92	4.35	2.26	0.04	3.46	1.75	2.06	0.014
ความรู้หลัง ทดลอง	8.75	1.11	11.75	0.63	-3.58	-2.41	-3.00	-10.42	0.000*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.เปรียบเทียบการปฏิบัติของผู้ดูแลระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติมากกว่ากลุ่ม

ควบคุม ก่อนทดลอง ($\text{mean} = 1.50, \text{SD} = 0.68$) หลังทดลอง ($\text{mean} = 14.95, \text{SD} = 1.54$) ผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนทดลอง ($\text{mean} = 1.65, \text{SD} = 0.67$) หลังทดลอง ($\text{mean} = 7.05, \text{SD} = 3.46$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.000$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Paired t-test

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)		95%CI		Mean difference	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD	Lower	Upper			
การปฏิบัติ ก่อนทดลอง	1.65	0.67	1.50	0.68	-0.25	0.58	0.15	0.69	0.048
การปฏิบัติหลังทดลอง	7.05	3.46	14.95	1.54	-6.56	-3.13	-4.85	-5.72	0.00*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจก ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ค่าเฉลี่ยคะแนน

ความพึงพอใจ(Mean=48.80,SD=2.35) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Mean=36.95,SD=2.89) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.000$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test (n=40)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)		95%CI		Mean difference	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD	Lower	Upper			
ความพึงพอใจหลังทดลอง	36.95	2.89	48.80	2.35	-13.07	-9.22	-11.15	-11.79	0.000

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกซึ่งเป็นกลุ่มทดลองโดยได้รับการโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกมีประสิทธิภาพ สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลดวงตาหลังผ่าตัด สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อกระจกและป้องกันการผ่าตัดซ้ำภายใน 24 ชั่วโมงได้ ซึ่งโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก มีการเตรียมความพร้อมและวางแผนการดูแลอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้โดยชมสื่อวีดิทัศน์ซึ่งเป็นสื่อที่แสดงขั้นตอนของการปฏิบัติที่ชัดเจน สามารถรับข้อมูลได้ทั้งทางภาพและเสียง การดูภาพเคลื่อนไหวจะทำให้จดจำได้มากขึ้น ชมการ

สอนสาธิตการใช้ตา การหยอดตา การป้ายตา ฝึกทักษะปฏิบัติจากหุ่นจำลอง การมอบแผ่นพับโดยสแกนQR Code วิดีโอให้ผู้ดูแลนำกลับไปทบทวนขณะอยู่ที่บ้านและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังผ่าตัด 7 วัน และกำหนดช่องทางด่วนติดต่อเบอร์โทรศัพท์ เมื่อมีอาการผิดปกติตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อมราภรณ์ ลาภสุรัตน์ (2561)⁷ ศึกษาถึงผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต่อกระจกของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยการให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ สามารถเพิ่มความรู้และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มสูงขึ้นได้พบว่า คะแนนความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนมีคะแนนความรู้และคะแนนปฏิบัติตัวสูงกว่าผู้ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p

< 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ยวดี ชาดีไทย, นภาพร วาณิชยกุล, และสุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์. (2559)⁴. พบว่าผลของการให้คำแนะนำผ่านสื่อวีดิทัศน์และหุ่นสาธิตต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกของผู้ป่วยที่รับการ ผ่าตัดจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกซึ่งเป็นกลุ่มทดลองโดยได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เนื่องจากโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก มอบแผ่นพับและวีดิทัศน์นำกลับบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถทบทวนความรู้ด้วยตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ และมีการฝึกปฏิบัติจริงภายใต้การดูแลและให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิดก่อนจำหน่ายกลับบ้าน จนมีความมั่นใจในการปฏิบัติจริงมากขึ้น นอกจากนี้มีการเยี่ยมติดตามทางโทรศัพท์หลังผ่าตัด 3 วัน ขณะผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งการช่วยให้คำแนะนำการแก้ปัญหาและเน้นย้ำการปฏิบัติที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีศนิ พันธุ์สิริ และศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล (2563)³ พบว่า การให้ความรู้ตามตัวแบบหลายวิธี ช่วยให้ผู้ป่วยจดจำและเกิดพฤติกรรมการปฏิบัติตามแบบได้ถูกต้อง ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของกนกพร อริยวงษ์ , ศุภพร ไพโรดม และ ทานตะวัน สลิวงค์. (2562)¹ ศึกษา ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก โรงพยาบาลสุโขทัย ผลการวิจัยพบว่า

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และสอดคล้องกับการศึกษาเบญจวรรณ พวงเพชร, อุษาวิทย์ อัครวิเศษ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, และกนกกรัตน์ พรพาณิชย์. (2562)² ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอก ต่อความวิตกกังวลและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูก พบว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย มีการดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องทำให้ได้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกที่สามารถนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนเข้าห้องผ่าตัดและก่อนจำหน่ายกลับบ้านน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และห่อผู้ป่วยจักขุมิการดำเนินงาน โดยนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยพัฒนาเข้าสู่งานประจำและพัฒนาต่อเนื่อง ผลลัพธ์พบว่าอุบัติการณ์การผ่าตัดซ้ำภายใน 24 ชั่วโมงและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อกระดูกไม่เกิดซ้ำจนถึงปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลและทีมสุขภาพควรสนับสนุนการนำใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและการผ่าตัดซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง

2. ควรให้มีการใช้โปรแกรมนี้นี้ในผู้ป่วยทุกราย และศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นและเพิ่มประเด็นความรู้รอบรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลตนเอง

เอกสารอ้างอิง

1. กนกพร อริยวงค์, ศุภพร ไพรอุดม, และทานตะวัน สลีวงศ์. (2562). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก โรงพยาบาลสุโขทัย
วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 2(3), 17-30.
2. เบญจวรรณ พวงเพชร, อุษาวดี อัศตรวิเศษ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, และกนกรัตน์ พรพาณิชย์. (2559). ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวลและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระเจก. **วารสารพยาบาลศาสตร์**, 34(1). 53-62.
3. ปรีศนีย์ พันธุ์สิกร, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล. (2563). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก. **วารสารสภาการพยาบาล**, 35(4), 84-98.
4. ยุวดี ขาดีไทย, นภาพร วาณิชกุล, และสุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์. (2559). ผลของการให้คำแนะนำผ่านสื่อวีดิทัศน์และหุ่นสาธิตต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระเจกของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**, 36(2), 159-169.
5. ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์, กิตติชัย อัครพิพัฒน์กุล. (2551). **ตำราพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา**. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
6. สมสงวน อัญญคุณ, ประภัสสร ผาติกุลศิลา, นภาพร ตนานุวัฒน์, ดิเรก ผาติกุลศิลา, และเกษรา พัฒนพิฑูรย์ (2556). **โรคตาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
7. อมรารณ ลาภชูรัตน์. (2561). ผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต่อความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระเจก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. **วารสารวิชาการแพทย์เขต 11**, 32(3). 1099-1112.

การดูแลผู้ป่วย Trigeminal neuralgia โดยใช้การแพทย์โฮมีโอพาธิ์: กรณีศึกษา Caring for trigeminal neuralgia using homeopathic medicines: a case study

(Received: July 29,2023 ; Revised: August 5,2023 ; Accepted: August 6,2023)

ชญญา ธีระโชติ¹
Chanya Tirachote¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้ เพื่อศึกษาการดูแลผู้ป่วย Trigeminal neuralgia โดยใช้การแพทย์โฮมีโอพาธิ์ กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงอายุ 43 ปีได้รับการส่งตัวมาจากแผนกอายุรกรรมด้วยอาการสำคัญคือ อาการปวดบริเวณเส้นประสาทและใบหน้ามาประมาณ 6 เดือน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคปวดเส้นประสาทใบหน้า(trigeminal neuralgia) ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วย โรคปวดเส้นประสาทใบหน้า(trigeminal neuralgia) โดยใช้การแพทย์ โฮมีโอพาธิ์ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่ม Trigeminal neuralgia หายได้ ลดค่าใช้จ่ายทั้งของโรงพยาบาลและคนไข้ในการรักษา และเป็นทางเลือกในกรณีที่คนไข้แพ้ยาแผนปัจจุบันหรือไม่ประสงค์ที่จะใช้ยาแผนปัจจุบัน

คำสำคัญ: โรคปวดเส้นประสาทใบหน้า, โฮมีโอพาธิ์, ทันตกรรม

Abstract

The purpose of this study was to investigate the treatment for trigeminal neuralgia using homeopathic medicines. The patient was diagnosed as trigeminal neuralgia because of pain in the facial nerves lasted long for 6 months. The study found that the homeopathic medicines promote recovery and reduce both hospital's and patient's cost. The reporter proposed that the homeopathic medicines is an alternative way for whom allergy to conventional drugs or does not wish to use conventional drugs.

Keyword: Trigeminal neuralgia, homeopathic medicine, dental

บทนำ

โรคปวดเส้นประสาทใบหน้า (trigeminal neuralgia) เป็นโรคที่พบได้บ่อยทั้งในผู้ชายและผู้หญิงวัยกลางคนและผู้สูงอายุ ทำให้เกิดอาการปวดที่บริเวณใบหน้า รวมถึงอาจมีอาการปวดบริเวณเหงือกและฟันจนทำให้ผู้ป่วยเข้าใจผิดคิดว่าเป็นอาการปวดฟันได้ เส้นประสาทใบหน้าหรือ trigeminal nerve เป็นเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 (เส้นประสาทที่ควบคุมสมองของคนเรามีทั้งหมด 12 คู่) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการเคี้ยวอาหารและรับรู้ความรู้สึกบนใบหน้า ไม่ว่าจะเป็นการสัมผัส ความรู้สึกร้อนหรือเย็น เมื่อมีสิ่งรบกวนที่ทำให้การทำงานของเส้นประสาทผิดปกติก็อาจส่งผลให้เกิดอาการผิดปกติต่างๆ ตามมาได้ สาเหตุของโรคปวดเส้นประสาทใบหน้าที่พบได้ในผู้ป่วย

ส่วนใหญ่ ได้แก่ การที่เส้นเลือดที่อยู่ใกล้เคียงกับเส้นประสาทใบหน้าเคลื่อนเข้ามาใกล้เส้นประสาทมากเกินไปจนเกิดการกระแทกหรือกดทับเส้นประสาท ทำให้การทำงานของเส้นประสาทใบหน้าผิดปกติและไวต่อการกระตุ้นได้ง่ายกว่าปกติ หรือมีการอักเสบของเส้นประสาทจากโรค multiple sclerosis ผู้ป่วยโรคปวดเส้นประสาทใบหน้าจะมีอาการปวดแปลบคล้ายไฟช็อตที่บริเวณใบหน้า ในบางรายอาจมีอาการคล้ายปวดฟัน คือมีอาการปวดบริเวณเหงือกร่วมด้วย ทั้งนี้อาการของโรคปวดเส้นประสาทใบหน้าที่มักเกิดขึ้นเป็นช่วงๆ คือเป็นๆ หายๆ แต่สามารถเกิดขึ้นซ้ำ ในระหว่างวัน นอกจากนั้นผู้ป่วยอาจมีอาการเกิดขึ้นได้ง่ายเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นบริเวณใบหน้า เช่น การสัมผัส ลมพัด ล้างหน้า โกนหนวด แปรงฟัน เป็นต้น¹⁻⁴

¹ ทันตแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

จากสถิติข้อมูลจากปี พ.ศ. 2562-2565 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีผู้เข้ารับการรักษาด้วย trigeminal neuralgia จำนวน 34 ราย เฉลี่ย 10 ราย/ปี² ถึงแม้จะมีความชุกน้อย แต่เป็นโรคที่รบกวนกับคุณภาพการดำรงชีวิตของคนไข้ เนื่องจากการประกอบกิจวัตรประจำวันตามปกติก็สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคได้แล้ว เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน การใช้มือลูบใบหน้าเบาๆ การเคี้ยวอาหาร ฯลฯ นอกจากนั้นยังคาดเดาเวลาและความนานของการเกิดอาการไม่ได้ การรักษาที่ common และ non-invasive ที่สุดในปัจจุบัน คือ การรักษาด้วยยา ซึ่งเป็น combination ระหว่าง Carbamazepine Gabapentin และ Amitriptyline Dosage⁴ ที่ง่าย เริ่มต้น คือ Carbamazepine 200 มิลลิกรัม วันละ 2 เม็ด Gabapentin 300 มิลลิกรัม วันละ 1-3 เม็ด และ Amitriptyline 10 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ด โดยมีจุดมุ่งหมายในการรักษา คือ การบรรเทาอาการเจ็บปวด คนไข้ไม่ได้หายจากโรค ผลข้างเคียงจากยาแปรผันตามระยะเวลาในการรักษา ซึ่งผลข้างเคียงที่รุนแรงที่สุดคือ aplastic anemia และระยะเวลาสั้นที่สุดที่ทำให้เกิดภาวะนี้ คือ 6 เดือนหลังการรักษา นอกจากนั้นพบรายงานผลข้างเคียงจากยา Gabapentin ได้แก่ มีพฤติกรรมก้าวร้าว วิดกกังวล ซึมเศร้า มีปัญหาด้านการควบคุมอารมณ์ อยากฆ่าตัวตาย⁶ ผลข้างเคียงจากยา Amitriptyline คือ irritable bowel syndrome รู้สึกใจสั่น ท้องผูกอย่างรุนแรงและมีเลือดออกผิดปกติ ความคิดสับสน⁷ นอกจากนั้นเมื่อประมาณการด้านค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อยาจากการใช้ first line drug ในระยะเวลา 1 ปี จะตกราว 140,000 บาท/ราย ซึ่งถือว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงเมื่อเทียบกับประสิทธิผลในการรักษา การมีทางเลือกในการรักษาที่ปลอดภัยขึ้นสำหรับผู้ป่วย (Patient safety) และเสียค่าใช้จ่ายน้อยลง จึงเป็นทางออกที่น่าสนใจ

การแพทย์โฮมีโอพาธีมีต้นกำเนิดมาจากประเทศเยอรมัน ได้รับการรับรองจากองค์การ

อนามัยโลกให้เป็น 1 ใน 5 ของระบบการแพทย์ทางเลือกที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายในนานาประเทศ จากรายงานการศึกษาด้านประสิทธิผล ความปลอดภัยและความคุ้มค่าของการใช้ยาโฮมีโอพาธีเมื่อเปรียบเทียบกับยาแผนปัจจุบันและยาหลอก พบว่าประสิทธิผลไม่ด้อยกว่ายาแผนปัจจุบันในการรักษาในโรคและกลุ่มอาการต่างๆ และเหนือกว่ายาหลอก การที่ผู้ป่วยจะไม่หายจากโรค เกิดจากการจ่ายยาไม่ครอบคลุมกับอาการโดยรวม (totality of symptom) แต่ไม่มีรายงานถึงการเสียชีวิต มีการศึกษาถึงความปลอดภัยแม้ใช้ในช่วงตั้งครรภ์จนถึงช่วงของการคลอดบุตรหรือแม้แต่ในผู้ป่วย ICU และไม่พบรายงานอาการอื่นไม่พึงประสงค์ พบอาการจากการจ่ายยาเกินขนาดได้แต่เมื่อหยุดใช้อาการนั้นจะหายไปเองโดยไม่ตกค้าง^{8,9}

การใช้การแพทย์ทางเลือกควบคู่ไปกับ conventional drug ในลักษณะบูรณาการหรือแม้แต่ใช้ทดแทน conventional drug ในกรณีที่คนไข้แพ้ยา หรือไม่ประสงค์จะใช้ยาเคมี หากสามารถลดปริมาณการใช้ยาและลดผลข้างเคียงจาก conventional drug ได้ ย่อมทำให้คนไข้ปลอดภัยยิ่งขึ้น และหากทำให้คนไข้หายจากโรคได้เร็วและเสียค่าใช้จ่ายน้อย ก็ยังเป็นทางเลือกที่พึงประสงค์ ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงได้นำการแพทย์โฮมีโอพาธีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย Trigeminal neuralgia

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการดูแลผู้ป่วย Trigeminal neuralgia โดยใช้การแพทย์โฮมีโอพาธี

กรณีศึกษา

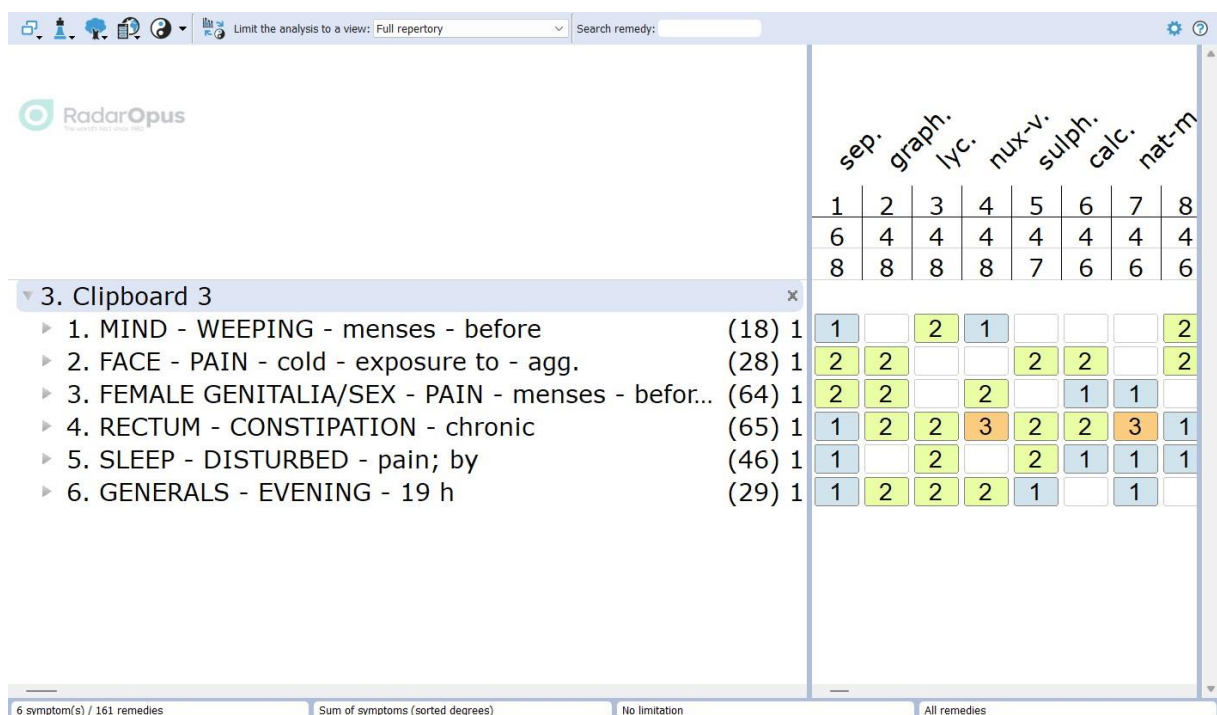
ผู้ป่วยหญิงอายุ 43 ปีได้รับการส่งตัวมาจากแผนกอายุกรรมด้วยอาการสำคัญคือ อาการปวดบริเวณเส้นประสาทและใบหน้ามาประมาณ 6 เดือน เป็นๆหายๆ อาการมักเป็นเวลากลางคืน ตั้งแต่ 19.00 น. และรบกวนการนอน ต้องสะดุ้งตื่น

ขึ้นมา หรือเป็นมากจนนอนได้ยาก เวลาปวดจะปวดบริเวณแก้ม ขมับไปถึงตา ด้านซ้าย น้ำหนักลดลงไป 7 กิโลกรัม ผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน แพทย์ได้สั่งยา Carbamazepine 200 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ด Gabapentin 300 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ด และ Amitriptyline 10 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ด ผู้ป่วยทานยาแล้วอาการไม่บรรเทา และมีการใจสั่น จึงเข้ามาพบแพทย์ แพทย์ได้แจ้งเปลี่ยนยา แต่ผู้ป่วยปฏิเสธ จึงได้รับการส่งตัวมาที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้ป่วยแจ้งความประสงค์ว่าไม่ต้องการรับประทานยาเคมีเพิ่มจากเดิมอีก เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (ACQUIRED IMMUNO-DEFICIENCY SYNDROME) กรดไหลย้อน ไช้สอัสเสบเรื้อรัง ปวดประจำเดือน ท้องผูกเรื้อรัง ผู้รักษาได้อธิบายทางเลือกในการรักษาและผู้ป่วยประสงค์จะใช้การรักษาด้วยการแพทย์โฮมิโอพาธี

ปรัชญาการดูแลความเจ็บป่วยด้วยการแพทย์โฮมิโอพาธี คือ การจัดการให้พลังชีวิต

กลับคืนสู่สภาวะสมดุล เงื่อนไขการเกิดความเจ็บป่วยเนื่องจากการเสียสมดุลของพลังชีวิต หากพลังชีวิตมีความสมดุล สิ่งมีชีวิตจะสามารถเยียวยาความเจ็บป่วยของตนเองได้ ตามหลักการเช่นนี้ กรณีเป็นโรคเรื้อรังก็ไม่จำเป็นต้องเจ็บป่วยด้วยโรคนั้นๆ ติดตัวไปจนตาย หากสามารถทำให้สิ่งมีชีวิตนั้นกลับมามีพลังชีวิตที่สมดุลได้ เครื่องมือที่ทำให้พลังชีวิตสมดุลตามหลักการของการแพทย์โฮมิโอพาธี คือ ยาเฉพาะบุคคล ที่ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าตัว การบอกเล่าจากคนใกล้ชิด จนสามารถระบุสาเหตุแน่ชัด (AILMENTS FROM) ระบุสิ่งที่ทำให้มีอาการต่างๆ ขึ้นหรือแยลง (MODALITY) ร่วมกับการสังเกตผู้ป่วยอย่างปราศจากอคติ (UNPREJUDICED OBSERVATION)

ในคนไข้รายนี้ สามารถหายาเฉพาะบุคคลได้จากการเก็บข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แล้วมาวิเคราะห์ผ่านโปรแกรม RADAR OPUS รายละเอียดภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 การวิเคราะห์วิเคราะห์โปรแกรม RADAR OPUS

จากโปรแกรม จะแสดงความน่าจะเป็นของยาที่เหมาะสมกับคนไข้รายนี้ ลำดับ 1-20 แต่การตัดสินใจเลือกยาที่เหมาะสม (REMEDY DIFFERENTIAL DIAGNOSIS) มาจากดุลยพินิจของผู้รักษา โดยวิเคราะห์จากลักษณะบุคลิกทางด้านจิตใจ (MIND) ความไว (SENSITIVITY) และความ

อ่อนไหว (SUSCEPTIBILITY) ต่อปัจจัยต่างๆในด้านร่างกายโดยรวม (GENERAL) และเฉพาะที่ (LOCAL) ในคนไข้รายนี้ ผู้รักษาเลือก SEPIA เป็นยาจำเพาะบุคคล (CONSTITUTIONAL REMEDY) เพื่อใช้ในการรักษา รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รายละเอียดการรักษา

วันที่	รายละเอียดอาการ	การจ่ายยา
9 ก.ย. 2565	อาการปวดบริเวณเส้นประสาทและใบหน้ามาประมาณ 2 สัปดาห์ อาการปวดแบบคาดเดาเวลาไม่ได้ แต่มักเป็นเวลากลางคืนและรบกวนการนอนจนต้องสะดุ้งตื่นขึ้นมา เวลาปวดจะปวดบริเวณแก้ม ขมับไปถึงตา	SEPIA 200 C จำนวน 4 ครั้งใน 1 วัน (ห่างกันอย่างน้อย 2 ชม.) แล้วหยุด
	ด้านขวา	PLACEBO วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน
23 ก.ย. 2565	อาการปวด เบาลงจาก 10/10 เป็น 5/10 ความถี่แบบคาดเดาไม่ได้ เปลี่ยนมาเป็นปวดช่วงหัวค่ำถึงกลางคืนอย่างเดียว มาประมาณ 1 ชั่วโมง/ครั้ง แต่ถ้าหลับไปแล้ว ก็จะไม่รู้สึกปวด ลักษณะของการปวดจะปวดจี๊ดซึ่งมีระดับความแรง 5/10 ความนาน 1 นาทีแล้วหาย	ให้กิน PLACEBO ต่อ วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน
	ไป อาการกรดไหลย้อนหายไป คนไข้ง่วงนอนเร็วขึ้น	
20 ต.ค. 65	อาการปวดยังอยู่ที่ระดับ 5/10 อาการปวดเป็นเฉพาะช่วงหัวค่ำ มาประมาณ 1 ชั่วโมง/ครั้ง ระดับความปวด 5/10 ความนาน 1-3 นาทีแล้วหายไปเอง	SEPIA 200 C จำนวน 4 ครั้ง(ห่างกันอย่างน้อย 2 ชม.) จำนวน 2 วัน
	การนอนหลับไม่ถูกรบกวนด้วยอาการปวด (รู้สึกถึงอาการแต่ไม่มากพอที่จะทำให้ตื่น) คนไข้นอนหลับได้นานขึ้น (มาติดตามอาการที่คลินิกโฮมิโอพาธี)	ติดกัน แล้วหยุด PLACEBO วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน
17 พ.ย. 65	อาการปวด เบาลงจาก 5/10 เป็น 1-2 /10 และประมาณ 3-4 วัน จะมีอาการสักระยะหรือสองครั้ง ความนานประมาณ 30 วินาที ความรุนแรงของการปวด 1/10	PLACEBO วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน
	จำนวนวันที่ท้องผูกต่อ 1 สัปดาห์ลดลง (มาติดตามอาการที่คลินิกโฮมิโอพาธี)	
22 ธ.ค. 65	ประมาณ 2 สัปดาห์จะมีอาการสักระยะหรือสองครั้ง ความนานประมาณ 10 วินาที ความรุนแรงของการปวด 1/10	PLACEBO วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน
	(มาติดตามอาการที่คลินิกโฮมิโอพาธี)	

ตารางที่ 1 รายละเอียดการรักษา

วันที่	รายละเอียดอาการ	การจ่ายยา
12 ม.ค. 66	ปวดอาการ คนไข้ไม่มีอาการท้องผูก (มาติดตามอาการที่คลินิกโฮมิโอพาธี)	PLACEBO วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน
9 ก.พ. 66	ปวดอาการ อาการปวดประจำเดือนลดลง อาการก่อนมีประจำเดือน ไม่มี (ปกติจะเป็นไมเกรน) (มาติดตามอาการที่คลินิกโฮมิโอพาธี)	PLACEBO วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน
9 มี.ค. 66	ปวดอาการ (มาติดตามอาการที่คลินิกโฮมิโอพาธี)	PLACEBO วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน
25 พ.ค. 66	ปวดอาการ	ไม่ได้จ่ายยา
	จำหน่ายคนไข้ออกจากระบบ	

อภิปรายผล

การรักษาผู้ป่วย Trigeminal neuralgia เป็นกลุ่มอาการที่ซับซ้อนและไม่สามารถหายขาดได้ เนื่องจากสาเหตุของ การเกิดโรคยังมีข้อสรุปไม่ชัดเจน¹⁻⁴ การใช้การแพทย์ทางเลือกควบคู่ไปกับ conventional drug จึงเป็นการบูรณาการการรักษาผู้ป่วย Trigeminal neuralgia ในกรณีนี้

คนไข้แพ้ยา หรือไม่ประสงค์จะใช้ยาเคมี หากสามารถลดปริมาณการใช้ยาและลดผลข้างเคียงจาก conventional drug ได้ ย่อมทำให้คนไข้ปลอดภัยยิ่งขึ้น และหากทำให้คนไข้หายจากโรคได้เร็วและเสียค่าใช้จ่ายน้อย ก็ยังเป็นทางเลือกที่พึงประสงค์^{8,9}

เอกสารอ้างอิง

1. Rappaport ZH, Devor M.(1994). Trigeminal neuralgia: the role of self sustaining discharge in Trigeminalganglion. Pain 1994;56:127-38.
2. ศรีณย์ นันทอารี.(2553) โรคปวดเส้นประสาทใบหน้า ออนไลน์
<https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=838> สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2565.
3. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์.(2565). โรคปวดเส้นประสาทใบหน้า. ออนไลน์
<https://www.bumrungrad.com/th/conditions/trigeminal-nerve> สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2565.
4. ศศิกร นาคมนี การรักษา Trigeminal neuralgia ที่มาพบทันตแพทย์ ด้วยการรักษาแบบผสมผสานร่วมกับการฝังเข็ม วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า ปีที่ 33 ฉบับที่ 3 ก.ค. - ก.ย. 2559
5. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. สถิติเข้ามารับการรักษาด้วย trigeminal neuralgia ปี พ.ศ. 2562-2565
6. Peckham AM, Sclar DA. Need for international classification of gabapentin as a controlled substance. BMJ 2018. doi: 10.1136/bmj.k4978
7. Thour A, Marwaha R. Amitriptyline [Internet].2022 [cited 2022 Nov 2]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537225/>

8. มณฑกา วีรชัยสกุล.(2565). การบำบัดแบบโฮมีโอพาธี. กองการแพทย์ทางเลือก ออนไลน์
<https://thaicam.go.th/category/healthy/homiopathi/> สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2565.
9. นนท์ ไสวฉณะ.(2560). โฮมีโอพาธี: ศาสตร์แห่งการแพทย์ทางเลือกและการประยุกต์ใช้. วารสาร
การแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 24(2). 72-82

การพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี

The development and effectiveness of Clinical Nursing Practice Guidelines for schizophrenic patients with aggressive behavior: Mae Lan District, Pattani Province.

(Received: August 4, 2023 ; Revised: August 14, 2023 ; Accepted: August 15, 2023)

อรัญญา ฤทธิเดช¹, อุบล วรรณกิจ², อสุนี สาแลมะ³, อาอีเสาะ สาแล๊ะมะ⁴
Aranya Ridthidech¹, Ubon Wannakit², Asunee Salaema³, Ar-e-soh Salaeama⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี ทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2565- กันยายน 2566 การพัฒนาแนวปฏิบัติแบ่งเป็น 4 ระยะคือ สร้างแนวปฏิบัติ ตรวจสอบคุณสมบัติแนวปฏิบัติ ศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ และปรับปรุงเผยแพร่ กลุ่มตัวอย่างคือ 1) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในชุมชนอำเภอแม่ลาน จำนวน 30 คน 2) พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแม่ลานและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอแม่ลานที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นเวลา 1 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน CVI=.99, และ 1.00 ตามลำดับ ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น α = .83, .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มี 6 องค์ประกอบ คือ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การประเมิน การให้การพยาบาลผู้ป่วย การส่งต่อผู้ป่วย การให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลและการบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติอย่างเป็นระบบ ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ พบว่าสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยได้ดี โดยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวหลังทดลอง($\bar{X}$ =0.80, S.D.=.847) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ =10.53, S.D.=3.350) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) $t=15.953$ (df=29) พยาบาลผู้ให้มีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติในระดับมาก ($\bar{X}$ =2.70, S.D.=.214) สามารถประเมินและดูแลผู้ป่วยอย่างมีรูปแบบเป็นแนวทางเดียวกัน เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดี ควรนำไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชนอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว, ความพึงพอใจ

Abstract

This study was a research and development aimed to develop and evaluate the effectiveness of Clinical Practice Guidelines for schizophrenic patients with aggressive behavior in the Mae Lan District, Pattani province. The study was conducted between October 2022 - September 2023. The development of the CNPG was divided into 4 phases: established guidelines, content validity check, effectiveness evaluation, and dissemination. The samples were 30 schizophrenic patients with aggressive behavior in the community of Mae Lan District and 10 nurses who provided nursing care for those patients, selected by purposive sampling. The Clinical Practice Guidelines for schizophrenic patients with aggressive behavior were implemented for 4 weeks. Data were collected using the Overt Aggressive Scale(OAS) for Schizophrenic patients and the satisfaction of nurses' questionnaire. Content validity was checked by 5 experts, CVI = .99, and 1.00, respectively, with Cronbach's alpha coefficient (α) = .83, and .86, respectively. Descriptive statistics and t-tests were used for data analysis ($p <.05$).

The results found that the nursing practice guideline for schizophrenic patients with aggressive behavior consisted of 6 components: patient rights protection, assessment, nursing care, referral systems, patient education,

¹ พย.บ.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแม่ลาน จังหวัดปัตตานี

² ประ.ด.อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาเขตปัตตานี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

^{3,4} พย.บ.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแม่ลาน จังหวัดปัตตานี

and medical record information. Significantly lower OAS was found after using the Guidelines, before ($\bar{X}$ =10.53, S.D.=3.350), after ($\bar{X}$ =0.80, S.D.=.847) t =15.953, p -value <.050). The findings of this study support the effectiveness of the nursing practice guidelines for schizophrenic patients in the community.

Keywords: nursing practice guideline, aggressive schizophrenic patients, satisfaction

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นปัญหาที่มีความสำคัญของประเทศ ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคจิตเวชเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าประชากร 1 ใน 5 ของประเทศมีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งปัญหาที่พบนี้มิใช่ส่งผลกระทบต่อเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อภาระการดูแลของญาติ รวมถึงคนในสังคม นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านเศรษฐกิจ ดังนั้นปัญหาสุขภาพจิตจึงก่อให้เกิดผลกระทบที่รุนแรง มีความพิการและสูญเสียเป็นจำนวนมาก¹ เนื่องจากโรคจิตเวชมีความผิดปกติในด้านอารมณ์ พฤติกรรมการรับรู้ และความคิด เป็นอาการแสดงที่สำคัญ เมื่อป่วยแล้วมักไม่หายขาด การดำเนินของโรคแบบเรื้อรัง ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ส่งผลให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตเสื่อม ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเวชปัจจุบัน มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยให้ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยเร็ว² เมื่อกลับไปสู่ชุมชนร้อยละ 4.1 พบปัญหาการก่อความรุนแรง โดยร้อยละ 20 พบในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและมักเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงที่ขาดการรักษาต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย คิดว่าหายแล้ว ทำให้ขาดยา ใช้สารเสพติดร่วม ขาดผู้ดูแล รวมไปถึงการบริการสุขภาพจิตในชุมชนที่มีอยู่อย่างจำกัด³ จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเริ่มต้นถึงรุนแรงร้อยละ 14.3 หรือ 7 ล้านคน⁴ โดยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณ 400,000 คน⁵ โรคจิตเภทพบมากที่สุดในกลุ่มโรคจิตเวช และมีอัตราการเกิดโรครายใหม่สูงถึงร้อยละ 1 - 2 ของประชากรโลก⁶ ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดอันตรายทั้งต่อตนเอง และบุคคลรอบข้าง และจัดเป็นภาวะจิตเวชฉุกเฉิน⁷ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ยังประสบปัญหาในหลายประการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ขาดความรู้และทักษะ

ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวช ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่เหมาะสม⁸ แนวทางหนึ่งที่สามารถช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม คือ แนวทางปฏิบัติทางคลินิก การมีแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยนักปฏิบัติทางคลินิก/ผู้ประกอบด้านวิชาชีพด้านสุขภาพในการตัดสินใจอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ตลอดจนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา⁹ เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพสามารถปรับแก้ปัญหที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติก่อให้เกิดความพึงพอใจในการใช้บริการการพยาบาล¹⁰ จากสถิติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลแม่ลาน พบว่า โรคจิตเภท (F20.00-F29.00) เพิ่มขึ้นจาก ปี 2563-2565 จำนวน 128คน, 133คน และ 135 คน โดยในจำนวนนี้มีผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจำนวน 42 ราย, 44 ราย และ 39 ราย ตามลำดับ ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่พบมีทั้งพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูดและการแสดงออก พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน¹¹

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวแบบเดิมของโรงพยาบาลแม่ลานจะมีการดูแลในระยะฉุกเฉินและให้การพยาบาลในห้องฉุกเฉินเท่านั้นขาดการติดตามและการประเมินซ้ำหลังจากจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบและมีพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ และจากการทำ Focus group การทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยอยู่อีกหลายประการได้แก่ (1) เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ขาดทักษะ ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่เหมาะสม (2) ขาดความพร้อมของทีมดูแล (3) การพยาบาลไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน (4) เจ้าหน้าที่โดนทำร้าย ถูกข่มขู่ (5) ขาดการประสานงานที่เหมาะสมของทีมให้การพยาบาล ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โรงพยาบาลแม่ลาน จังหวัดปัตตานี เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ได้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง ครบถ้วน ชุมชนปลอดภัย ลดต้นทุนด้านการรักษาพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี โดยพัฒนาและประยุกต์ตามกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย 4 ระยะ 10 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะที่ 1 การพัฒนาและการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติที่พัฒนา ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดประเด็นและขอบเขตของปัญหา 2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล 3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย 4) สืบค้น ข้อมูล ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ 5) วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสืบค้น 6) สร้างแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์/พัฒนาคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติ ระยะที่ 2 ทดลองความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ ประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญสาขาวิชาชีพ และทดลองใช้แนวปฏิบัติเพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ระยะที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ และระยะที่ 4 ปรับปรุงและเผยแพร่⁹ จากกระบวนการดังกล่าว ผู้วิจัยได้สร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี

ดังนี้ 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เป็นการเคารพเอกลิทธิของผู้ป่วยที่ควรได้รับการให้การรักษายาบาลทั้งผู้ป่วยที่มีญาติและผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ ประกอบด้วย (1) การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (2) การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการบำบัดรักษาไว้เป็นความลับ (3) การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวโดยมีการตรวจสอบสิทธิที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ เช่น สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าประกันสังคม และระบบอื่นๆ ของรัฐอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน (4) การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย (5) การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวโดยการผูกมัดจะกระทำได้เมื่อเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ผู้อื่น และทรัพย์สิน¹²

2) การประเมินผู้ป่วย โดยประเมินถึงมารูณแรงของอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ประกอบด้วย ชักประวัติจากผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย โดยเน้นที่ปัญหาในปัจจุบันและมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย โดยครอบคลุมประวัติ ดังนี้ ชักประวัติทางจิต ประวัติทางกาย ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการใช้ยาและสารเสพติด ประวัติการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น การพูดคุกคาม ช่มชู้ การทำร้ายตนเอง การทำร้ายผู้อื่น และการทำลายสิ่งของ ประเมิน 6 สัญญาณเตือนอาการผิดปกติทางจิต ประเมิน 7 สัญญาณเตือนการก่อความรุนแรง¹³ ประเมินการฆ่าตัวตาย ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงโดยใช้แบบประเมิน OAS แบบดัดแปลงผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 10 ด้าน¹⁴

3) การให้การพยาบาลผู้ป่วย ประกอบด้วย

(1) การจัดสภาพแวดล้อม เพื่อลดการกระตุ้น เช่น จัดบรรยากาศการแยกผู้ป่วยไปไว้ในที่ที่สงบ และปลอดภัย การจัดเก็บอุปกรณ์อันตรายต่างๆ

(2) การสร้างสัมพันธภาพ โดยพยาบาลแสดงท่าทีที่เป็นมิตร สงบ พร้อมที่จะช่วยเหลือไม่คุกคามผู้ป่วย อยู่ในระยะห่างที่พอเหมาะ เพื่อที่จะไม่ทำให้

ผู้ป่วยอดีต และสิ่งของส่วนตัวของผู้ป่วยที่อาจจะนำมาเป็นอาวุธ หรืออาวุธที่ผู้ป่วยพกติดตัวมา

(3) การบริหารยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ก่อนการควบคุมพฤติกรรม โดยการใช้ยาจะต้องมีการประเมินอาการผู้ป่วยทุกครั้ง ว่าพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากอาการทางจิต หรือไม่ หากไม่ใช่ อาการทางจิต ให้พิจารณาการจำกัดพฤติกรรมวิธีอื่น แทน หลังการรักษาด้วยยา จะต้องมีการตรวจสอบอาการของผู้ป่วยเป็นระยะ ตรวจสอบสัญญาณชีพ และภาวะไม่สุขสบายที่อาจจะเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงจากยา

(4) การผูกมัด ควรเลือกวิธีการผูกมัดผู้ป่วยให้น้อยที่สุด หากมีการผูกมัดควรใช้ผ้าผูกมัดที่มีลักษณะนุ่ม ก่อนการผูกมัดควรประเมินว่ามีบุคลากรที่จะเข้าทำการผูกมัดพอหรือไม่ และควรระวังความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรที่ทำการผูกมัด¹⁵

4) การส่งต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยส่งต่อมาจาก รพสต. (OAS=2-3 คะแนน) คือ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มกลุ่มหนักและกลุ่มหนักมาก แพทย์พิจารณาให้ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช OAS=3 คะแนน) กรณีแพทย์วินิจฉัยให้ผู้ผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อไปดูแลต่อที่บ้าน มีการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวการรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง อาการโรคของผู้ป่วย เช่น อาการเปลี่ยนแปลงให้รีบมาพบแพทย์ การตรวจตามนัด แพทย์ และมีการติดตามต่อเนื่องภายใน 1 เดือน หลังจำหน่าย (สัปดาห์ที่ 1 , สัปดาห์ที่ 2 , สัปดาห์ที่ 3 , สัปดาห์ที่ 4)¹⁴

5) การให้ความรู้/คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยให้ความรู้ทั้งผู้ดูแลและตัวผู้ป่วยเอง ในการดูแลผู้ป่วย ทั้งการควบคุมอาการ การสังเกตสัญญาณเตือนและการประเมินการแฉะเหตุ และการช่วยเหลือเบื้องต้น การรับประทานยาและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการมาตามนัด¹⁶

6) การบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติอย่างเป็นระบบ โดยบันทึกข้อมูลที่ได้ทั้งหมดลงในระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล และเวชระเบียน บันทึกกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยบันทึกการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ บันทึกผลของการให้การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

บันทึกเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลทุกครั้ง บันทึกอาการและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย บันทึกภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการให้การพยาบาล บันทึกผลสรุปในการรักษาผู้ป่วย¹⁶

ซึ่งดำเนินการวิจัยในช่วงปีงบประมาณ 2566 ในพื้นที่อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท และมีพฤติกรรมก้าวร้าว มีชื่อในทะเบียนคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลแม่ลาน อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี และพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 2) พยาบาลจิตเวชที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดย

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลแม่ลาน จำนวน 30 คน เกณฑ์ในการคัดเลือกคือ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท มีชื่อในทะเบียนคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลแม่ลาน อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี ไม่พบความผิดปกติโรคทางกายและโรคทางระบบสมอง โดยผู้ป่วยมีลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าว ข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ 1) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง 2) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูดและการแสดงออก 3) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สินและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มที่ 2 พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอแม่ลานและโรงพยาบาลแม่ลาน เกณฑ์ในการคัดเลือก มีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ไม่น้อยกว่า 5 ปี และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 10 คน

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ Power Analysis of Sample Size (Polit and Beck, 2004) ด้วยโปรแกรม G*power โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการทดลองจากงานวิจัยเรื่องการพัฒนาการ

ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีการศึกษาตัวแปรและประชากรที่ใกล้เคียงกันมาคำนวณกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจทดสอบ 80% และมีโอกาสในการเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็น 95% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = .050$ พบว่า ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่มคือ 27 คน และเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10 % = จำนวน 3 คน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน ในการดำเนินการวิจัยผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโครงการสามารถเข้าร่วมและปฏิบัติตามกระบวนการวิจัยตามระยะเวลา 1 เดือน ได้ครบทั้ง 30 คน พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถปฏิบัติตามกระบวนการในแนวปฏิบัติ ในระยะเวลา 1 เดือนได้ครบทั้ง 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี ประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 2) การประเมินผู้ป่วย 3) การให้การพยาบาลผู้ป่วย 4) การส่งต่อผู้ป่วย 5) การให้ความรู้/คำแนะนำ แก่ผู้ป่วยและญาติ 6) การบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติอย่างเป็นระบบ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (จิตแพทย์ 1 ท่าน, อาจารย์ผู้ชำนาญด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล 1 ท่าน, พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและมีคุณวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่านและพยาบาลผู้ปฏิบัติปฏิบัติงานขั้นสูงสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน) ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมและความเหมาะสมของแนวปฏิบัติฯ คำนวณค่าความตรงตามเนื้อหา CVI= .99 และปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อความสมบูรณ์และ

ชัดเจนของเนื้อหา ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่ปรับแก้เนื้อหาตามคำแนะนำของทรงคุณวุฒิแล้วมาทดลองใช้ (Pilot project) โดยพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 5 คน เป็นเวลา 2 สัปดาห์ แล้วให้พยาบาลประเมินความยากง่ายและความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติโดยใช้แบบประเมินความยากง่ายและความเป็นไปได้ รวมถึงสัมภาษณ์ปัญหาในการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่าพยาบาลประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวได้ร้อยละ 100 ความยากง่ายของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวปฏิบัติการพยาบาลได้ยากแต่มีความเป็นไปได้ ร้อยละ 40 และปฏิบัติการพยาบาลได้ง่ายและมีความเป็นไปได้คิดเป็นร้อยละ 60 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวตามข้อเสนอแนะ จากนั้นดำเนินการอบรมเตรียมความพร้อม และฝึกปฏิบัติแก่พยาบาลผู้ใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่า พยาบาลทั้ง 5 คน สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องและประเมินการปฏิบัติว่า ง่ายและมีความเป็นไปได้ ร้อยละ 100

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ

2.1 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท มี 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว (อายุ เพศ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ศาสนา ผู้ดูแลหลัก ประวัติการก่อความรุนแรง อาการผิดปกติทางจิต สัญญาณเตือนก่อความรุนแรง) ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว¹⁷ เป็นแบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทโดยพยาบาลเป็นผู้สังเกตพฤติกรรม, สอบถามและเก็บข้อมูลพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ โดยแบ่งระดับความก้าวร้าวตามระดับความรุนแรงที่ประเมินได้ ดังนี้

0 คะแนน หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง แสดงว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนในระดับนี้จะถูกจัดอยู่ในกลุ่มฟื้นฟู

1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ซึ่งจะจัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน

3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือทรัพย์สิน

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดย 1) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (ตามที่ระบุข้างต้น) คำนวณ $CVI = 1/2$ ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด จำนวน 30 คน คำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราค (Cronbrach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .83 ซึ่งค่าอัลฟาของคอนบราคที่ดีคือ 0.80 ขึ้นไป¹⁷

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล ผู้ใช้แนวปฏิบัติ มี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป (อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน และระยะเวลาการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว) ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 13 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านวิธีการและขั้นตอน (ข้อ 1-3) 2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล (ข้อ 4-7) 3) ด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว (ข้อ 8-10) 4) ด้านความเหมาะสม

กับบริบทของหน่วยงาน (ข้อ 11-13) โดยให้คะแนนความพึงพอใจ เป็น 3 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ: ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (ตามที่ระบุข้างต้น) $CVI = .99$ ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด จำนวน 30 คน ค่า Cronbrach's Alpha = .86

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

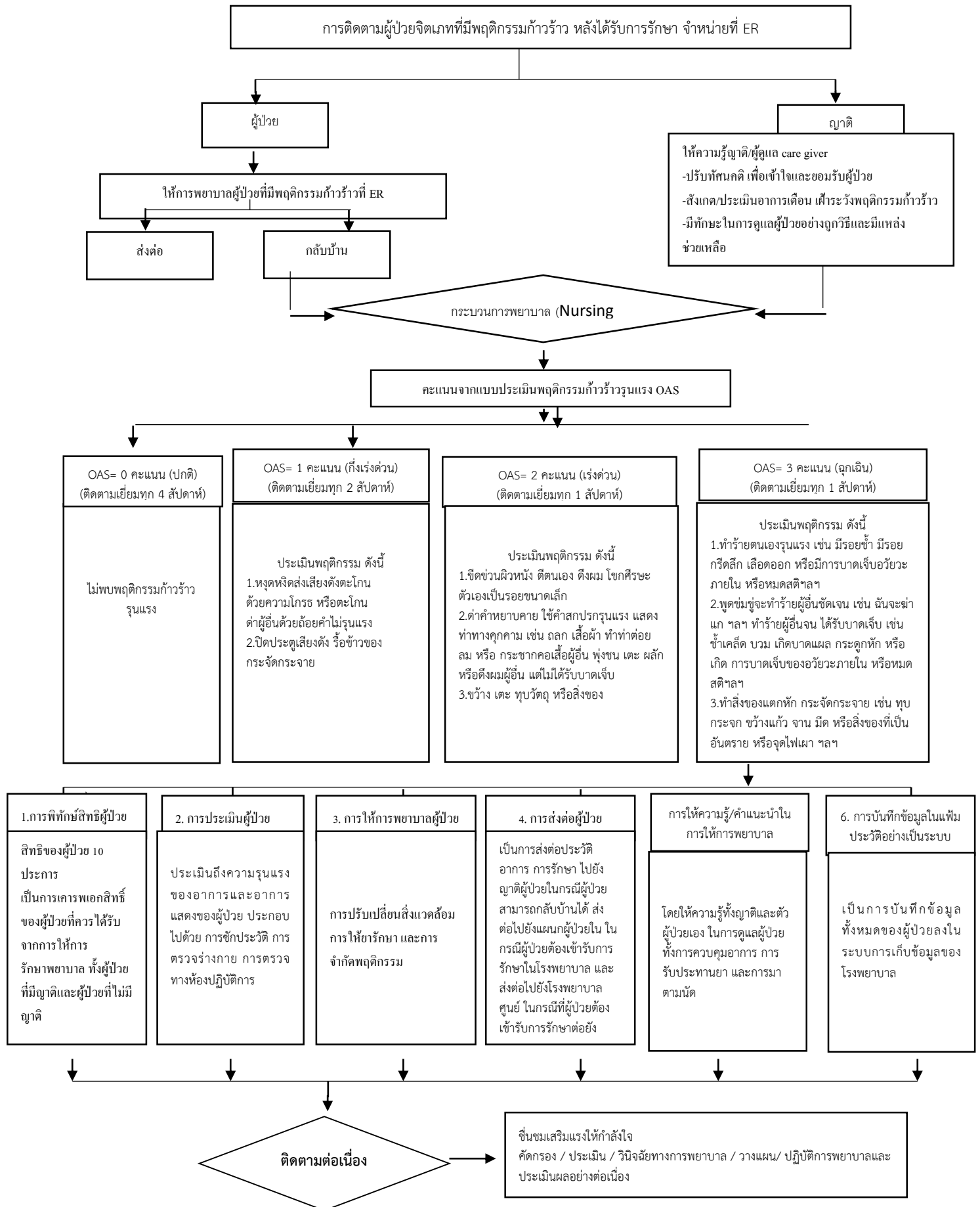
วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับความพึงพอใจของพยาบาล และคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวโดยสถิติ paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เลขที่โครงการวิจัย RECPTN No.021/65 รับรองวันที่ 7 กันยายน 2565

ผลการศึกษา

1. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี มี 6 องค์ประกอบ คือ 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 2) การประเมินผู้ป่วย 3) การให้การพยาบาลผู้ป่วย 4) การส่งต่อผู้ป่วย 5) การให้ความรู้/คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ 6) การบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติอย่างเป็นระบบ ตามแผนภาพ (Flow chart)



2. ประสิทธิภาพของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่พัฒนาขึ้นเป็นระยะเวลา 1 เดือน พบว่า

2.1 ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของพยาบาล

พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 38 ปี มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 10 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 20 และเพศหญิง ร้อยละ 80 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 โดยนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 20 และศาสนาอิสลาม ร้อยละ 80

ผลการวิจัย พบว่าพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.70$, S.D.=.214) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยความพึงพอใจด้านผลลัพธ์มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=2.87$, S.D.=.233) รองลงมาคือ ด้านวิธีการ ($\bar{X}=2.73$, S.D.=.344) ด้านการปฏิบัติ ($\bar{X}=2.60$, S.D.=.242) และด้านความเหมาะสม ($\bar{X}=2.60$, S.D.=.410) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว (n=10)

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
ความพึงพอใจด้านวิธีการ	2.73	.344	มาก
ความพึงพอใจด้านการปฏิบัติ	2.60	.242	มาก
ความพึงพอใจด้านผลลัพธ์	2.87	.233	มาก
ความพึงพอใจด้านความเหมาะสม	2.60	.410	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม	2.70	.214	มาก

หมายเหตุ: การประเมินแบ่งเป็น 3 ระดับ น้อย(1) ปานกลาง(2) และมาก(3) การแปลผลระดับสูงสุด คือ มาก

2

2.2 ผลลัพธ์ด้านการลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่เข้ารับการรักษาระยะอยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.77 ปี (S.D.=7.587) เป็นเพศชายร้อยละ 86.7 หญิงร้อยละ 13.3 มีสถานภาพสมรส โสดร้อยละ 70 หย่า/หม้าย ร้อยละ 30 นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 66.6 และศาสนาพุทธร้อยละ 33.4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 43.3 เท่ากัน ส่วนใหญ่ว่างงานคิดเป็นร้อยละ 76.7 ซึ่งสอดคล้องกับรายได้เฉลี่ย อยู่ที่ 1613.33 ต่อเดือน โดยมีรายได้ต่ำสุดที่ 0 บาทต่อเดือน สูงสุดที่ 20,000 บาทต่อเดือน และผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดาซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักคิดเป็นร้อยละ 73.3

ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับแนวปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกที่ระดับ .050 โดยหลังได้รับแนวปฏิบัติผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรวมทุกด้านลดลง (ก่อน $\bar{X}=10.53$, S.D.= 3.350, หลัง $\bar{X}= 0.80$, S.D.=0.847, $t= 15.953$, $df=29$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่นและพฤติกรรมก้าวร้าวต่อทรัพย์สินลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .050 (พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น ก่อน $\bar{X}=4.97$, หลัง $\bar{X}= 0.53$, $t= 14.678$, พฤติกรรมก้าวร้าวทรัพย์สิน ก่อน $\bar{X}=5.00$, หลัง $\bar{X}= 0.27$, $t= 15.245$, $df=29$) ส่วนพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเองลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อน $\bar{X}=0.57$, S.D.= 1.612, หลัง $\bar{X}= 0.00$, S.D.=0.000, $t= 1.925$, $df=29$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการใช้แนวปฏิบัติ
การพยาบาลฯ (n=30)

พฤติกรรมก้าวร้าว	ก่อนได้รับแนวปฏิบัติฯ		หลังได้รับแนวปฏิบัติฯ		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ก้าวร้าวต่อตนเอง	0.57	1.612	0.00	0.000	1.925	29	.064
ก้าวร้าวต่อผู้อื่น	4.97	1.542	0.53	0.507	14.678	29	.000*
ก้าวร้าวต่อทรัพย์สิน	5.00	1.742	0.27	0.45	15.245	29	.000*
ก้าวร้าวรวมทุกด้าน	10.53	3.350	0.80	0.847	15.953	29	.000*

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.050

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยและพัฒนานี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มเดียววัดสองครั้ง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและตรวจสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าว ผลการวิจัยพบว่า 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มี 4 ระยะ 10 ขั้นตอน คือ ระยะที่ 1 การพัฒนา และตรวจสอบความคุณภาพของแนวปฏิบัติที่พัฒนา ระยะที่ 2 ทดลองความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยประเมินคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญสหวิชาชีพ และทดลองใช้แนวปฏิบัติ ระยะที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ และระยะที่ 4 การปรับปรุงเผยแพร่ 2) ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่าพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจในระดับมาก พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อน

และหลังทดลองไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวส่วนใหญ่ในอำเภอแม่ลาน มักไม่ค่อยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเองมากนัก พฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่นและทรัพย์สินมากกว่า

ข้อเสนอแนะ

แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวสามารถใช้ได้ดีและเกิดผลลัพธ์ที่ดี โดยสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยได้ พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติให้สัมภาษณ์เพิ่มเติมว่า ทำให้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลและการตอบสนองต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของตนเองดีขึ้น มีแนวทางในการทำให้ที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกันมากขึ้น อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ โดยควรมีการวิจัยเพิ่มเติมในเรื่องนี้โดยเปรียบเทียบแบบสองกลุ่ม มีกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ในชุมชนสุขภาพ (ฉบับทดลองใช้).นนทบุรี:พรอสเพอริสพลัส จำกัด.2559.
2. Wangthong A, Watsen T, Tutiyaarn K. The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline: Mentor Participation to Motivate Medication Adherence Behavior of Schizophrenia Patients in Amphur Nongjik, Pattani. Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences. 2014 Apr 29;34(1): 51-70.

3. กมลวรรณ สี เชียงสา, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, สายทิพย์ สุทธิรักษา. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดย ทีมสหวิชาชีพของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบ้านแพ้น จังหวัดชัยภูมิ. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2019 Mar 4;11(2):457-69.
4. Department of mental health. Psychiatric care manual that has a Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V for institutions /hospitals Under the Department of Mental Health. Bangkok: prosperous-plus. 2018.
5. นุชณี เอี่ยมสะอาด,ปพิชญา ทวีเศษ,พรเลิศ ชุ่มชัย.ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง.วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา.2563.
6. ศิริพรรณ ธนชัย.(2562).ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท.วารสารแพทยธานี วารสารราย 4 เดือน ปีที่ 46 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2562.
7. จิตจำนง ผลพฤษยา.การพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน.ใน: ฉวีวรรณ สัตยธรรม,บรรณาธิการ.การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 10.นนทบุรี:ยุทธรินทร์; 2552.หน้า347-349.
8. เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี.แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน.พิมพ์ครั้งที่ 2.นนทบุรี:ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด. 2563.
9. พงศ์ คำ ดิลกสกุลชัย.การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ : หลักการและวิธีปฏิบัติ.พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน.2554.
10. ปลดดา เหมโลหะ.การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จ.สุราษฎร์ธานี (สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2548.
11. โรงพยาบาลแม่ลาน กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด.ทะเบียนผู้มารับบริการในคลินิกผู้ป่วย.2565.
12. วิฑูรย์ อังประพันธ์. (2553).สาระสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ:สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์.2551.
13. ธีระ ศิริสมุด,พรทิพย์ วชิรดิถ,รสสุคนธ์ ชมชื่น, นิภาพร ละครวงศ์.สัญญาเตือนและการแจ้งเหตุในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต สุขภาพจิตสำหรับญาติและคนใกล้ชิด.นนทบุรี: อัลทริเมท พรินติ้ง จำกัด.2562.
14. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด.2563.
15. ศศินันท์ รักษาทรัพย์, ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, นิตยา สุริยะพันธ์.การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย จิตเภทพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2564.
16. ก่อกาล ศิริวัฒน์, วินี กาญจน์ คงสุวรรณ, ถนอม ศรีอินทนนท์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. Princess of Naradhiwas University Journal. 2017 Sep 15;9(3):25-36.
17. รัตน์ศิริ ทาโต.การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์;แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้.ครั้งที่ 3.กรุงเทพฯ: พิมพ์โรงพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.2561.

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ Nursing Care for Patient ectopic pregnancy by operating at Kalasin Hospital

(Received: August 5,2023 ; Revised: August 17,2023 ; Accepted: August 19,2023)

อรุณี พัวโสพิศ¹
Arune Piasopit¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัด 2) ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เก็บข้อมูลจากบัตรบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งมารับบริการที่ห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง 9 เดือนย้อนหลัง เดือน กรกฎาคม 2565 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2566

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีประเด็นปัญหาที่เหมือนและแตกต่างกัน ผู้ศึกษาจึงได้ทำการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาทางการพยาบาลและนำมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและนำแนวคิดกระบวนการพยาบาลกำหนดไว้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตลอดจนนำทักษะประสบการณ์และความชำนาญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: ตั้งครรภ์นอกมดลูก การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัด

Abstract

This study is aimed 1.) To practice nursing care patient ectopic pregnancy by operating in kalasin hospital. 2.) Keep patients safe from complications during treatment at the hospital. storage cards medical records of patient ectopic pregnancy by operating at the service who underwent operative room building at kalasin hospital data were collected during the past 9 month in July 2022 to March 2023.

The results showed that all 2 patients. The problem is the same and different after the study was to analyze the issues nursing and is defined as concept and nursing diagnoses nursing process defined as covering both the physical, mental, emotional and social. As well as the skill, experience and expertise in the care of patient ectopic pregnancy by operating used. Found that the of patient was safe and had no complications.

Keyword : ectopic pregnancy, the nursing of ectopic pregnancy operating care.

บทนำ

การตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic Pregnancy) คือการที่ตัวอ่อนไปฝังตัวนอกโพรงมดลูก พบอุบัติการณ์ร้อยละ 2 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตร้อยละ 10 ของหญิงตั้งครรภ์ อุบัติการณ์พบประมาณร้อยละ 0.5-0.75 หรือประมาณ 1:125 ถึง 1:200 ของการคลอดทั้งหมด มักพบในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ สาเหตุการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด¹⁰ อาการและอาการแสดงของการตั้งครรภ์นอกมดลูกใน

ระยะแรกอาจไม่พบอาการใด ๆ เมื่อการตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป จะทำให้เกิดการแตกของท่อนำไข่ซึ่งเป็นสาเหตุของการตกเลือดภายในช่องท้องอาจทำให้เกิดปัญหาภาวะช็อกจากการเสียเลือดขึ้นได้ อาการที่พบบ่อยที่สุดคือ ปวดท้องหรือปวดบริเวณท้องน้อยตลอดเวลาในกรณีที่มีเลือดออกในช่องท้องจำนวนมากอาจมีอาการปวดร้าวไปที่ไหล่ จะมาพบแพทย์ด้วยอาการหน้ามืดคล้ายจะเป็นลม⁶ การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกจำเป็นต้องอาศัยประวัติ อาการ อาการแสดง และการตรวจ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม โดยเฉพาะการตรวจเพื่อยืนยันการตั้งครรภ์ และการตรวจอัลตราซาวด์ยืนยันตำแหน่งของถุงตั้งครรภ์ จะเห็นได้ว่าการวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกมีหลายขั้นตอน ประกอบกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยไม่จำเพาะชัดเจน จึงมีโอกาที่ทำให้การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกล่าช้าและผิดพลาดได้ง่าย เพราะเมื่อมีการแตกของถุงตั้งครรภ์จะทำให้มีเลือดออกในช่องท้อง ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน มิเช่นนั้นอาจอันตรายถึงชีวิตได้ ในการผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายซึ่งมีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีทั้งในระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด

จากสถิติของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี 2563-2565 พบผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกจำนวน 50 ราย, 64 ราย และ 46 รายตามลำดับ และแยกประเภทเป็น UnRupture : Rupture คือ 36:14 49:15 34:12 ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีแผนการรักษาของแพทย์โดยการผ่าตัดทุกรายรวมจำนวน Unrupture 119 ราย และ Rubture 41 ราย คิดเป็นจำนวนท้องนอกมดลูกไม่แตก 74.38 % ท้องนอกมดลูกแตก 25.62 % และในจำนวนท้องนอกมดลูกแตก มี 10 รายที่มีภาวะ Hypovolemic shock ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะดังกล่าวเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการผ่าตัดโดยทันที ซึ่งพยาบาลที่ดูแลต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะและมีการตัดสินใจที่ถูกต้องแม่นยำ สามารถวางแผนการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยใช้การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นหลัก ดังนั้นข้าพเจ้าจึงมีความสนใจที่จะศึกษาและให้การพยาบาลแก่ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดเป็นอย่างมากจึงได้ทำการศึกษาค้นคว้า รวบรวมความรู้ด้านวิชาการ การพยาบาลและประสบการณ์จากการทำงาน เพื่อ

เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
2. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษารั้ครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายโดยได้เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน, ประวัติการเจ็บป่วย, ประวัติครอบครัว, ข้อมูลทางจิตสังคม อาการและอาการแสดงของโรค การวินิจฉัยโรค การตรวจร่างกายและการรักษาของแพทย์เพื่อเป็นข้อมูลนำไปวิเคราะห์ที่จะประเมินสถานการณ์ของหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัด แล้วมากำหนดเป็นแผนการพยาบาลองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและครอบครัว การศึกษารั้ครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีปัญหาที่เหมือนและแตกต่างกันไป ในระหว่างเดือนกรกฎาคม 2565 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2566 โดยเก็บข้อมูลจากสมุดบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย

การบริการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัด มี 3 ระยะ คือ

1. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด
2. การพยาบาลขณะผ่าตัด
3. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ผลการศึกษา

1. รายงานผู้ป่วย

ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลการประเมินสภาพแรกรับของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

หญิงตั้งครรภ์	การประเมินสภาพแรกรับ
รายที่ 1	หญิงไทย อายุ 34 ปี น้ำหนัก 52 กิโลกรัม สูง 160 เซนติเมตร ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง มีอาการปวดท้องน้อยมาก สีหน้าท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย หน้าตาอิดโรย ริมฝีปากซีด หายใจหอบ สัญญาณชีพแรกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ความดันโลหิต 81/40 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 120 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส pain score 10 / 10
รายที่ 2	หญิงไทย อายุ 35 ปี น้ำหนัก 63 กิโลกรัม สูง 156 เซนติเมตร ก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง มีอาการปวดท้องน้อย วิงเวียนศีรษะ ไม่มีไข้ ถ่ายเหลว 1 ครั้ง ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด สีหน้าท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย สัญญาณชีพแรกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 62 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส pain score 5 / 10

ตาราง 2 เปรียบเทียบข้อมูลการตรวจร่างกายตามระบบของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

หัวข้อประเมิน	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ผิวหนัง	ปกติไม่มีผื่น ความยืดหยุ่นของผิวหนังดี สีผิวซีด	ปกติไม่มีผื่น ความยืดหยุ่นของผิวหนังดี สีผิวซีด
ศีรษะใบหน้า	ปกติ ผมยาวสีดำตรงผมเรียบร้อย	ปกติ ผมสั้นสีดำ
ตา หู จมูก	ตามองเห็นชัดเจนทั้งสองข้าง เปลือกตา เยื่อบุตาทั้งสองข้างซีดมาก หู และจมูกปกติ	ตามองเห็นชัดเจนทั้งสองข้าง เปลือกตา เยื่อบุตาทั้งสองข้างซีด หู และจมูกปกติ
ริมฝีปาก	ปกติ ฟันปกติไม่มีฟันผุ ฟันโยก ฟันปลอม	ปกติ ฟันปกติไม่มีฟันผุ ฟันโยก ฟันปลอม
ทรวงอกและการหายใจ	หายใจหอบ อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที	หายใจปกติ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที
หัวใจ	เต้นไม่สม่ำเสมอในอัตรา 118 ครั้ง/นาที	เต้นสม่ำเสมอในอัตรา 62 ครั้ง/นาที
ระบบประสาท	การเคลื่อนไหว การรับรู้ปกติ	การเคลื่อนไหว การรับรู้ปกติ
เต้านมและอวัยวะสืบพันธุ์	หัวนมและเต้านมปกติ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ	หัวนมและเต้านมปกติ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ
สภาพจิตใจและอารมณ์	รู้สึกตัวแต่รับรู้สิ่งต่างๆได้น้อยท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลียมาก มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการผ่าตัด	รู้สึกตัวดี รับรู้สิ่งต่างๆ ได้ดี มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการผ่าตัด

2. กิจกรรมการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ตาราง 4 กิจกรรมการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

การวินิจฉัยทางการแพทย์	วัตถุประสงค์และการประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด กรณีศึกษาที่ 1 ข้อมูลสนับสนุน - ได้รับการ Set ผ่าตัดแบบเร่งด่วน (Emergency) Pass จาก ER to OR - มีเลือดออกในช่องท้องเนื่องจากท่อนำไข่แตกจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก	วัตถุประสงค์ - ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก ประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยปลอดภัยได้รับการแก้ไขภาวะช็อก สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 90/60 - 128/70 mmHg., ชีพจร 90-110 ครั้ง/นาที, หายใจ 20 - 22 ครั้ง/นาที, O ₂ sat 96 - 97 % ปลายมือ ปลายเท้าอุ่นไม่กระสับกระส่าย capillary refill time 2 วินาที จำนวน ปัสสาวะ $\geq$ 30 ml/hr	1. ประเมินอาการช็อก ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น ระดับความรู้สึกตัวลดลง 2. งดน้ำและอาหารเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด 3. ให้สารน้ำและเลือดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 4. ใส่สายสวนปัสสาวะ สังเกตสีและปริมาณของปัสสาวะซึ่งปัสสาวะควรออกมากกว่า 30 cc/hr. 5. ประเมินระดับความปวดและภาวะซีด 6. เจาะเลือด เพื่อตรวจหาหมู่เลือด CBC electrolyte 7. ให้ออกซิเจน mask with bag 6 ลิตรต่อนาที 8. ประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ควรมีค่าไม่ต่ำกว่า 95 %

ตาราง 4 กิจกรรมการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	วัตถุประสงค์และการประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
- สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 81/40 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 120 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที - เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด - ภาวะวิตกกังวล - ได้รับความ Set ผ่าตัด Explore lap จาก Ectopic pregnancy เวลา 10.00 น. - มีเลือดออกในช่องท้องเนื่องจากท่อนำไข่แตกจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก	วัตถุประสงค์ - ผู้ป่วยปลอดภัยจากไม่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยไม่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด สัญญาณชีพ 110/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 62 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 110/60 - 126/80 mmHg., ชีพจร 62-80 ครั้ง/นาที, หายใจ 20 - 22 ครั้ง/นาที, O ₂ sat 96 - 100 % ปลายมือ	1. ประเมินภาวะของอาการช็อก ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น ระดับความรู้สึกตัวลดลง 2. งดน้ำและอาหารเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด 3. ให้สารน้ำและเลือดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 4. ใส่สายสวนปัสสาวะ สังเกตสีและปริมาณของปัสสาวะซึ่งปัสสาวะควรออกมากกว่า 30 cc/hr. 5. ประเมินระดับความปวดและภาวะช็อค 6. เจาะเลือด เพื่อตรวจหาหมู่เลือด CBC electrolyte 7. ให้ออกซิเจน mask with bag 6 ลิตรต่อนาที 8. ประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ควรมีค่าไม่ต่ำกว่า 95 % 9. จัดเตรียมเลือด PRC ไว้ปริมาณ 4 unit ตามแผนการรักษาของแพทย์
- ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและการรักษาด้วยการผ่าตัด - ภาวะวิตกกังวล - ได้รับความ Set ผ่าตัด Explore lap จาก Ectopic pregnancy เวลา 10.00 น. - มีเลือดออกในช่องท้องเนื่องจากท่อนำไข่แตกจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก - ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและการรักษาด้วยการผ่าตัด - ได้รับความ Set ผ่าตัด Explore lap จาก Ectopic pregnancy เวลา 10.00 น. - มีเลือดออกในช่องท้องเนื่องจากท่อนำไข่แตกจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก	วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ - เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยและญาติยินยอมให้แพทย์ทำการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดและให้ความร่วมมือ ซึ่งผู้ป่วยและญาติสนใจและตั้งใจฟังคำแนะนำ และตอบคำถามได้	1. สร้างสัมพันธภาพ พูดคุยและซักถามผู้ป่วยและญาติเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติบอกความรู้สึก และความวิตกกังวล 2. ให้ข้อมูลเรื่องการผ่าตัดเร่งด่วน และสาเหตุ เนื่องจากภาวะช็อกจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก เพื่อให้เข้าใจการดำเนินของโรค และเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง 3. อธิบายเหตุผลในการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ได้แก่ การเตรียมบริเวณผ่าตัด การใส่สายสวนปัสสาวะ การเจาะเลือด การงดน้ำและอาหาร การให้สารน้ำ และการให้เลือด 4. ให้ข้อมูลถึงการให้การผ่าตัดขณะผ่าตัด การให้ยาระงับปวด หลังออกจากห้องผ่าตัด และการดูแลเพื่อลดความกังวลแก่ผู้ป่วยและญาติ 5. เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และแพทย์ในการซักถามข้อสงสัยจากศัลยแพทย์โดยตรงในขณะที่แพทย์อธิบายผู้ป่วยพยาบาล ควรอยู่ด้วยเมื่อมีอะไรที่ยังสงสัยหรือไม่ชัดเจน พยาบาลควรอธิบายเพิ่มเติม 6. ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลจะได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลเป็นอย่างดี ทุกฝ่ายพร้อมจะให้ความช่วยเหลือ 7. แนะนำให้ใช้เทคนิค การผ่อนคลายและให้อิสระในการเลือกตามความสนใจ เช่น การพูดคุยเพื่อระบายความรู้สึก การทำสมาธิ การฟังธรรมะหรือการฟังเพลง เป็นต้น 8. ให้ข้อมูลแก่บุคคลในครอบครัวถึงสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวล และขอความร่วมมือเอาใจใส่ให้กำลังใจผู้ป่วย 9. ปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ หรือแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาทางเศรษฐกิจ

ตาราง 4 กิจกรรมการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	วัตถุประสงค์และการประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะขณะผ่าตัด เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายขณะผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1,2 ข้อมูลสนับสนุน - เป็นการผ่าตัดใหญ่ต้องได้รับการดมยาสลบก่อนผ่าตัด - ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและควบคุมการหายใจ	วัตถุประสงค์ - เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะวางยาสลบและป้องกันการสำลักเศษอาหาร และน้ำเข้าหลอดลม ประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย	1. ตรวจสอบการงดอาหารและน้ำก่อนการผ่าตัดจากผู้ป่วยและใบบันทึกกรายงานของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยฉุกเฉิน ซักถามประวัติการแพ้ยา และโรคประจำตัวอื่นๆ ว่ามีหรือไม่ ถ้ามีให้แจ้งแพทย์ผู้ทำการรักษา เพื่อวางแผนการรักษาต่อไป 2. ตรวจสอบการลงนามยินยอมการรักษาโดยการผ่าตัด 3. ตรวจสอบของมีค่าและฟันปลอมของผู้ป่วยว่าได้ถอดเก็บเรียบร้อยแล้วก่อนมาห้องผ่าตัด 4. ตรวจสอบผลการชันสูตรต่างๆ ทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจร่างกาย จากรายงานประวัติผู้ป่วย 5. ตรวจสอบสัญญาณชีพ ทุก 5 นาที ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงรายงานแพทย์ 6. ประเมินสัญญาณชีพ และ O₂ Sat ทุก 5 นาที ถ้า O₂ sat ≤ 95% รีบรายงานวิสัญญีแพทย์ เพื่อหาสาเหตุของการเกิดภาวะ Hypoxia 7. ดูแลเครื่องดมยาสลบให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ Oxygen sat ≥ 95% 8. Fix ข้อต่อต่าง ๆ ของอุปกรณ์ในการให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดถ้าข้อต่อต่าง ๆ ของอุปกรณ์ดมยาสลบหลุด ผู้ป่วยจะไม่ได้รับออกซิเจน อาจเกิดภาวะ Hypoxia อย่างรวดเร็ว และเกิดการเสียชีวิตได้ 9. เมื่อมีเสมหะ ดูดเสมหะเพื่อให้เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ออกซิเจนเข้าปอดได้เต็มที่ 10. สังเกต สีผิว เล็บมือ และเล็บเท้าไม่มีสีคล้ำ 11. สังเกตสีของเลือดจากบาดแผลขณะผ่าตัด ถ้ามีสีคล้ำ ให้ปิดแก๊สสลบทุกชนิด และเปิดออกซิเจน 100% 6ลิตร/นาที บีบ Ambubag เพื่อดูการเคลื่อนไหวของทรวงอกและใช้ Stethoscope ฟังเสียงลมหายใจเข้าออก รีบรายงานวิสัญญีแพทย์ทราบเพื่อหาทางแก้ไขโดยด่วน
มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย กรณีศึกษาที่ 1 ข้อมูลสนับสนุน - ระหว่างการผ่าตัดพบ estimate blood loss จำนวน 2,000 ml - Hct. ขณะผ่าตัดอยู่ในระดับ 20 vol %	วัตถุประสงค์ - ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยปลอดภัยได้รับการแก้ไขภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย - Hct. ขณะผ่าตัดอยู่ในระดับ 20 vol % เสียเลือด 2,000มิลลิลิตรได้ PRC 1 unit - สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 100/60 - 126/72 mmHg., ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที, หายใจ 20 – 22 ครั้ง/นาที, O₂ sat 95– 99 % ปลายมือปลายเท้าอุ่นไม่กระสับกระส่าย ปัสสาวะ ≥ 30 ml/hr	1. จัดเตรียมเลือด PRC ไว้ปริมาณ 4 unit และดูแลให้ PRC 2 unit ขณะผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องของเลือด และส่วนประกอบของเลือด 2. ประเมินและบันทึกระดับสัญญาณชีพของผู้ป่วยทุก 5 นาที และประเมินระดับความรู้สึกตัว ตลอดระยะเวลาการผ่าตัด 3. ประเมินการสูญเสียเลือดจากขวด suction และผ้าซับเลือดบาด โดยต้องรีบรายงานสูติแพทย์และวิสัญญีแพทย์ ถ้าพบว่ามี การเสียเลือดมาก 4. ตรวจสอบระดับ Hct ถ้าพบว่า มีระดับน้อยกว่า 30 % ต้องรายงานแพทย์เพื่อให้เลือดทดแทนอีกครั้ง ก่อนให้ต้องตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่ง พร้อมทั้งลงบันทึกให้ครบถ้วนสมบูรณ์ 5. ให้สารน้ำอย่างพอเหมาะทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งบันทึกปริมาณของสารน้ำที่ได้รับ และปริมาณปัสสาวะที่ออก

ตาราง 4 กิจกรรมการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	วัตถุประสงค์และการประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
		6. ให้ยาเพิ่มความดันโลหิต หากพบภาวะความดันโลหิตต่ำตามแผนการรักษาของแพทย์และเฝ้าระวังแก้ปัญหาอันเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย กรณีศึกษาที่ 2 <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - ระหว่างการผ่าตัดพบ estimate blood loss จำนวน 900 ml - Hct. ขณะผ่าตัดอยู่ในระดับ 30 vol %	<u>วัตถุประสงค์</u> - ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย <u>ประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย - Hct. ขณะผ่าตัดอยู่ในระดับ 30 vol % เสียเลือด 900 มิลลิกรัมได้ PRC 1 unit - สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/60 - 126/80 mmHg., ชีพจร 62-80 ครั้ง/นาที, หายใจ 20 - 22 ครั้ง/นาที, O ₂ sat 96 - 100 % ปลายมือปลายเท้าอุ่นไม่กระสับกระส่าย ปัสสาวะ $\geq$ 30 ml/hr	1. จัดเตรียมเลือด PRC ไว้ปริมาณ 4 unit และดูแลให้ PRC 1 unit ขณะผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องของเลือด และส่วนประกอบของเลือด 2. ประเมินและบันทึกระดับสัญญาณชีพของผู้ป่วยทุก 5 นาที และประเมินระดับการรู้สึกตัว ตลอดระยะเวลาการผ่าตัด 3. ประเมินการสูญเสียเลือดจากขูด suction และผ้าซับเลือดบาด โดยต้องรับรายงานสูติแพทย์และวิสัญญีแพทย์ ถ้าพบว่ามีการเสียเลือดมาก 4. ตรวจสอบระดับ Hct ถ้าพบว่ามีระดับน้อยกว่า 30 % ต้องรายงานแพทย์เพื่อให้เลือดทดแทนอีกครั้ง ก่อนให้ต้องตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่ง พร้อมทั้งลงบันทึกให้ครบถ้วนสมบูรณ์ 5. ให้สารน้ำอย่างพอเหมาะทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งบันทึกปริมาณของสารน้ำที่ได้รับ และปริมาณปัสสาวะที่ออก 6. ให้ยาเพิ่มความดันโลหิต หากพบภาวะความดันโลหิตต่ำตามแผนการรักษาของแพทย์และเฝ้าระวังแก้ปัญหาอันเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา
ป้องกันการติดเชื้อขณะผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1,2 <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใหญ่ ใช้เวลาในการผ่าตัดนาน	<u>วัตถุประสงค์</u> - ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อขณะผ่าตัด <u>ประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยไม่ติดเชื้อจากการผ่าตัด สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 100/60 - 126/72 mmHg., ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที, หายใจ 20 - 22 ครั้ง/นาที	1. ดูแลความสะอาดของร่างกายทั่วๆ ไป เช่น ดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้า, ผอมัดรวบ 2. ดูแลความสะอาดผิวหนัง เฉพาะบริเวณที่จะผ่าตัดว่ามีบาดแผล จากการโกนหรือไม่ถ้ามีควรรายงานแพทย์ 3. ทำความสะอาดบริเวณที่จะทำการผ่าตัด โดยการล้างมือให้สะอาด เช็ดมือและสวมถุงมือ 4. ใช้ Sponge Forceps พร้อม Gauze sterile ชุบน้ำยา Betadine Solution ทาบริเวณ หลังที่จะทำการผ่าตัดเป็นวงกลม ออกไปโดยรอบ รัศมี 8-12 นิ้วแล้ว Paint อีกครั้ง 5. ตรวจสอบเครื่องมือให้พร้อม โดยผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อทุกชิ้น 6. การหยิบใช้และส่งเครื่องมือผ่าตัด ต้องปฏิบัติตามขั้นตอนของการทำให้ปราศจากเชื้อโดยเคร่งครัด เช่น ไม่นำเครื่องมือที่ใช้แล้วไปวางรวมกับเครื่องมือที่ปราศจากเชื้อโรค
ระยะหลังผ่าตัด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypoventilation และ Hypoxia กรณีศึกษาที่ 1, 2 <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - ผู้ป่วยยังตื่นไม่เต็มที่ มีการหย่อนของกล้ามเนื้อเยื่อในช่องปากหรือล้มตกล้มไปด้านหลัง ปิดช่องของกล่องเสียง อาจมีภาวะ Diffusion	<u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อป้องกันภาวะ Hypoxia <u>ประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยปลายมือ ปลายเท้าไม่เขียว SpO ₂ 95-99 %	1. จัดทำผู้ป่วยให้นอนหงาย ตะแคงหน้าไปด้านหนึ่งเพื่อให้เสมหะออกมาป้องกันการสำลัก 2. ให้ออกซิเจนทางหน้ากากครอบหน้า 6 ลิตร/นาที 3. วัดสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที 4 ครั้งทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้งจนกว่าจะปกติและทุก 4 ชั่วโมง เพื่อดูการเปลี่ยนแปลง 4. ฟังเสียงหายใจ ถ้ามีเสมหะ กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยไอ บ้วนออกมาหรือใช้เครื่องดูดเสมหะออกมากระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยหายใจแรงๆ 5. สังเกตอาการเขียวคล้ำของผิว ปลายนิ้วมือ ปลายเท้า

ตาราง 4 กิจกรรมการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

การวินิจฉัยทางการแพทย์	วัตถุประสงค์และการประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
hypoxia จากผลของก๊าซ N_2O เข้าไปแทนที่ออกซิเจนในเลือด		
มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำจากการเสียเลือด กรณีศึกษาที่ 1 ข้อมูลสนับสนุน - ผลตรวจ K = 3.07 mmol/L	<u>วัตถุประสงค์</u> - ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ <u>ประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอันตรายจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องอืด หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจลำบาก ผลการตรวจ K= 3.82 mmol/L	1.ดูแลให้ได้รับ KCL ตามแผนการรักษา 2.ประเมินสัญญาณชีพอัตราการเต้นของชีพจร 3.สังเกตอาการอาการแสดงของภาวะโพแทสเซียมต่ำ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องอืด หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจลำบาก 4.ติดตามระดับโพแทสเซียมในเลือดเพื่อประเมินการตอบสนองต่อการให้ยา
มีภาวะช็อคจากการเสียเลือดหลังการผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1, 2 ข้อมูลสนับสนุน - มีภาวะช็อคหลังการผ่าตัด ค่า Hct =25%	<u>วัตถุประสงค์</u> - ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อค <u>ประเมินผลทางการพยาบาล</u> -	1.ดูแลบริหารสารน้ำและเลือดตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังติดตามภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารน้ำและเลือด 2. เฝ้าระวังและประเมินอาการเลือดออกในช่องท้อง ช่องคลอด และเลือดออกจากแผลผ่าตัดหน้าท้อง 3. เฝ้าระวังและบันทึกสัญญาณชีพเมื่อรับจากห้องผ่าตัดทุก 15 นาที 4 ครั้งทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง และทุก 2 - 4 ชั่วโมง พบอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติรีบรายงานแพทย์ทันที
เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1, 2 ข้อมูลสนับสนุน - หลังผ่าตัดวันที่ 2 และ 3 ผู้ป่วยมีไข้ อุณหภูมิ 38-38.5 องศาเซลเซียส - ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา	<u>วัตถุประสงค์</u> - ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อหลังผ่าตัด <u>ประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดแห้งสะอาด, และ foley's catheter อยู่ในระบบปิด และสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37-37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 76-82 ครั้ง / นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80-130/90 มม.ปรอท	1.ดูแลความสะอาดของร่างกายทั่วๆ ไป เช่น เช็ดตัว, เปลี่ยนเสื้อผ้า, หมั่นล้างแผล 2.แนะนำให้ดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้เปียกน้ำหรือหากมี discharge ให้รีบแจ้งพยาบาลผู้ดูแล และเปิด Dressing แผลตามแผนการรักษาของแพทย์ 3.ดูแล foley's catheter ให้ปัสสาวะไหลสะดวกและทำงานอยู่ในระบบปิด 4.ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา 6.ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ถ้าผิดปกติรีบรายงานแพทย์
5.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1, 2 ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัด - มีแผลผ่าตัดขนาดยาวบริเวณหน้าท้อง	<u>วัตถุประสงค์</u> - ผู้ป่วยไม่ปวดแผลและสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ <u>ประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยปวดแผลน้อยลง สีหน้าแจ่มใส นอนหลับได้ - ได้รับการระงับปวดด้วย Morphine 3 mg iv. prn ทุก 6 ชั่วโมงตามแผนการรักษาไม่เกิดอาการข้างเคียงหลังได้รับยา อาการปวดแผลทุเลาลง Pain Score ลดลง โดยวันที่ 1 - 3 หลังผ่าตัด Pain Score 6/10 , 5/10 และ 4/10 คะแนนตามลำดับ	1.ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายไม่มีเสียงรบกวนดูแลความสะอาดของรอบๆเตียงผู้ป่วย 2.ประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดโดยการซักถามใช้ Pain Score ด้วย Numeric Scale 3.พูดคุยปลอบโยนจิตใจให้ยอมรับความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดบ้าง แนะนำระยะเวลาของการเจ็บปวดจากกระยะแรกจะมากและจะค่อยๆ ทุเลาลงเรื่อยๆ 4.ดูแลจัดท่านอนให้นอนราบหรือปรับหัวเตียงสูงเล็กน้อย หรือให้นอนในท่าที่สบายไม่ตึงรั้งแผล 5.ถ้าปวดมากให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์รักษา เมื่อระดับ Pain Score มากกว่า 7/10คะแนน เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาและประเมินระดับความ

ตาราง 4 กิจกรรมการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	วัตถุประสงค์และการประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
		รุนแรงของอาการปวดซ้ำเมื่อ Pain Score มากกว่า 4/10 คะแนน ดูแลให้ได้รับยาบรรเทา (paracetamol 500 mg. 1 tab ทุก 6 ชั่วโมง) เมื่อผู้ป่วยรับประทานได้ 6. แนะนำและสอนการเคลื่อนไหวโดยใช้มือกุ่มแผลหรือใช้ผ้ารัดหน้าท้องพยุงไว้เพื่อลดการกระทบกระเทือนแผล 7. แนะนำการใช้เทคนิค Breathing exercise เพื่อผ่อนคลายจากอาการปวด
6. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังจากกลับไปบ้าน กรณีศึกษาที่ 1, 2 <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> - มีสีหน้าวิตกกังวล และสอบถามพยาบาลบ่อยครั้งเรื่องการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน	<u>วัตถุประสงค์</u> - ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังจากกลับไปบ้าน <u>ประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยและญาติรับฟัง สามารถบอกการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้	1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2. อธิบายถึงสาเหตุของโรคที่เป็นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับอาการและสาเหตุของการเกิดโรคเพื่อจะได้นำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง 3. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอได้แก่ ข้าว เนื้อ สัตว์ ไข่ นม ผักและผลไม้ แนะนำ เรื่องการพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6 - 8 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายฟื้นฟูได้ดีขึ้น แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วย แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาจนครบการวางแผนครอบครัว และการงดมีเพศสัมพันธ์ 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด

3. แผนการพยาบาลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

ให้สุศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในช่วง 1 เดือนแรกหลังผ่าตัดให้ปฏิบัติตัวดังนี้

1. ให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุอาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
2. แนะนำการยาได้รับประทานยาอย่างละเอียด
3. ในช่วง 1-2 สัปดาห์แรกให้เดินไปมาระยะใกล้ๆ ค่อยๆ เพิ่มระยะทางขึ้นเรื่อยๆ ควรออกกำลังกายเบาๆ ไม่ทำงานหนัก เป็นต้น
4. การดูแลหลังแผล จะไม่ได้ตัดไหมเพราะเป็นไหมละลาย และ 7 วันหลังการผ่าตัดถ้าแผลไม่แยกสามารถอาบน้ำแบบ ใช้ฝักบัวหรือใช้ขันตักอาบน้ำได้
5. อาการปวด ถ้าปวดแผลให้รับประทานยาแก้ปวดตามแผนการรักษา
6. การดูแลช่องคลอด รักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ควรทำความสะอาดทุกครั้งหลัง

อุจจาระ ปัสสาวะและขับ ให้แห้งเพื่อป้องกันการติดเชื้อไม่เหน็บยาหรือสวนล้างช่องคลอด

7. งดการมีเพศสัมพันธ์ 6 สัปดาห์หลังผ่าตัดเพื่อป้องกันการบาดเจ็บและการติดเชื้อ

8. หากมีอาการผิดปกติต้องรีบมาพบแพทย์ เช่น ไข้สูง ปวดท้อง มีสิ่งคัดหลั่งทางช่องคลอดและมูกกลิ่นเหม็น เลือดออกทางช่องคลอดมากผิดปกติใช้ผ้าอนามัยเกิน 3 - 4 ผืนต่อวัน แผลผ่าตัดแยกเปื่อย น้ำ ปวดมาก มีเลือดหรือหนองซึม ขอบแผลบวมแดง ปัสสาวะไม่ออก และปัสสาวะบ่อยวันละหลายครั้ง ให้รีบมาพบแพทย์ทันที

9. ดูแลตนเองออกกำลังกายที่เหมาะสมไม่หักโหม และมีวิธีการผ่อนคลายความเครียด เช่น ฟังเพลง ดูหนัง อ่านหนังสือ เป็นต้น

10. แนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่และมีกากใยสูงเพื่อป้องกันการท้องผูก

11. มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้งและหากมีอาการผิดปกติสามารถมาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้

สรุปผลการศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันและแตกต่างกันซึ่งสำคัญทุกขั้นตอนโดยเป็นการนำเอากระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานในการดูแลพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดทั้งแบบฉุกเฉินเร่งด่วน และไม่เร่งด่วน เริ่มตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วย การรับทราบผลการวินิจฉัย แผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทุกระยะตั้งแต่ แรกเริ่มใหม่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด รวมถึงให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน และการมาตรวจตามนัด เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความรู้ความชำนาญในการประเมินการช่วยการผ่าตัดและเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัดเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินและมีทักษะทางคลินิก (clinical skill) ทั้งความรู้เรื่องของพยาธิสรีรวิทยาการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นรวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่มีความเฉพาะสำหรับการผ่าตัดชนิดนี้ นอกจากนี้แล้วยังต้องมีความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการสังเกตการตัดสินใจร่วมกับแพทย์ในการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตลอดระยะเวลา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะ

การตั้งครรภ์นอกมดลูกอาจเกิดได้กับสตรีวัยเจริญพันธุ์ทุกราย หากการประเมินอาการและวินิจฉัยล่าช้า ส่งผลให้การดูแลรักษาพยาบาลล่าช้าออกไป ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้จากภาวะช็อกจากการเสียเลือด จึงมีข้อเสนอแนะการพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดดังนี้

1. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (CNPG) ที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ (CPG) ของการตั้งครรภ์นอกมดลูก
2. พัฒนาสมรรถนะพยาบาลให้มีทักษะการใช้เครื่องมือประเมิน early warning signs ภาวะช็อก เพื่อเฝ้าระวังและรายงานแพทย์ได้รวดเร็วเหมาะสม
3. ส่งเสริมการอบรมความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะ เช่น การพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อก เพื่อการประเมินคัดกรอง เพื่อการวินิจฉัยและวินิจฉัยแยกโรคได้รวดเร็วนำไปสู่การรักษาพยาบาลได้ทันเวลา
4. มีระบบการนิเทศติดตามการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (CNPG) ของการตั้งครรภ์นอกมดลูก การใช้เครื่องมือประเมิน early warning signs ภาวะช็อก อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- 1.Ali, S.K., Ali, A.A., &Soomar, S.M. (2019). Diagnosis and management of ectopic pregnancy - A Basic view through literature. Critical Care Obstetrics and Gynecology,5 (2) Retrieved fromDOI: 10.21767/2471-9803.1000174
- 2.Boonmak, P.,&Jongsomchai, C. (2016). Management of massive hemorrhage inobstetric patient.Srinakarin Med Journal, 31(3):343-351 Retrieved from <https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/7564>.
- 3.Sanmee, A. (2014). "Ectopic Pregnancy. In:Thongpraseart, F." Obstetric& gynecologic emergencies. editors. 2ed. (pp.100-109). Changmai : Pongsawas
- 4.Thongsong, T., Srisomboon, J., Jareankaun, K., &Chintakanun, A. (2016). "Ectopic pregnancy in Thongsong, T. editors. Gynecology. 4th". (pp 268-278). Bangkok: Lucksameerung.
- 5.กิตติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, ประสงค์ ตันมหาสมุทร, มงคล เบญจาทิบาล, อรรถพล ใจชื่น,ธันยารัตน์ วงศ์วนารักษ์. (2560) ตำรานิเวศวิทยา. กรุงเทพมหานคร: พี เอลฟ์วิ้ง จำกัด (พิมพ์ครั้งที่1)
- 6.ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบูรณ์, กิตติภักดิ์ เจริญขวัญ, อรวี ฉินทากานันท์. (2559). ครรภ์นอกมดลูก.กรุงเทพมหานคร: ลักขมี รุ่งจำกัด (พิมพ์ครั้งที่ 4)

- 7.นันทนา ธนาโนวรรณ. (2553) ตารางพยาบาลนรีเวช (ฉบับองค์รวม). กรุงเทพมหานคร : วิ.เจ.พรินต์ติ้ง.
- 8.ปริญญา ราชกิจ. การตั้งครุภัณฑ์นอกมดลูกในโรงพยาบาลลำปลายมาศ.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษสุนทร-บุรีรัมย์ , 2560 ; 32 (1): 33-42.
- 9.วิทยา ถิฐาพันธ์. (2559). ภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์. กรุงเทพ : บริษัท พี .เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.
- 10.สุวิทย์ บุญยะชีวิน, เยื่อน ตันนรินทร์. (2558). การตั้งครุภัณฑ์หลอดมดลูก. ใน : สุวิทย์ บุญยะชีวิน, เยื่อน ตัน
- 11.เยื่อน ตันนรินทร์. (2558). เวชปฏิบัติทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 12.สุวิทย์ บุญยะชีวิน และ เยื่อน ตันนรินทร์. (2558)เวชปฏิบัติทางสูตินรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โอ เอส.
- 13.อังกาบ ปราการรัตน์, วรภา สุวรรณจินดา. (2544). การให้ยาระงับความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์และศัลยกรรมเร่งด่วน. กรุงเทพฯ:ภาควิชาวิสัญญีวิทยา

การพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์เพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี

The Development of Nursing Service Practice Guidelines for Surveillance of Debilitated Patients During Waiting for Examination outpatient department, Namsom Hospital Udon Thani Province

(Received: August 6,2023 ; Revised: August 17,2023 ; Accepted: August 19,2023)

อิน วงษ์เคน¹
In Wongken¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของแนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์เพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 13 คน และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 – มิถุนายน 2565 จำนวน 250-300 คน /วัน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจของห้องตรวจโรคทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดระหว่างรอตรวจ แบบประเมินการปฏิบัติการบริการทางการแพทย์เพื่อการเฝ้าระวังฯ ของพยาบาล แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์เพื่อการเฝ้าระวังฯ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบที และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า แนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์เพื่อการเฝ้าระวังฯ ประกอบด้วย 1) การค้นหาโดยเร็ว 2) การติดตามต่อเนื่อง และ 3) การเฝ้าระวังดูแลตามสภาวะของผู้ป่วย และผลการใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการรอคอยการตรวจน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ไม่พบผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ ผู้ป่วยทุกรายได้รับการคัดกรองโดยพยาบาลร้อยละ 100

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์ ผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอก

ABSTRACT

This research was action research aimed to study was to develop and study the effect of nursing service practice guidelines for monitoring debilitated patients during waiting for examination. outpatient department Namsom Hospital Udon Thani Province. Sample size were 30 professional nurses and patients receiving treatment at the Outpatient Department. Namsom Hospital Udon Thani Province between October 2021 - June 2022, 250-300 people / day. The tools used in the research were guidelines for surveillance of deteriorating patients during examination in general examination rooms. Data record form for patients who received surveillance, patients deteriorated while waiting for examination. The questionnaire consisted of a questionnaire on nurses' satisfaction with the practice guidelines for surveillance nursing services. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test. The qualitative data were analyzed by content analysis.

The results showed that the nursing service practice guidelines for surveillance consisted of 1) early search, 2) continuous follow-up, and 3) surveillance according to the patient's condition. And the results of the use of surveillance guidelines for worsening symptoms showed that the average waiting time for examination

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี

was significantly reduced ($p < 0.001$). No patient's symptoms worsened while waiting for examination. All patients were screened 100% by nurses.

Keywords: nursing service practice guideline, The patient's symptoms deteriorated while waiting for examination, outpatient department

บทนำ

การเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจเป็นจุดมุ่งหมายที่สำคัญของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลในการประเมินสภาพผู้ป่วยและให้ความช่วยเหลือการรักษาพยาบาลตามที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของประเทศไทยได้กำหนดให้การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ เป็นระบบงานสำคัญของโรงพยาบาลที่ทุกหน่วยงานพึงปฏิบัติ กล่าวคือ กำหนดให้ทุกองค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกันเพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่ ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการป้องกันความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยและพัฒนาระบบหรือแนวทางในการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ออาการทรุดลง ซึ่งนับเป็นหัวใจสำคัญอย่างยิ่งของความปลอดภัยของผู้ป่วย²

งานบริการผู้ป่วยนอกเป็นการบริการด้านหน้าเป็นลักษณะงานเฉพาะที่ผู้มาใช้บริการผู้ป่วยนอกมีความหลากหลายและมีจำนวนมาก ถือเป็นจุดหนึ่งที่มีความเสี่ยงที่ผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรงอาจมีอาการทรุดลงในระหว่างรอรับการตรวจรักษาที่ต้องบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพเนื่องจากในแต่ละวันจะมีผู้มารับบริการหลากหลายกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ต้องการการช่วยเหลือเร่งด่วน หรือผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง บุคคลดังกล่าวมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดอาการทรุดลงในขณะรอตรวจได้ตลอดเวลา ดังนั้น ระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้สามารถให้บริการพยาบาลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยมุ่งผลลัพธ์ เช่น ผู้ป่วย

ได้รับการบริการที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ได้รับความรู้หรือคำแนะนำเพื่อให้สามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลต้องมีทักษะในการประเมินผู้ป่วยเพื่อป้องกันอาการทรุดลง และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย โดยทำการประเมินผู้ป่วยในเชิงรุกทั้งในระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจและหลังตรวจเพื่อป้องกันเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง⁸

ซึ่งสำนักการพยาบาล (2551)⁷ ได้กำหนดบทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกไว้ ดังนี้ คือ 1) การทำหน้าที่คัดกรองภาวะสุขภาพผู้ป่วยเพื่อแยกประเภทความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรค และ 2) การอำนวยความสะดวกแพทย์ในการตรวจรักษาโรคและสุขภาพ โดยอาศัยกระบวนการพยาบาลตั้งแต่ก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังการตรวจรักษา ปัญหาอาการที่ทรุดลงหรืออาการที่เปลี่ยนแปลงไปในทางแย่ลงจากเดิมของผู้ป่วยระหว่างรอตรวจมีโอกาสเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยทุกราย ส่งผลให้เกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วย (Patient safety) ได้ การให้ความสำคัญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สุดของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและ ส่งผลต่อการสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนผู้มารับบริการ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล มีจำนวนไม่น้อยที่เกิดทรุดลง ทั้งนี้การค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกและการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยด้วยเครื่องมือประเมินและระวังผู้ป่วยเชิงรุกพบว่า ระบบเฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงสามารถช่วยพยากรณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง และเพิ่มความตระหนักของ

บุคลากรในการเฝ้าระวังอาการที่เปลี่ยนแปลง และ
ความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้³

โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี เป็น
โรงพยาบาลขนาดทุติยภูมิตามขนาด 60 เตียง มีจำนวน
ผู้ป่วยนอกมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ในปี พ.ศ.
2563, 2564 และ 2565 จำนวน 19,942, 20,328
และ 23,771 ครั้ง/ปี ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
ทุกปีโดยเฉลี่ย 300 – 350 ราย/วัน ทำให้เกิดความ
ล่าช้าในการคัดกรองผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินที่ต้องดูแล
ให้ทันเวลา ถูกต้อง ปลอดภัย จากรายงาน
อุบัติการณ์ ปี พ.ศ. 2564-2565 พบว่ามีผู้ป่วย 9
รายที่มีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ ใช้สูงหนาวสั่น
ขณะรอตรวจ 5 ราย เป็นลมขณะรอตรวจ 3 ราย
pain score เปลี่ยนแปลงมี 1 ราย การวิเคราะห์
สถานการณ์ปัญหาการเฝ้าระวังอาการทรุดลงของ
ผู้ป่วยที่ผ่านมา พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ณ
แผนกผู้ป่วยนอกใช้แนวปฏิบัติการป้องกันผู้ป่วย
อาการทรุดลงไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากปริมาณผู้ป่วย
เข้ารับการตรวจรักษาที่ห้องผู้ป่วยนอกในแต่ละ
วันที่มีจำนวนมากเมื่อเทียบกับอัตรากำลังของ
บุคลากรทางการแพทย์ ทำให้การคัดกรองและ
ประเมินสภาพและจำแนกประเภทผู้ป่วยต้องเร่งรีบ
และไม่ต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะได้มีการ
แก้ไขปัญหาเบื้องต้น โดยการปรับระบบการคัด
กรองด้วยการนำแนวทางการคัดกรองและไบนารี
ระหว่างแผนก และการนำเอามาตรฐาน Triage
scale มาปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของแผนกผู้ป่วย
นอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ก็ยังพบ
อุบัติการณ์การเกิดอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
ที่มารอตรวจที่ห้องตรวจ เช่น มีไข้ ลมชัก หอบมาก
ขึ้น ปวดท้อง เป็นต้น จากปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้
เห็นถึงแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลง
ระหว่างรอตรวจอาจไม่เพียงพอหรือยังไม่สมบูรณ์
มีความจำเป็นต้องพัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้า
ระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจให้มี
ประสิทธิภาพยิ่งขึ้นเพื่อไม่ให้เกิดปัญหานี้หรือให้
เกิดน้อยที่สุด

ผู้วิจัยในฐานะทีมผู้ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วย
นอกของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลน้ำโสม
จังหวัดอุดรธานี ที่มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบงาน
บริการแผนกผู้ป่วยนอก เห็นความสำคัญของการ
จัดบริการเพื่อให้ผู้ป่วยบริการได้รับความปลอดภัย
ด้วยการคัดกรองและเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะ
รอตรวจของผู้รับบริการ จึงสนใจการพัฒนาแนว
ปฏิบัติการบริการทางการแพทย์เพื่อการเฝ้า
ระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจ แผนก
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ซึ่ง
จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการ
และทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์
เพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่าง
รอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม
จังหวัดอุดรธานี
2. ศึกษาผลของการศึกษาแนวปฏิบัติการ
บริการทางการแพทย์เพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วย
อาการทรุดระหว่างรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ได้แก่
ระยะเวลาการคอยการตรวจของผู้ป่วย การใช้แนว
ทางการเฝ้าระวัง ฯ และความพึงพอใจต่อการ
ใช้แนวทางการเฝ้าระวัง ฯ ของพยาบาลวิชาชีพ

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
(Action Research) สถานที่ทำการวิจัย คือ แผนก
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี
ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 -
กันยายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากร
ทางการแพทย์ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ
พยาบาลเทคนิค และพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่
ปฏิบัติงาน และผู้ป่วยที่มารับการตรวจที่ห้องตรวจ

แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ในปี 2564

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้แนวทางการเฝ้าระวังฯ จะใช้ประชากรทั้งหมดในการวิจัย ได้แก่ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี จำนวน 15 คน มีคุณสมบัติในการคัดเลือก คือ 1) ปฏิบัติงานประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ 1) ย้ายที่ทำงานหรือลาออก 2) เข้าร่วมวิจัยไม่ครบทุกขั้นตอน

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการเฝ้าระวังฯ คือผู้ป่วยที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี มีคุณสมบัติในการคัดเลือก คือ 1) เป็นผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่มารับบริการรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี 2) มีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดลงตามแนวทางการ triage เพื่อค้นหาสัญญาณเตือนความเสี่ยงต่อการทรุดลงของผู้ป่วย (รัฐภูมิ ชามพูนทและคณะ, 2559) 3) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้จำนวนประชากรผู้ป่วยเฉลี่ยในแต่ละเดือน ในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 350 คน โดยใช้ตารางเครชีซีและมอร์แกน (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 226 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งตามระยะการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ระยะที่ 1 ระยะก่อนการพัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่มิวิชาชีพที่ให้บริการ มีลักษณะเป็นแนวคำถามปลายเปิด ประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก

2. ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสนทนากลุ่มที่มิวิชาชีพที่ให้บริการในการออกแบบระบบบริการ

3. ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบและการประเมินผลหลังการพัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้แนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์เพื่อการเฝ้าระวังฯ ประกอบด้วย อายุ ตำแหน่ง และประสบการณ์ทำงาน

3. แนวการสัมภาษณ์สำหรับการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในประเด็นต่อไปนี้

3.1 สถานการณ์และสภาพปัญหาของระบบการให้บริการ อันได้แก่ นโยบายโรงพยาบาล อุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดลง ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

3.2 ทบทวนแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจที่ใช้อยู่เดิม และเสนอแนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์เพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก ที่ได้สืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ จากฐานข้อมูลต่างๆ

3.3 แนวทางแก้ไขปัญหาและพัฒนาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น โดยกำหนดวัตถุประสงค์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์เพื่อการเฝ้าระวังฯ

4. แบบบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย การเดินทาง (เดิน เพลินั่ง เพลนอน) ระยะเวลาการรอตรวจ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ระดับความเจ็บปวด มีการแบ่งระดับคะแนนเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน ดังนี้

- คะแนน 0-1 หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในโซนสีเขียว ต้องได้รับการประเมินสภาพทุก 4 ชั่วโมง
- คะแนน 2-3 หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในโซนสีเหลือง ต้องได้รับการประเมินสภาพอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง
- คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 4 หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในโซนสีแดง ต้องได้รับการประเมินสภาพ ทุก 15-30 นาที
5. แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วยข้อปฏิบัติทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้
- 1) การค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดระหว่างรอตรวจให้เร็วที่สุด (Early detection) จำนวน 9 ข้อ
 - 2) การเฝ้าระวังอาการทรุดในผู้ป่วยที่พบมีความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง (Monitoring continuous) จำนวน 2 ข้อ
 - 3) กระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยตามความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดระหว่างรอตรวจ (Score responses) จำนวน 4 ข้อ วิธีการประเมินใช้การสังเกตการปฏิบัติและมี 2 คำตอบให้เลือก คือ ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ หากปฏิบัติให้ 1 คะแนน และหากไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน
6. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์พยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย 16 ข้อคำถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 – 5 การแปลคะแนนระดับความพึงพอใจตามเกณฑ์การคิดคะแนน ดังนี้
- 1.00 -1.49 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อยที่สุด

- 1.50-2.49 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อย
- 2.50-3.49 หมายถึง พึงพอใจระดับปานกลาง
- 3.50-4.49 หมายถึง พึงพอใจระดับมาก
- 4.50-5.00 หมายถึง พึงพอใจระดับมากที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบเนื้อหาสาระ ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อความและความครอบคลุมของแนวการสัมภาษณ์ แนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์พยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอก แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจ แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์พยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอก และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CV) เท่ากับ 0.76, 0.87 และ 0.93 ตามลำดับ จากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงก่อนนำไปทดลองและหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability) โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.86, 0.78 และ 0.69 ตามลำดับ

วิธีการดำเนินการวิจัย

ระยะดำเนินการวิจัย มี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการศึกษาระบบบริการผู้ป่วยนอก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่มิวิชาชีพที่ให้บริการ มีลักษณะเป็นแนวคำถามปลายเปิด ประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการผู้ป่วยนอก

ระยะที่ 2 ระยะศึกษาแนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์เพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสนทนากลุ่มที่มิวซาชีพที่ให้บริการในการออกแบบระบบบริการ โดยแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากตำราเอกสารและการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. คู่มือแนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์เพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย

1.1 การคัดกรอง/คัดแยก (Triage) สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2561) โดยแยกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรง 5 ระดับ คือระดับ 1 ผู้ป่วยวิกฤต (Resuscitation) ระดับ 2 เจ็บป่วยรุนแรง (Emergent) ระดับ 3 เจ็บป่วยปานกลาง (Urgent) ระดับ 4 เจ็บป่วยเล็กน้อย (Less-urgent) และระดับ 5 เจ็บป่วยทั่วไป (Non-urgent)

1.2 ระยะเวลาการรอคอยผู้ป่วยของวิทยาลัยแพทยออสเตรเลียและเอเชียสำหรับการแพทย์ฉุกเฉิน (Australasian College for Emergency Medicine, 2016) แบ่งได้ 5 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตต้องช่วยเหลือทันที ระดับที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ได้รับการรักษาภายใน 10 นาที ระดับที่ 3 ผู้ป่วยเร่งด่วนได้รับการรักษาภายใน 30 นาที ระดับที่ 4 ผู้ป่วยไม่รุนแรง ได้รับการรักษาภายใน 60 นาที ระดับที่ 5 ผู้ป่วยทั่วไป ได้รับการรักษาภายใน 120 นาที

1.3 การปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของพยาบาลคัดกรองของสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) บทบาทผู้ดูแล ได้แก่ การรับรู้ของพยาบาลในการวินิจฉัยทางการแพทย์และสั่งการพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลและสังเกตอาการและ

อาการแสดง ภาวะคุกคามชีวิตผู้ป่วย และตัดสินใจจัดระดับความรุนแรง ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะวิกฤตที่เป็นอันตราย และบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการคัดกรอง 2) บทบาทผู้แนะนำและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ของพยาบาลในการแสดงออก ถึงการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติให้เกิดการเรียนรู้ตลอดจนการปฏิบัติตัว อธิบายอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจนตามสภาพความเจ็บป่วย และ 3) บทบาทผู้ประสานงาน ได้แก่ การรับรู้ของพยาบาลในการแสดงออกถึงการประสานงานและติดต่อสื่อสาร โดยส่งต่อข้อมูลกับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ และให้ข้อมูลทางสุขภาพและข้อมูลอื่น ๆ กับผู้ป่วยและญาติขณะรอพบแพทย์

1.4 เมื่อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยรายใดมีความเสี่ยงต่ออาการทรุดพยาบาลจะคอยเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงตามประเมิน SOSP score ตามตารางประเมิน SOSP ทั้ง 3 ระยะ ตั้งแต่ระยะก่อนตรวจระยะขณะตรวจ และระยะหลังตรวจอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง

2. โปสเตอร์แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดระหว่างรอตรวจ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และทบทวนแนวทางการเฝ้าระวังฯ ระหว่างเดือน มกราคม - มิถุนายน 2565 ประเมินผลหลังการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอก

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ผลแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) สังเคราะห์ตีความสรุปประเด็นต่าง ๆ ในระยะก่อนการพัฒนา และระยะที่ 2 หลังการพัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ คือวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์คะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุด

ลงระหว่างรอตรวจของบุคลากรทางการแพทย์ ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจโดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ขววิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระยะเวลาการรอตรวจก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ โดยใช้สถิติIndependent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดร ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมถึงให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่ม ตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจมีอายุ 51-60 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 46.70 โดยเป็นตำแหน่งผู้ช่วยเหลือคนไข้ส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 60.00 มีประสบการณ์ทำงานมากที่สุดระหว่าง 11-15 ปี และมากกว่า 30 ปีคิดเป็นร้อยละ 26.70 ส่วนผู้ได้รับการดูแลตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจทั้งก่อนและหลังการพัฒนา เป็นเพศหญิงส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 69.20 และ 69.80 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 51-60 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 33.80 และ 31.80 ตามลำดับ ด้านการศึกษาทั้งก่อนและหลังการพัฒนา ร้อยละ 33.10 และ 34.00 อยู่ระดับประถมศึกษา การวินิจฉัยโรคที่ได้รับมากที่สุด คือ ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง คิดเป็นร้อยละ 47.2 ในระยะก่อนพัฒนา ส่วนระยะหลังพัฒนามา

ด้วยอาการอื่น ๆ เช่น แผลอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 30.80 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยในระยะ ก่อนพัฒนา มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.30 ส่วนในระยะหลังพัฒนา กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัวมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 30.50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งในระยะก่อนและพัฒนานำมาใช้ในการใช้ อุปกรณ์เคลื่อนย้ายคิดเป็นร้อยละ 67.90 และ 65.50 ตามลำดับ

ผลการดำเนินการในระยะที่ 1 ที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ทำให้ทราบข้อมูลที่เป็นปัญหาอุปสรรคที่พบในการประเมินและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ผ่านมา เช่น ปัญหาการสื่อสารในทีม หลังจากแยกประเภทผู้ป่วยและการดูแลต่อเนื่อง การเฝ้าระวังดูแลตามสภาวะของผู้ป่วย การกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของทีม การกำหนดโซนพื้นที่ของผู้รับบริการ องค์ประกอบที่ใช้ในแบบประเมิน และนำมาซึ่งการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจของแผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้แนวคิดการคัดกรอง/คัดแยก (Triage) ประกอบด้วยการค้นหาโดยเร็ว (Early detection) เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมายื่นบัตรนัด หรือบัตรคิวและได้รับการดูแลคัดกรองจากพยาบาล การติดตามต่อเนื่อง (Monitoring continuous) โดยประเมินผู้ป่วยที่รอตรวจเป็นระยะและการเฝ้าระวังดูแลตามสภาวะของผู้ป่วย (Score responses) ซึ่งใช้คะแนน SOSF ในการตอบสนองให้ความช่วยเหลือ มีรายละเอียดของแนวทาง ดังนี้ โดยเริ่มตั้งแต่ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมายื่นบัตรนัดหรือบัตรคิวและได้รับการดูแลคัดกรองจากพยาบาล เป็นการค้นหาโดยเร็ว (Early detection) ปฏิบัติดังนี้

- 1) วัตถุประสงค์คือ ความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ และชั่งน้ำหนัก
- 2) ประเมิน SOSF score ตามตารางประเมิน SOSF
- 3) กำหนดประเภทผู้ป่วยตามคะแนนที่ประเมินได้และแบ่งโซนผู้ป่วยตามสีเขียว (SOSF =0-1

คะแนน) หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังตามปกติ มีการประเมินสภาพผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง; สีเหลือง (SOSP = 2-3 คะแนน) หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังมากขึ้น ต้องมีการประเมินสภาพผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง และ สีแดง (SOSP = 2-4 คะแนน) หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด ต้องได้รับการประเมินทุก 15-30 นาทีและส่งต่อไปยังห้องฉุกเฉินต่อไป

4) บันทึกค่า SOSP score ในแบบคัดกรองผู้ป่วยเพื่อสื่อสารกับทีมดูแลรักษา

5) แจ้งผู้ป่วยถึงความเสี่ยงของการเกิดอาการทรุดลงและติดสติ๊กเกอร์สีหน้าอกด้านขวาหรือซ้าย

ของผู้ป่วย และติดป้ายตามโซนสีของผู้ป่วยในใบคัดกรองชั่งประวัติเพื่อสื่อสารประสานงานระหว่างทีม

6) ดำเนินการดูแลผู้ป่วยตามโซนสีเพื่อให้สอดคล้องกับหลักการดูแลตามสถานะของผู้ป่วย (Monitoring continuous) ตามแนวทางที่กำหนดไว้ในคู่มือที่พัฒนาขึ้น

7) เจ้าหน้าที่ห้องตรวจประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยและญาติทราบทุก 1 ชั่วโมง เกี่ยวกับการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างรอตรวจ

8) ภายหลังคัดกรองและแบ่งโซนแล้วพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายในการเดินตรวจประเมินผู้ป่วยที่รอชั่งประวัติบริเวณหน้าห้องตรวจตามโซนสีที่กำหนด

9) ภายหลังผู้ป่วยเข้ารับการตรวจเรียบร้อยแล้วมีการเฝ้าระวังดูแลตามสถานะของผู้ป่วยแต่ละราย (Score responses) โดยปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในแต่ละโซนสี เช่น หากผู้ป่วยมีสัญญาณชีพผิดปกติและค่า SOS = - 4 คะแนน พยาบาลจะดำเนินการประสานการดูแลต่อเนื่องกับห้องฉุกเฉินหรือหอผู้ป่วยต่อไป

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยการตรวจระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์เพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยการตรวจระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์เพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก

ระยะการพัฒนา	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
- ระยะเวลารอคอยการตรวจ	70.06	15.56	66.08	15.44	3.61***

***p<.001

จากตารางที่ 1 พบว่าการใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของห้องตรวจแผนกผู้ป่วยนอกช่วยให้ค่าเฉลี่ยของระยะเวลารอคอยการตรวจน้อยกว่าก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์เพื่อการเฝ้าระวังฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติการบริการทางการแพทย์เพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจของพยาบาล
ผลการวิจัยพบว่า ผู้ใช้ปฏิบัติการบริการทางการแพทย์

พยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจ สามารถปฏิบัติตามแนวทางฯ ที่พัฒนาขึ้น โดยภาพรวม ร้อยละ 97.78 และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ร้อยละ 100 ยกเว้นการเดินสังเกตอาการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามเวลาที่กำหนดการให้คำแนะนำตามคะแนนความเสี่ยงได้ถูกต้องที่มีค่าร้อยละการปฏิบัติ 97.78 และประเด็นการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยไว้ในโซนเฝ้าระวังผู้ป่วยได้ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 95.56

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนา

แนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์เพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจ พบว่าระดับความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์เพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($X = 4.30$, $SD = 0.57$) โดยประเด็นความพึงพอใจมากที่สุดคือด้านนโยบายของหน่วยงานในการใช้แนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์เพื่อการเฝ้าระวังฯ ระหว่างรอตรวจ ($X = 4.47$, $SD = 0.64$) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อย คือ องค์ประกอบของแนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์เพื่อการเฝ้าระวังฯ มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติได้จริงด้าน Score Response($X = 4.07$, $SD = 0.59$)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์เพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ตามขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบ ศึกษาผล และการสะท้อนเพื่อให้โรงพยาบาลมีระบบการเฝ้าระวังอาการทรุดลง ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย โดยเริ่มตั้งแต่การคัดกรอง ประเมินอาการทรุดด้วยคะแนน sosP และการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจ การจัดทำสัญลักษณ์และแบ่งโซนการดูแลเพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องกับทีมสุขภาพให้เข้าใจง่าย ผลการดำเนินงานได้ช่วยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพดีขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์เพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอกใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการในการอบรมวิธีการใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ซึ่งในการประชุมจะมุ่งหาประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน โดยทำให้มีแบบแผน คือ มีการกำหนดเรื่องชัดเจน มีการฝึกปฏิบัติ

ในหัวข้อเรื่องที่ประชุมทำให้เกิดประสิทธิภาพบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้¹

การพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์เพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอกส่งผลต่อระยะเวลารอคอย โดยพบว่าหลังการพัฒนาค่าเฉลี่ยของระยะเวลารอคอยการตรวจน้อยกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการจัดทำสัญลักษณ์และแบ่งโซนการดูแลเพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในทีมทำให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ใช้นโยบายการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจมีความมั่นใจสามารถคัดกรองและตระหนักให้มีความสำคัญอาการต่างๆ ที่ผิดปกติของผู้ป่วยและประเมินระดับคะแนนได้ถูกต้องมากกว่าก่อนการพัฒนา สอดคล้องกับงานวิจัยของวิสารกร มดทอง และคณะ (2557)⁵ ที่พบว่า หลังจากที่ได้จัดระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ระยะเวลาให้บริการของผู้รับบริการทั่วไปลดลง

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์เพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอกของผู้ใช้แนวทางฯ สามารถปฏิบัติตามแนวทางฯ ได้เป็นอย่างดี คะแนนการปฏิบัติโดยภาพรวมมีค่าร้อยละ 97.78 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีการปฏิบัติทุกครั้ง ยกเว้นเรื่องการเดินสังเกตอาการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามเวลาที่กำหนดได้และการให้คำแนะนำตามคะแนนความเสี่ยงได้ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 97.78 และประเด็นการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยไว้ในโซนเฝ้าระวังผู้ป่วยได้ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 95.56 แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการบริการทางการแพทย์เพื่อการเฝ้าระวังฯ ที่พัฒนาขึ้น มีความชัดเจนและเป็นแนวทางที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในกระบวนการพัฒนาต่างๆ ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เปิดโอกาสให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังฯ ตั้งแต่

การวิเคราะห์ปัญหา การหาแนวทางการแก้ปัญหา การปฏิบัติตามแผน และติดตามประเมินผล ร่วมกันเป็นผลให้บุคลากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ สิ่งที่กำลังพัฒนาและสามารถนำไปใช้ได้ อย่างถูกต้องนั่นเอง⁶

ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติการบริการ การพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้ ในทุกขั้นตอน บุคลากรมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และเป็นผู้เสนอประเด็นที่จะพัฒนา ตามความคิดเห็นของตนเองเพื่อพัฒนาแนว ปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้า ระวังฯ ให้สามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริงซึ่ง ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของวง เตือน ฤชา และคณะ (2554) ที่พบว่า หลังการ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาล ชัยภูมิ ผู้ให้บริการ มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าก่อน พัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรมีการนำแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย อาการทรุดลงระหว่างรอตรวจไปใช้กับห้องตรวจ ผู้ป่วยนอกในแผนกอื่น ๆ เพื่อช่วยประเมินและแบ่ง ระดับผู้ป่วยเพื่อให้การติดตามและช่วยเหลือได้ ทันเวลา
2. ควรมีการจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และสัญญาณเตือนของผู้ป่วยนอก เพื่อเกิดการ พัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับผู้ป่วยนอก
3. ควรมีการพัฒนาคู่มือแนวปฏิบัติการ บริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังสำหรับ ผู้ปฏิบัติงาน โดยใช้แอปพลิเคชันคำนวณคะแนน ผลลัพธ์เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถใช้เป็น แนวทางเพิ่มความสะดวกในการปฏิบัติงานได้อย่าง ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

- 1.ทองทิพภา วิริยะพันธ์. (2551). การบริหารทีมงานและการแก้ปัญหา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สหธรรมิก.
- 2.นันทิดา พันธุศาสตร์ และ ราตรี ทองยู. (2560). แนวปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานความปลอดภัย. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย, 10(2), 1-13.
- 3.ปณิฐา นาคช่วย, ละมัยพร อินประสงค์, วารินทร์ ตันตระกูล, ปติวิธดา ทองใบ, และพิไลวรรณ จันตะนุ. (2560). MEWS: Adult Pre-Arrest Sign กับบทบาทพยาบาล. เวชบัณฑิตศิริราช, 10(3), 186-190.
- 4.วงเดือน ภาชา, สุชัยญา เบญจวัฒนานนท์, กาญจนา เปสี และพนิตนาฏ รักษ์มณี. (2554). การพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารกองการพยาบาล, 38(1): 31-41.
- 5.วิสารกร มดทอง, พรณนิภา รักพาณิชย์ และอรุษา อำไพพิศ. (2557). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ ปลอดภัยห้องตรวจอายุรกรรมงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 23(6), 1043-1050.
- 6.สัญญา ยี่อราน และศิริวิไลซ์ วรรัตน์จิตร. (2561). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สู่ความสำเร็จการ เปลี่ยนแปลงนโยบายในระบบสุขภาพ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 5(2), 288-300.
- 7.สำนักการพยาบาล. (2551). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ปรับปรุงครั้งที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- 8.The Royal College of Surgeons of England. (2017). Outpatient clinics: A guide to good practice. London: The Royal College of Surgeons of England.

การพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด DEVELOPMENT OF GUIDELINES TO PREVENTION OF 2 HOURS POSTPARTUM HEMORRHAGE

(Received: August 6,2023 ; Revised: August 17,2023 ; Accepted: August 19,2023)

วรณัฐ บุญสอน¹
Woranuch Boonson¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และศึกษาผลการพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา (Research & Development) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด จำนวน 10 คน และ 2) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทางช่องคลอด ที่ห้องคลอดโรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 134 คน เก็บข้อมูลจาเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ เชิงพรรณนา ได้แก่ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา 1) ได้แนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด 4 ระยะ ประกอบด้วย การดูแล ระยะรับใหม่ ระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ทั้งหมด 29 กิจกรรม 2) ผลการพัฒนาพบว่า พยาบาลวิชาชีพทั้ง 6 คน ปฏิบัติได้ตามแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดได้ร้อยละ 100 3) ไม่พบอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด และปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอดใช้แนวปฏิบัติ ($\bar{X}$ =207.30,SD=84.48) เปรียบเทียบกับก่อนการทดลองใช้ ($\bar{X}$ =224.18,SD=170.14) อภิปรายผลได้ว่าการพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดที่พัฒนาขึ้น ครอบคลุมในทุกระยะของการคลอด ทำให้สามารถวางแผนการดูแลได้อย่างครอบคลุม

คำสำคัญ: ตกเลือดหลังคลอด, ระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด , แนวทางการป้องกัน

Abstract

The purpose of this study was to develop a guideline for the prevention of postpartum hemorrhage in the first 2 hours postpartum. This study was research and development (Research & Development).The samples consisted of 6 nurses working in the labour room and 134 pregnancy of vaginal delivery somdet hospital at Kalasin province. Data were collected by medicine record. The data were analyzed using content analysis and descriptive statistics include frequency, percentage, mean and standard deviation. The results revealed as following; 1) A total of 29 activities were obtained for the prevention of postpartum hemorrhage in the first 2 hours postpartum, consisting of care, acceptance, awaiting delivery, delivery and the 2 hours after delivery 2)

The development results showed that all 6 professional nurses were 100% able to comply with the guidelines for the prevention of postpartum hemorrhage in the first 2 hours postpartum 3) No incidence of postpartum hemorrhage was found. and amount of blood loss after using the guideline ($\bar{X}$ =207.30,SD=84.48) Compared to pre-trial $\bar{X}$ =224.18,SD=170.14). Discuss whether the development of a guideline for the prevention of postpartum hemorrhage in the first 2 hours postpartum has been developed. Covering all stages of childbirth enabling a comprehensive care plan.

Keyword: postpartum hemorrhage, The first 2 hours after delivery, prevention guidelines

¹ พย.ม งานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage) หมายถึงภาวะที่มีการสูญเสียเลือดเนื่องจากการคลอดมากกว่า 500 มิลลิลิตร ในการคลอดทางช่องคลอด เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพที่สำคัญและเสียชีวิตของมารดาทั่วโลกถึงร้อยละ 27.1¹ ซึ่งสาเหตุที่พบบ่อยคือการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก คือ 1-2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด² (Early Postpartum hemorrhage)) สำหรับประเทศไทย สถานการณ์การเสียชีวิตของมารดาในปี พ.ศ 2560-2562 อยู่ที่ 21.8, 19.9 และ 20.3 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย ตามลำดับ ขณะที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าอัตราการเสียชีวิตของมารดา ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย³ โดยสาเหตุหลักของการตกเลือดที่พบมากที่สุดคือ การหดตัวของมดลูกไม่ดี รองลงมาคือ มีการฉีกขาดของช่องทางการคลอดและมีเศษรก เยื่อหุ้มรก หรือรกค้าง ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่ส่งเสริมให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลที่ดูแลมารดาในระยะหลังคลอดต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด มีทักษะทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อป้องกัน ไม่ให้เกิดภาวะตกเลือดในระยะหลังคลอด)⁴

จากอุบัติการณ์การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ปี พ.ศ. 2562-2564 พบอัตราการเกิดร้อยละ 1.73, 3.44 และ 1.59 ตามลำดับ⁵ ถึงแม้อัตราการตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงพบว่ามีหญิงตั้งครรภ์บางรายมีอาการตกเลือดหลังคลอดที่รุนแรง และเป็นการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งพบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดคือ ภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี เศษรกค้าง และการฉีกขาดของช่องทางการคลอด ซึ่งปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอุบัติการณ์ที่สูงขึ้นได้แก่ เป็นหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดล่าช้า การคลอดทารกตัวโต กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มี

ภาวะรกค้าง ปัจจัยเกี่ยวกับเทคนิคการทำคลอดรก และการประเมินการฉีกขาดของช่องทางการคลอดไม่ครอบคลุม และการให้การดูแลล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อตกเลือดหลังคลอด

แนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดมีความสำคัญในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยเฉพาะการดูแลหลังทารกคลอด และเมื่อสิ้นสุดระยะที่ 3 ของการคลอด การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน การวินิจฉัยสาเหตุของภาวะของภาวะตกเลือดหลังคลอด การให้ยาที่เหมาะสม การดูแลอย่างรวดเร็วและทันต่วงทีจะสามารถป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดได้⁶ ถึงแม้ในปัจจุบันงานห้องคลอดมีการพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดแต่กระบวนการทำยังไม่ครอบคลุม เช่น การประเมินภาวะเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดไม่ได้ทำอย่างต่อเนื่องจะทำเมื่อแรกรับ ขาดการสื่อสารภาวะเสี่ยง การประเมินการฉีกขาดของช่องทางการคลอดไม่ครอบคลุมในรายที่คลอดทารกตัวโต หรือการใช้หัตถการช่วยคลอด การดูแลในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงล่าช้า เช่น รกค้าง ภาวะเลือดออกทางช่องคลอดมากกว่า 300 หลังรกคลอดทันที ทำให้มีการสูญเสียเลือดเพิ่มมากขึ้นจากมดลูกหดตัวไม่ดี ส่งผลให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดที่รุนแรง (Severe postpartum hemorrhage) ตามมา จากความสำคัญและสภาพปัญหาในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ของงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จึงพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ของงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อศึกษาผลของการใช้ แนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดต่ออัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ในช่วงเดือน ตุลาคม 2565 ถึงเดือนมีนาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช และ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทางช่องคลอด ที่ห้องคลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดำเนินการวิจัยได้ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กับพยาบาลวิชาชีพพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด จำนวน 6 คน และหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่ห้องคลอด จำนวน 134 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด เวชระเบียนของงานห้องคลอด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) กับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยพยาบาลเฉพาะทางการผดุงครรภ์ชั้นสูง 2 ท่าน สุนิต

แพทย์ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมของภาษา ความเหมาะสมของเนื้อหา และผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองใช้แนวทางป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดจำนวน 30 ราย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวทางป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดไปปฏิบัติจริง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด มีขั้นตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์สถานการณ์ แนวทางการดำเนินงาน โดยการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาจากการทำงานเกี่ยวกับการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ที่ผ่านมา

2. เป็นขั้นตอนการพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลัง

คลอด สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการสืบค้นจากฐานข้อมูลออนไลน์หลังจากนั้นได้มีการประชุมกลุ่มย่อยและยกร่างแนวปฏิบัติกำหนดกิจกรรม

3. เป็นขั้นตอนการทดลองใช้แนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยได้นำ

แนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลัง คลอดที่พัฒนาขึ้น ไปให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดได้ทดลองใช้ในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทางช่องคลอด

4. เป็นขั้นตอนการประเมินผลและทบทวนแนวทางทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ

2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดหลังการทดลองใช้

5. เป็นขั้นตอนการปรับกิจกรรมการพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

หลังจากมีการประเมินผล และทบทวนแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

6. เป็นขั้นตอนการปรับปรุงกิจกรรมการพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด หลังจากมีการประเมินผล และทบทวนแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดหลังจากการทดลองใช้ในหญิงตั้งครรภ์แล้ว ได้มีการปรับปรุง

7. เป็นขั้นตอนประเมินผลลัพธ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ เชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และศึกษาผลการพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งผลการวิจัยพบดังนี้

1. วิเคราะห์สถานการณ์ แนวทางการดำเนินงาน โดยการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาจากการทำงานเกี่ยวกับการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ที่ผ่านมา พบว่าจากการถึงแม้ในปัจจุบันงานห้องคลอดมีการพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดแต่กระบวนการทำยังไม่ครอบคลุม ในทุกระยะของการคลอด มีการปฏิบัติ

ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน การประเมินการฝึกขาดของช่องทางคลอดไม่ครอบคลุมในรายที่คลอดทางตัวโต หรือการใช้หัตถการช่วยคลอด

2. การพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการสืบค้นจากฐานข้อมูลออนไลน์ ที่ตีพิมพ์ทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศไม่เกิน 10 ปี โดยกำหนดคำค้นคือ “การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด” “การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด” และ “Early postpartum hemorrhage” โดยมีการสืบค้นงานวิจัยตั้งแต่เดือน 1 มีนาคม 2565 ถึง 30 เมษายน 2565 หลังจากนั้นได้มีการประชุมกลุ่มย่อยและยกร่างแนวปฏิบัติกำหนดกิจกรรมในการพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยครอบคลุมการดูแลในทุกระยะของการคลอด ตั้งแต่ระยะรับใหม่ ระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด มีทั้งหมด 22 กิจกรรมย่อย โดยมีการดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2565 ถึง 30 มิถุนายน 2565

3. การทดลองใช้แนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยได้นำแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลัง คลอดที่พัฒนาขึ้น ไปให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดได้ทดลองใช้ในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทางช่องคลอดจำนวน 30 ราย ตั้งแต่เดือน 1 กรกฎาคม 2565 ถึงเดือนสิงหาคม 2565 พบว่าพยาบาลวิชาชีพทั้ง 6 คนที่ปฏิบัติในห้องคลอดสามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางมากกว่าร้อยละ 90

4. การประเมินผลและทบทวนแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดหลังการทดลองใช้ หลังจากทดลองใช้แนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดที่พัฒนาขึ้น ได้มีการประเมินผลและทบทวนแนวทางพบว่า การประเมินภาวะเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด

ไม่ได้ทำอย่างต่อเนื่องจะทำให้เมื่อแรกเริ่ม และในภาวะเสี่ยงที่ทำให้ตกเลือดหลังคลอดคือ ภาวะโลหิตจาง ประวัติตกเลือดหลังคลอด ภาวะรกค้าง แต่ขาดการสื่อสารภาวะเสี่ยง การดูแลในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงล่าช้า เช่น รกค้าง ภาวะเลือดออกทางช่องคลอดมากกว่า 300 หลังรกคลอดทันที ทำให้มีการสูญเสียเลือดเพิ่มมากขึ้นจากมดลูกหดตัวไม่ดี ส่งผลให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดที่รุนแรง (Severe postpartum hemorrhage) ตามมา

5. การปรับกิจกรรมการพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด หลังจากมีการประเมินผล และทบทวนแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด หลังจากการทดลองใช้ในหญิงตั้งครรภ์แล้ว ได้มีการปรับกิจกรรม โดยเพิ่มรายละเอียดในกิจกรรมย่อยให้ชัดเจน และเพิ่มกิจกรรมย่อย โดยได้ดำเนินการตั้งแต่ 1 กันยายน 2565 ถึง 30 กันยายน 2565 ได้แนวทางป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย การดูแล 4 ระยะ 29 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) ระยะรับใหม่ มี 6 กิจกรรมได้แก่ (1) ชักประวัติตรวจร่างกายเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยง (2) แบ่งระดับความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด Low risk Medium risk High risk (3) สื่อสารภาวะเสี่ยงที่ชัดเจน โดยปัม ระบุ High Risk to PPH ในเวชระเบียน (4) เตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน เมื่อมีภาวะเสี่ยง (5) แก้ไขปัญหาภาวะซีดก่อนคลอด และ (6) รายงานแพทย์เพื่อทำ U/S ในรายที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดยาก รกเกาะต่ำหรือเสี่ยงต่อภาวะรกติดแน่น 2) ระยะรอคลอดมี 2 กิจกรรมได้แก่ (1) การป้องกันการคลอดยาวนาน (2) ให้ยาเร่งคลอด 6 ชั่วโมงไม่ progress รายงานแพทย์ 3) ระยะคลอดมี 14 กิจกรรม ได้แก่ (1) ฝ้าระวังการคลอดยาวนาน (Prolong second stage of labour) (2) ตัดแผลฝีเย็บเมื่อมีข้อบ่งชี้ (3) ห้ามดันยอดมดลูก (4) Active management of the third stage of labour (5) คลึงมดลูกทันทีหลังรกคลอด

(6) ใช้ถุงดวงเลือด (7) ประเมินการสูญเสียเลือดสะสม ตั้งแต่ระยะหลังทารกคลอด จนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด (8) คลึงมดลูกหลังรกคลอดทันที และคลึงต่อทุก 15 นาทีจนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด (9) การประเมินการฉีกขาดช่องทางคลอด ให้ครอบคลุม (10) การฉีกขาดระดับ 3rd-4th degree tear ให้รายงานสูติแพทย์ (11) รกไม่คลอด 15 นาที รายงานแพทย์ (12) Early management ที่การสูญเสียเลือด 300 ml โดยใช้กระบวนการ TIME (13) Checklist for PPH ที่กำหนดระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนที่ชัดเจน และ (14) PPH Team ที่กำหนดหน้าที่ ใน Poster ติดฝาผนัง ห้องทำคลอด และ 4) ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด มี 7 กิจกรรมได้แก่ (1) ประเมินการหดตัวของมดลูก (2) สอนให้ผู้คลอดคลึงมดลูกทุก 15 นาที (3) ประเมินสัญญาณชีพตามแนวทาง (4) ประเมิน Early warning sign ของภาวะ Shock (5) ล้าง Blood clot ถ้า Blood loss มากกว่า 100 ml ให้ทบทวน 4Ts (6) ดูแลระเพาะปัสสาวะให้ว่าง ถ้ามี Full bladder พิจารณาสวนปัสสาวะทิ้ง และ (7) การดูแลก่อนย้ายสูติกรรมให้ครอบคลุม

6. การนำแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติจริง หลังจากนั้นได้นำแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติจริงในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทางช่องคลอด ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 31 มีนาคม 2566 จำนวน 134 ราย

จากผลการศึกษาทบทวนข้อมูลเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทางช่องคลอด ในห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จ ระบุว่าเดือนตุลาคม 2565 ถึง มีนาคม 2566 จำนวน 134 ราย พบว่าจำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทางช่องคลอด พบว่าเป็นหญิงตั้งครรภ์มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 14.17 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง อายุ 20 – 34 ปี ร้อยละ 71.64 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 34.32 ครั้งที่ 2 ร้อยละ

36.56 ส่วนใหญ่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ยังไม่ผ่านการคลอดร้อยละ 48.5 ผ่านการคลอด 1 ครั้ง ร้อยละ 36.56 มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงตามสาเหตุหลัก 4Ts และแบ่งตามระดับความรุนแรง มีภาวะเสี่ยงน้อย ปานกลาง และเสี่ยงสูง พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดปกติทางช่องคลอดส่วนมากเป็นกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ต่ำ 90 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.16 เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงระดับปานกลาง จำนวน 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.34 และเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.49 ผลลัพธ์ของการพัฒนาพบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพทั้ง 6 คน ปฏิบัติได้ตามแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดได้ร้อยละ 100 2) ไม่พบอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และ 3) ปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอดใช้แนวปฏิบัติลดลง ($\bar{X}=205, SD=0.060$) เปรียบเทียบกับก่อนการทดลองใช้ ($\bar{X}=224, SD=0.053$)

สรุปและอภิปรายผล

ผลของการนำแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดของงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชไปปฏิบัติพบว่า เกิดผลลัพธ์ที่ดีคือ 1) ไม่พบอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด 2) พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดได้ร้อยละ 100 อธิบายได้ว่าการพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดที่พัฒนาขึ้น ครอบคลุมในทุกระยะของการคลอด ทำให้มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลเป็นไปในแนวทางเดียวกันเกิดความปลอดภัยไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดสอดคล้องกับงานวิจัย ที่ได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติ

ทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด แบ่งเป็น 3 ระยะ ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด การใช้ถุงทวงเลือดหลังรกคลอดเพื่อประเมินการสูญเสียเลือดที่ตรงกับความเป็นจริง สอน สาธิต อธิบายและให้มารดาคลึงมดลูกด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง ใช้อุปกรณ์และยาป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ใช้ Active Management of the Third Stage of Labor: AMTSL ใช้หลักการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอดด้วยกระบวนการ TIME ในกรณีเสียเลือดมากกว่า 300 ซีซี ขึ้นไป ทำให้อัตราตกเลือดหลังคลอดลง^{6,7} และจากการวิจัย จากการศึกษาภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอด พบว่าจากการคัดกรองภาวะเสี่ยง และแบ่งระดับความรุนแรงพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดปกติทางช่องคลอดส่วนมากเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่ำ และเสี่ยงปานกลาง พบอัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงน้อย ทำให้สามารถวางแผนการดูแลได้ตั้งแต่มีก่อนคลอดได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงและแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด หลังคลอดระยะแรกโดยการจัดการความรู้ที่ได้ประเมินภาวะเสี่ยงและจัดลำดับความเสี่ยงเป็น 3 ระดับ ที่มีเสี่ยงต่ำ เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงสูง มีการสื่อสารภาวะเสี่ยงในเวชระเบียนในหน่วยงานให้รับทราบ และให้การดูแลตามปัจจัยเสี่ยง ทำให้อัตราตกเลือดหลังคลอดลดลง⁷

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

ผลการศึกษาที่มีข้อเสนอแนะว่า แนวทางป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดสามารถนำไปใช้ได้จริงในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด และควรมีการกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางอย่างต่อเนื่อง และควรมีการพัฒนากระบวนการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในครอบคลุมในทุกหน่วยงานของกลุ่มงานสูติกรรม และเครือข่าย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2014). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Italy: World Health Organization.
2. International Federation of Gynecology [FIGO]. (2012). Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource setting. International journal Gynecology & Obstetric; 117:108-18.
3. สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). สรุปสถิติที่สำคัญ.
4. ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. (2560). ตกเลือดหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน, สถาบันอุดมศึกษาเอกชน แห่งประเทศไทย, 6 (2) :146-157.
5. งานเวชระเบียน ห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จ. (2564). รายงานประจำปี. โรงพยาบาลสมเด็จ.
6. ศิริโสภา คำเครือ, ทัศนีย์ ศรีสุวรรณ และ รุณรารวรรณ แก้วบุญเรือง. (2561). การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาล ลำพูน, วารสารส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา, 8 (1): มกราคม-มิถุนายน.
7. วันรัฐ พจนา, เกศกัญญา ไชยวงศา และ ทัทรา สมโชค. (2564). การพัฒนาแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงและแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด หลังคลอดระยะแรกโดยการจัดการความรู้โรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน, วารสารวิจัยและพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 14(2): 182-194

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Patients with Sepsis : 2 Case Study

(Received: August 23,2023 ; Revised: August 27,2023 ; Accepted: August 28,2023)

กมลทิพย์ กำจรมณกุล¹Kamoltip Kamjormmenukul¹

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยเลือกผู้รับบริการที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้อย่างปลอดภัย ตั้งแต่ระยะวิกฤต ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะการวางแผนจำหน่าย โดยการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียน การประเมินอาการ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย นำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และมีการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยผู้ป่วยรายที่ 1 อายุ 82 ปี มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง เข้ารับการรักษาด้วย 3 วันก่อนมา ไอแห้งๆ หอบเหนื่อยเวลาไอ วันนี้มีไข้ ไอมากขึ้น เหนื่อย หอบ ญาตินำส่งโรงพยาบาล โดยเมื่อ 2 สัปดาห์ก่อนมา ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับหลานที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำ ได้รับยาปฏิชีวนะ และได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนด้วย High-flow nasal cannula (HFNC) จนอาการดีขึ้น และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 5 วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยอายุ 56 ปี มีประวัติโรคเบาหวาน ธาลัสซีเมีย และมะเร็งรังไข่ มีอาการ 1 วันก่อนมา มีไข้สูง หายใจหอบเหนื่อย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน และส่งต่อเข้ารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (UTI) และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเมื่อ 3 วันก่อน ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ภาวะ Disseminated Intravascular Coagulation (DIC) และภาวะไตวายเฉียบพลัน ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนด้วย High-flow nasal cannula (HFNC) ได้รับยาปฏิชีวนะ ได้รับสารน้ำ เลือดและส่วนประกอบของเลือด จนอาการดีขึ้น และสามารถจำหน่ายโดยส่งรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลชุมชน รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน

คำสำคัญ : ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

A comparative study of case studies of patients with sepsis. By selecting service recipients who receive treatment in the female medical ward 1, Kalasin Hospital. The objective is to provide guidelines for providing nursing care to patients with bloodstream infections. safely Since the crisis period Continuous care period and distribution planning period By collecting information from patients Relatives and medical records Symptom assessment, history taking, physical examination, data used to determine nursing diagnosis. nursing care plan and nursing results are continually evaluated.

Results: Both patients were female. Diagnosed with a blood infection The first patient is 82 years old and has a history of high blood pressure. Admitted for treatment 3 days before coming, dry cough, shortness of breath when coughing, today has a fever, coughing more, tired, short of breath, relatives took me to the hospital, 2 weeks ago I came. The patient lives with a grandchild who has pneumonia. The patient was treated with fluids. received antibiotics and received oxygen treatment with a High-flow nasal cannula (HFNC) until symptoms improved. and can be sold back home The total duration of hospital treatment was 5 days. The second patient is a 56-year-old patient with a history of diabetes, thalassemia, and ovarian cancer. She had symptoms 1 day before coming, having a high fever and shortness of breath. Receive treatment at a community hospital and forwarded for further treatment at Kalasin Hospital She had a history of being hospitalized with a urinary tract infection (UTI) and was discharged from the hospital 3 days ago. The patient had major complications, namely septic shock and Disseminated Intravascular Coagulation (DIC) and acute renal failure Received oxygen treatment with a High-flow nasal cannula (HFNC), received antibiotics, received fluids, blood and blood

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

components. Until symptoms improve and can be sold by sending for further treatment in a community hospital Total duration of hospital stay was 3 days.

Keywords: Sepsis

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบบ่อยและมีอัตราการเสียชีวิตสูง ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่สุดคือภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก เกิดจากกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง จนทำให้เกิดภาวะช็อก นำไปสู่ภาวะที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple organ dysfunction) จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อและมีโอกาสเสียชีวิตได้สูงถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อทั้งหมด¹ ประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยประมาณ 750,000 คนต่อปี โดยร้อยละ 15 จะเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ซึ่งต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (ร้อยละ 10) แต่ผู้ป่วยยังมีอัตราการเสียชีวิต มากกว่าร้อยละ 50² สำหรับประเทศไทย มีผู้ป่วยประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และมีผู้ป่วยเสียชีวิต ประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี ซึ่งเมื่อคิดแล้วพบว่า มีผู้ป่วย sepsis 1 ราย เกิดขึ้นทุกๆ 3 นาที และมีผู้ป่วยเสียชีวิต 5 ราย ทุก 1 ชั่วโมง³ จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข⁴ พบว่า มีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (severe sepsis หรือ septic shock) คิดเป็น ร้อยละ 30.5 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (< ร้อยละ 26) ดังนั้นการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล การเฝ้าระวังใกล้ชิดในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด รวมถึงการเฝ้าระวังการความบกพร่องของการทำงานของอวัยวะต่างๆ เพื่อให้ได้เป้าหมายในการคงสภาพการทำงานของอวัยวะที่สำคัญ จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้⁵

การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเป้าหมายในการลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ที่น้อยกว่าร้อยละ 26 ในด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย ได้กำหนดตัวชี้วัดการได้รับ

การเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะอยู่ที่มากกว่าร้อยละ 90 และได้รับยาปฏิชีวนะหลังการวินิจฉัยโรคภายใน 60 นาทีมากกว่าร้อยละ 90 แต่ยังไม่พบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (severe sepsis หรือ septic shock) คิดเป็นร้อยละ 30.5

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 540 เตียง ให้บริการตรวจรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์ จากสถิติปี 2564-2566 มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด มารับบริการ จำนวน 1,529 ,1,775 และ 1,893 ตามลำดับ มีอัตราการเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 37.93 ,41.13 และ 32.44 ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 จำนวน 166 ,126 และ 233 ตามลำดับ และพบอัตราการเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 23.19 ,19.4 และ 13.73 ตามลำดับ⁶ แสดงให้เห็นว่าภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด และภาวะช็อกจากการติดเชื้อ มีอัตราการป่วยและเสียชีวิตที่ยังสูง ซึ่งยังเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต พยาบาลซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ซึ่งพยาบาลจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ ทักษะ สามารถให้การพยาบาลตามแนวทางการรักษา และคาดการณ์รวมถึงประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อเป็นแนวทางประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในหอผู้ป่วยสามัญ

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จากกรณีศึกษา 2 ราย ซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในช่วงเดือน มกราคม ถึงเดือน มีนาคม 2566 โดยเปรียบเทียบจากการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และประเมินสภาวะสุขภาพด้วยแบบประเมินสภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน⁹ วิเคราะห์ข้อมูลกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ตั้งแต่ระยะวิกฤต ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะการวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการสำคัญนำส่งด้วย หายใจหอบเหนื่อย ก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ รูปร่างผอม มีประวัติโรคความดันโลหิตสูงรับยาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ควบคุมความดันโลหิตได้ดี มีประวัติสัมผัสและดูแลหลานที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ ส่งผลให้เกิดภาวะปอดอักเสบ สัญญาณชีพแรกพบ อุณหภูมิ 38.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 112 ครั้ง/นาที หายใจหอบ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 145/60 mmHg. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 100 % พรอท ฟังปอดทั้ง 2 ข้าง พบเสียง Crepitation ผล CXR พบ Infiltrations ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง แพทย์วินิจฉัย Pneumonia with Sepsis เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 ได้รับการรักษาด้วย การให้ออกซิเจน High-flow nasal cannula (HFNC) อัตราการไหล 40 liter/min FiO2 0.4 ได้รับยาปฏิชีวนะ Tazocin 2.25 gm. iv ทุก 6 hr. ได้รับสารน้ำ และการเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะลิ่มเลือดของ

อวัยวะ (Multi organ Failure) ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเป็นลำดับ ไม่มีไข้ ไม่ไอ หายใจไม่หอบเหนื่อย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาล 5 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยถูกนำส่งจากโรงพยาบาลชุมชนด้วย วันนี้ไข้สูง หายใจหอบเหนื่อย ซีด ที่โรงพยาบาลชุม จากการซักประวัติพบผู้ป่วยความดันโลหิต 3 วันก่อนมา ผู้ป่วยเพิ่งจำหน่ายกลับบ้านด้วยมีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีโรคประจำตัวคือเบาหวาน ธาลัสซีเมีย และมะเร็งรังไข่ ถึงโรงพยาบาลชุมชน ความดันโลหิต 88/50 mmHg. ปัสสาวะออกน้อย ได้รับยาตีบหลอดเลือด (Norepinephrine 4 mg. ผสมใน 5%D/W 250 ml. iv drip 20 ml/hr. ซีดมาก หอบเหนื่อย จึงส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ขณะอยู่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะ Disseminated Intravascular Coagulation (DIC) ภาวะซิด และภาวะไตวายเฉียบพลัน ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนด้วย High-flow nasal cannula (HFNC) อัตราการไหล 40 liter/min. FiO2 0.4 ได้รับยาปฏิชีวนะ Tazocin 4.5 gm. iv ทุก 6hr. ได้รับสารน้ำ ได้รับเลือด ส่วนประกอบของเลือด การเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน และการดำเนินโรคของภาวะ Multiorgan Failure ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเป็นลำดับ และสามารถจำหน่ายโดยส่งรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลชุมชน รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจพิเศษ และการรักษา

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 1
ข้อมูลส่วนบุคคล	หญิงไทย อายุ 82 ปี รูปร่างผอม น้ำหนัก 37 kg. สูง 140 cm. BMI 18.87	หญิงไทย อายุ 56 ปี รูปร่างผอม น้ำหนัก 50 kg. สูง 152 cm. BMI 21.64
ระยะเวลาเข้ารับการรักษา	5 วัน (2-7 มกราคม 2566)	3 วัน (28-31 มกราคม 2566)
อาการสำคัญและอาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	2 สัปดาห์ก่อนมา ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับหลานที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ 3 วันก่อนมา ไอแห้งๆ หอบเหนื่อยเวลาไอ วันนี้มีไข้ ไอมากขึ้น เหนื่อย หอบ ญาตินำส่งโรงพยาบาล	รับส่งต่อจากโรงพยาบาลยางตลาด ด้วย หายหายใจหอบ เหนื่อย ซีด ความดันต่ำ 88/50 mmHg. ชีพจรเบา เร็ว 122 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยและญาติ ปฏิเสธใส่ท่อช่วยหายใจที่โรงพยาบาลชุมชน 3 วันก่อนมา ผู้ป่วยเพิ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่เข้ารับการรักษาดูแลภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (UTI)
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	มีประวัติความดันโลหิตสูง รับยาเป็นประจำที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ไม่เคยขาดยา	มีประวัติมะเร็งรังไข่ เบาหวาน และThalassemia

ตารางที่1 เปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจพิเศษ และการรักษา

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 1
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	-CBC : Hb 9.6, Hct 29.2, WBC count 9,700 cell/mm3 , Neutrophil 69.3 % -BUN 9 mg/dL Creatinine 0.67 mg/dL, GFR 82, Platelet count 37,700 cell/mm3 -pH Gass 7.30, pCO2 50.0 mmHg, pO2 272 -Hemoculture : No growth -Sputum culture : No Growth -Sputum AFB : Not found - Chest X-ray : infiltration both lung - Lactate 2.1	-CBC : Hb 2, Hct 6.9, WBC count 5,700 cell/mm3 , Neutrophil 85.7 % , Platelet count 87,000 cell/mm3 -BUN 39.9 mg/dL Creatinine 1.41 mg/dL, GFR 42 -pH Gass 7.4, pCO2 21.0 mmHg, pO2 272 -UA : RBC 0-1, WBC 0-1 PT 22.9 second, PTT 27.4 second, INR 2.03 -Hemoculture : No growth - Lactate 3.2
การรักษาของแพทย์	-0.9%NSS 500 ml. iv load 80 ml/hr. -Beradual 1 NB.ทุก 6 hr. -On O2 mask with bag 10 lite/min keep O2 sat > 95 % (วันที่ 2 มกราคม 2566) - On High Flow nasal cannula 40lite/min, Fio2 0.4 (วันที่ 2- 3 มกราคม 2566) - Cefazidime 2 gm. iv ทุก 8 hr. (วันที่ 2- 5 มกราคม 2566) -Tazocin 2.25 gm. iv ทุก 6 hr. -Azithromycin 500 mg. iv OD X 5 วัน -Losec 40 mg. iv OD	- On High Flow nasal cannula 40lite/min , Fio2 0.4 -Norepinephrine (4:250) 20 ml/hr. Keep MAP > 65 mmHg. -0.9%NSS 1,000 ml. iv drip 100 ml/hr. - PRC 2 unit iv drip 3 hr./unit - FFP 2 unit Free flow - Vit. k 10 mg. iv - NG lavage 200 ml. -Tazocin 4.5 gm. iv ทุก 6 hr. -Hydrocortisone 100 mg. iv -Then 200 mg. iv drip in 24 hr. -Losec 40 mg. iv OD

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนมา (Gordon) มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณและความเชื่อ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

ตารางที่2 เปรียบเทียบการวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล

ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	1.มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ
ข้อมูลสนับสนุน :จากประวัติผู้ป่วย มีอาการหายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที, มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 39.6 องศาเซลเซียส, ชีพจรเบาเร็ว 122 ครั้ง/นาที, SOS score =3 ,ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 100 %, On High Flow nasal cannula 40 lite/min , Fio2 0.4, ความดันโลหิต 88/50 mmHg, MAP 63. mmHg, WBC count 19,860 cell/mm3, ผลเพาะเชื้อทั้ง 2 ขวด ไม่พบเชื้อก่อโรค (no growth)	
วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก	
เกณฑ์การประเมินผล : 1. สัญญาณชีพปกติความดันโลหิต 90/60-140/90 mmHg, MAP ≥ 65 มิลลิเมตรปรอท, อุณหภูมิร่างกาย 36-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที, ปัสสาวะออกต่อชั่วโมง มากกว่า 0.5 mL/kg/hr.	
การพยาบาล :1.ประเมินระดับความรู้สึกตัว, ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ, MAP, อาการและอาการแสดงทุก 15 นาทีในช่วงแรก และทุก 30 นาทีในช่วงที่ 2 และทุก 4 ชั่วโมง เมื่อสัญญาณชีพคงที่, ประเมิน SOS score เพื่อประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีโอกาสหลุดลงจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2.ลดปัจจัยการส่งเสริมการติดเชื้อเพิ่ม ให้การพยาบาลตามมาตรฐานและแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล 3.ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9 % NSS 1,000 ml. iv drip 100 ml/hr. ตามแผนการรักษา 4.ส่งเสริมความสบายของผู้ป่วย เช่นการจัดท่านอน การทำความสะอาดร่างกาย การทำความสะอาดปากฟัน การดูแลสายต่างๆไม่ให้ตึงรั้ง เป็นต้น	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล

ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
5.บันทึกปริมาณน้ำที่ได้รับเข้า และออกทุก 1 ชั่วโมง จนสามารถควบคุมความดันโลหิต $\geq 90/60$ มิลลิเมตรปรอท และ MAP ≥ 65 mmHg. ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบ 6.ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Tazocin 4.5 gm. iv ทุก 6 hr. ตามแผนการรักษา, เฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา เช่น เวียนศีรษะ มีผื่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย 7.ดูแลให้ได้รับยา Levophed 4 mg. + 5%D/W 250 ml. อัตรา 20 ml/hr. Keep MAP ≥ 65 mmHg เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยา levophed ได้แก่ Bradycardia, cardiac arrhythmia, peripheral ischemia Anxiety, transient headache, Skin necrosis (with extravasation), Dyspnea 8.ดูแลให้ได้รับยา Hydrocortisone 100 mg. iv Then 200 mg. iv drip in 24 hr. Losec 40 mg. iv OD	5.บันทึกปริมาณน้ำที่ได้รับเข้า และออกทุก 1 ชั่วโมง จนสามารถควบคุมความดันโลหิต $\geq 90/60$ มิลลิเมตรปรอท และ MAP ≥ 65 mmHg. ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบ 6.ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Tazocin 4.5 gm. iv ทุก 6 hr. ตามแผนการรักษา, เฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา เช่น เวียนศีรษะ มีผื่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย 7.ดูแลให้ได้รับยา Levophed 4 mg. + 5%D/W 250 ml. อัตรา 20 ml/hr. Keep MAP ≥ 65 mmHg เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยา levophed ได้แก่ Bradycardia, cardiac arrhythmia, peripheral ischemia Anxiety, transient headache, Skin necrosis (with extravasation), Dyspnea 8.ดูแลให้ได้รับยา Hydrocortisone 100 mg. iv Then 200 mg. iv drip in 24 hr. Losec 40 mg. iv OD
ผลลัพธ์ : 1.ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบรู้อย่างดี 2. สัญญาณชีพปกติความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 134-47-101/67 mmHg, MAP ≥ 65 mmHg, ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการบริหารยา Levophed และ Tazocin, อุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 100 %, จำนวนปัสสาวะออก 400-800 มิลลิเมตรต่อวัน	ผลลัพธ์ : 1.ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบรู้อย่างดี 2. สัญญาณชีพปกติความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 134-47-101/67 mmHg, MAP ≥ 65 mmHg, ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการบริหารยา Levophed และ Tazocin, อุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 100 %, จำนวนปัสสาวะออก 400-800 มิลลิเมตรต่อวัน
1.มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ข้อมูลสนับสนุน : อุณหภูมิกาย 38.8 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ชีพจร 112 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 145/60 mmHg, MAP 88 mmHg, ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 100 %, WBC = 9,700, Neutrophil = 69.3, ผล blood lactate = 2.1 mmol/L, ผลเพาะเชื้อทั้ง 2 ขวด ไม่พบเชื้อก่อโรค (no growth) CXR : infiltration both lung	2.มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ข้อมูลสนับสนุน : อุณหภูมิกาย 39.9 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ชีพจร 122 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 88/50 mmHg, MAP = 63 mmHg, ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 100 %, WBC = 5,700 cell/mm³, Neutrophil = 85.7 %, ผล blood lactate = 4 mmol/L, ผลเพาะเชื้อทั้ง 2 ขวด ไม่พบเชื้อก่อโรค (no growth), มีประวัติเพิ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เมื่อ 3 วันก่อน
วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
เกณฑ์การประเมินผล: 1. สัญญาณชีพปกติความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท, MAP ≥ 65 mmHg, อุณหภูมิกาย 36-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที 2.ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว $> 95\%$, ผลการตรวจ CBC ปกติ 3.ระดับความรู้สึกตัวปกติ	เกณฑ์การประเมินผล: 1. สัญญาณชีพปกติความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท, MAP ≥ 65 mmHg, อุณหภูมิกาย 36-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที 2.ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว $> 95\%$, ผลการตรวจ CBC ปกติ 3.ระดับความรู้สึกตัวปกติ
การพยาบาล : 1.ซักประวัติ ค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อ เก็บปัสสาวะและเสมหะส่งตรวจด้วยวิธีเพาะเชื้อ และส่งตรวจวินิจฉัยตามแผนการรักษา เช่น การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ, CXR และติดตามผลเพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ 2.ประเมินสัญญาณชีพ, MAP, อาการและอาการแสดงทุก 15 นาทีในช่วงแรก และทุก 30 นาที ในช่วงที่ 2 และทุก 4 ชั่วโมง เมื่อสัญญาณชีพคงที่, ประเมิน SOS score เพื่อประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีโอกาสหลุดจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 3.ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1,000 ml. iv drip ตามแผนการรักษา 4.ลดปัจจัยการส่งเสริมการติดเชื้อเพิ่ม ให้การพยาบาลตามมาตรฐานและแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล 5.ส่งเสริมความสบายของผู้ป่วย เช่นการจัดท่านอน การทำความสะอาดร่างกาย การทำความสะอาดปากฟัน การดูแลสายต่างๆไม่ให้ตึงรัด เป็นต้น 6.บันทึกปริมาณน้ำที่ได้รับเข้า และออกทุก 8 ชั่วโมง 7.ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Tazocin iv และ Azithromycin 500 mg. iv OD (ผู้ป่วยรายที่ 1) ตามแผนการรักษา, เฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา เช่น เวียนศีรษะ มีผื่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ตามแผนการรักษา	การพยาบาล : 1.ซักประวัติ ค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อ เก็บปัสสาวะและเสมหะส่งตรวจด้วยวิธีเพาะเชื้อ และส่งตรวจวินิจฉัยตามแผนการรักษา เช่น การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ, CXR และติดตามผลเพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ 2.ประเมินสัญญาณชีพ, MAP, อาการและอาการแสดงทุก 15 นาทีในช่วงแรก และทุก 30 นาที ในช่วงที่ 2 และทุก 4 ชั่วโมง เมื่อสัญญาณชีพคงที่, ประเมิน SOS score เพื่อประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีโอกาสหลุดจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 3.ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1,000 ml. iv drip ตามแผนการรักษา 4.ลดปัจจัยการส่งเสริมการติดเชื้อเพิ่ม ให้การพยาบาลตามมาตรฐานและแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล 5.ส่งเสริมความสบายของผู้ป่วย เช่นการจัดท่านอน การทำความสะอาดร่างกาย การทำความสะอาดปากฟัน การดูแลสายต่างๆไม่ให้ตึงรัด เป็นต้น 6.บันทึกปริมาณน้ำที่ได้รับเข้า และออกทุก 8 ชั่วโมง 7.ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Tazocin iv และ Azithromycin 500 mg. iv OD (ผู้ป่วยรายที่ 1) ตามแผนการรักษา, เฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา เช่น เวียนศีรษะ มีผื่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ตามแผนการรักษา
ผลลัพธ์ : 1.ระดับความรู้สึกตัวปกติ 2.สัญญาณชีพเป็นปกติอุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ชีพจร 70-90 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 113/54-163/71 mmHg, MAP > 65 mmHg, ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 100 % 3. ผลเพาะเชื้อทั้ง 2 ขวด ไม่พบเชื้อก่อโรค (no growth) Sputum culture : No Growth -Sputum AFB : Not found	ผลลัพธ์ : 1.ระดับความรู้สึกตัวปกติ 2.สัญญาณชีพเป็นปกติอุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 70-84 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 107/67-119/54 mmHg, MAP > 65 mmHg, ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 100 % 3. ผลเพาะเชื้อทั้ง 2 ขวด ไม่พบเชื้อก่อโรค (no growth) 4.ผลตรวจปัสสาวะ UA : RBC 0-1, WBC 0-1
2.มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดไม่มีประสิทธิภาพ	3.มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากตัวพ้อออกซิเจนลดลง
ข้อมูลสนับสนุน : 1.ชีพจรเร็ว 112 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที, ให้ออกซิเจน High-flow nasal cannula (HFNC) อัตราการไหล 40 liter/min. FIO₂ 0.4, CXR : infiltration both lung ฟังเสียงปอดพบ Crepitation ทั้ง 2 ข้าง	ข้อมูลสนับสนุน : 1.ชีพจรเร็ว 122 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 88/50 mmHg.ให้ออกซิเจน High-flow nasal cannula (HFNC) อัตราการไหล 40 liter/min. FIO₂ 0.4, Hb 2, Hct 6.9
วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจน	วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจน
เกณฑ์การประเมินผล: 1. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 90/60-140/90 mmHg, MAP ≥ 65 mmHg, ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที 2.ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว $> 95\%$, 3. ระดับความรู้สึกตัวปกติ, Hb > 9 (ผู้ป่วยรายที่ 2)	เกณฑ์การประเมินผล: 1. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 90/60-140/90 mmHg, MAP ≥ 65 mmHg, ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที 2.ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว $> 95\%$, 3. ระดับความรู้สึกตัวปกติ, Hb > 9 (ผู้ป่วยรายที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล

ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
การพยาบาล : 1.ตรวจสอบสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการและอาการแสดง ทุก 15 นาทีในช่วงเฝ้าระวังแรก ทุก 30 นาที ในช่วงเฝ้าระวังที่ 2 และทุก 4 ชั่วโมง 2. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนทั้ง Early signs และ Late signs ของภาวะ Hypoxia อาการเขียวโดยประเมินจากเล็บมือเล็บเท้า เยื่อช่องปาก ร่วมกับค่า O₂Saturation และ ABG 3.ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ติดตามผล CXR เพื่อติดตามประเมินความก้าวหน้าของภาวะปอดอักเสบ 4.ดูแลให้ออกซิเจน High-flow nasal cannula (HFNC) อัตราการไหล 40 l/min. FIO₂ 0.4 ตามแผนการรักษา (ผู้ป่วยรายที่ 1) 5.ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30 - 45 องศา เพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจและส่งเสริมให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ 6.ดูแลให้ได้รับยา Berodual 1 NB ทุก 4 hr.พ่น ตามแผนการรักษา 7.ดูแลฝึกหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการเกิดปอดแฟบ อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง 8.กระตุ้นและฝึกการไออย่างถูกวิธี เพื่อป้องกันการคั่งค้างของเสมหะ 9. ดูแลให้ Absolute bed rest และแนะนำป้องกันการลัดตกหกล้ม (ผู้ป่วยรายที่ 2) 10.ดูแลให้ได้รับ PRC ตามแผนการรักษา (ผู้ป่วยรายที่ 2)	
	4.เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากมีความผิดปกติของปัจจัยการแข็งตัวของเลือด
ข้อมูลสนับสนุน : O : Plt. Count 57,000 cell/mm³, PT 22.9 second, PTT 27.4 second, INR 2.03, Hb 2, Hct 6.9	
วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก	
เกณฑ์การประเมินผล: 1. ไม่มีเลือดออกจากส่วนต่างๆ ของร่างกาย คือ ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการซีดและช้ำ ไม่มีเลือดกำเดาไหล ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด ไม่มีอุจจาระเป็นเลือด ไม่มีปัสสาวะเป็นเลือด 2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ Platelet count 140,000 – 400,000 /uL PT 10.90-13.70 sec. PTT 21.90-31.10 sec. INR 0.8-1.1	
การพยาบาล : 1.สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว 2.สังเกต ชักถามและบันทึกภาวะเลือดออกในส่วนต่างๆ 3.ดูแล /แนะนำการดูแลปากฟันโดยใช้น้ำยาบ้วนปาก/แปรงฟันด้วยแปรงขน 4. ดูแลให้ได้รับยา Vitamin K 10 mg. iv ตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียง เช่นภาวะAnaphylactoid reaction 5.ระมัดระวังเรื่องการบริโภทยา การเจาะเลือด หลีกเลี่ยงการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ 6.ดูแลให้ได้รับเลือดและ ส่วนประกอบของเลือด : FFP ตามแผนการรักษา และมาตรฐานการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด 7.แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการ เช่น เลือดออกตามไรฟัน มีเลือดกำเดา หรือมีเลือดออก ทางช่องคลอด ให้แจ้งให้พยาบาลทราบทันที 8. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Platelet, PT, PTT เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง ของเกล็ดเลือดในร่างกาย	
ผลลัพธ์ : - Platelet count มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เป็น 140,000 cell/mm³ -ผล PT ลดลงเป็น 20.2, PTT ลดลงเป็น 36.0,INR ลดลงเป็น 1.48 -ไม่มีภาวะแทรกซ้อน/อาการข้างเคียงจากการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด -ไม่มีเลือดออกจากอวัยวะต่างๆ	
	5.มีภาวะไตวายเฉียบพลันจากการติดเชื้อในกระแสเลือด
ข้อมูลสนับสนุน : BUN 39.9 mg/dL Creatinine 1.41 mg/dL, GFR 42 pH Gass 7.4, pCO₂ 21.0, pO₂ 272	
วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะไตวายเฉียบพลัน	
เกณฑ์การประเมินผล: 1. การทำงานของไตปกติ หรือดีขึ้น (BUN 8-20 mg/dL, Creatinine 0.55-1.02 mg/dL), 2.ปัสสาวะออก > 0.5 mL/kg/hr.	
1.ตรวจสอบสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการและอาการแสดง ทุก 15 นาทีในช่วงเฝ้าระวังแรก ทุก 30 นาที ในช่วงเฝ้าระวังที่ 2 และทุก 1 ชั่วโมง 2.ประเมินจังหวะการเต้นของหัวใจ โดยใช้เครื่องติดตามการเต้นของหัวใจและสัญญาณชีพ 3.ดูแลให้ได้รับสารน้ำ ได้แก่ 0.9 % NSS 1000 ml. iv drip 100 ml/hr. ตามแผนการรักษา 4. ประเมินและบันทึกปริมาณน้ำที่กักปริมาณน้ำที่ได้รับและขับออกทุก 2 ชั่วโมง ใน 8 ชั่วโมงแรก จนกระทั่งจึงบันทึกทุก 8 ชั่วโมง 5.เฝ้าระวังภาวะ Pulmonary edema โดยการประเมินการหายใจ ฟังเสียงปอด และประเมินอาการบวมของแขน ขา 6.ติดตามค่าการทำงานของไต 7.รายงานแพทย์เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง 8.ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา : Tazocin 4.5 gm. iv ทุก 6 hr. เฝ้าระวังอาการข้างเคียง เช่นเวียนศีรษะ มีผื่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย	
ผลลัพธ์ : การทำงานของไตมีแนวโน้มดีขึ้น BUN 37 mg/dL, Creatinine 1.20 mg/dL, GFR 51, ปริมาณปัสสาวะที่ออกต่อแวน 400-800 mL , อาการบวมเหนื่อยลดลง ไม่มีภาวะ Pulmonary edema	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล

ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
3.มีภาวะติดเชื้อที่ปอด	
ข้อมูลสนับสนุน : 1. อุณหภูมิร่างกาย 38.8 องศาเซลเซียส, อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที, ชีพจร 112 ครั้งต่อนาที, ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 100 %, WBC= 9,700, Neutrophil= 69.3, ผล blood lactate =2.1 mmol/L, ผลเพาะเชื้อทั้ง 2 ขวด ไม่พบเชื้อก่อโรค (no growth) CXR : infiltration both lung, ฟังปอดพบ Creptitation ทั้ง 2 ข้าง	
วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อที่ปอด	
เกณฑ์การประเมินผล : 1. ระดับความรู้สึกตัวปกติ 2.สัญญาณชีพปกติ 3.ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว > 95 % 3. Arterial blood gas ปกติ : PaO2 80-100 มิลลิเมตรปรอท 4.สามารถหายใจออกซิเจนได้	
การพยาบาล : 1. ประเมินอาการที่บ่งบอกว่าการติดเชื้อ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย < 36 หรือ >38 องศาเซลเซียส, หัวใจเต้นเร็ว มากกว่า 100 ครั้ง/นาที WBC <4,000 cell/mm ³ หรือ > 12,000 cell/mm ³ หรือมีอาการซึมสับสน 2. ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังการให้การพยาบาล 3. สังเกตและประเมินปริมาณและ สีเสมหะที่เปลี่ยนแปลงและรายงานแพทย์ 4. ตรวจสอบสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการและอาการแสดง ทุก 15 นาทีในช่วงแรก ทุก 30 นาที ในช่วง 2 และทุก 4 ชั่วโมง 5. ติดตามและฟังปอดอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง 6. Complete Bed Bath วันละ 1 ครั้ง เพื่อให้สุขวิทยาส่วนบุคคลสะอาด ลดการสะสมของเชื้อโรค 7. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 - 45 องศา 8. ดูแลให้ได้รับยา Berodual 1 NB ทุก 4 hr.พ่น ตามแผนการรักษา 9. ดูแลให้ได้รับอาหารอ่อน ย่อยง่าย ระวังเรื่องการสำลักอาหาร 10. ดูแลทำความสะอาดปากและฟันให้ผู้ป่วยทุก หลังรับประทานอาหาร 11. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Tazocin 2.25 gm. iv ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา	
ผลลัพธ์ : ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน High-flow nasal cannula (HFNC) อัตราการไหล 40 liter/min. FIO2 0.4สามารถเปลี่ยนเป็น O2 cannula 3 LPM และสามารถ off O2 cannula ได้ในวันที่ 3 ของการรักษา, ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 100 %,ไม่มีอาการหอบเหนื่อย, ผล CXR พบ infiltration both lung ลดลง, ฟังปอดพบ Creptitation ทั้ง 2 ข้างลดลง	
4.พร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต	6.พร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
ข้อมูลสนับสนุน : 1. ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย ต้อง Absolute bed rest, อยู่ในระยะซ็อก, ซีด Hb 2 , Hct 6.9(ผู้ป่วยรายที่2), On HFNC 40 liter/min.	
วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองตามความสามารถ หรือได้รับความช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ปลอดภัยจากการจำกัดการเคลื่อนไหว	
เกณฑ์การประเมินผล : 1.ผู้ป่วยได้รับการดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การทำความสะอาดร่างกาย 2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ, การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ, ข้อติด	
การพยาบาล : 1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการดูแลตนเองปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2. ประเมินสภาพร่างกายทั่วไปของผู้ป่วยและจัดกิจกรรมการดูแล 3. ดูแลเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือเมื่อเปื้อน 4. กระตุ้นการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม.และได้รับการออกกำลังกายที่เหมาะสม 5.. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารตามแผนการรักษา 6.. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	
ผลลัพธ์ : ผู้ป่วยได้รับการดูแลดูแลกิจวัตรประจำวัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่นแผลกดทับ ปอดติดเชื้อเพิ่ม	
5.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วย	7.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วย
ข้อมูลสนับสนุน : ญาติสอบถามอาการ ภาวะการเจ็บป่วย, ญาติและผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล	
วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล	
เกณฑ์การประเมินผล : 1.ผู้ป่วยและครอบครัวมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล 2.ผู้ป่วยและญาติสามารถเผชิญหรือเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพที่ต้องรับรักษาในโรงพยาบาล	
การพยาบาล : 1. พูดคุยแนะนำตัวสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับญาติ 2. ประเมินความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยการสังเกตพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง หรือจากการซักถามผู้ป่วยและญาติ 3. ประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล

ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
4. ยอมรับและเคารพผู้ป่วยในฐานะบุคคล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามเกี่ยวกับอาการ แผนการพยาบาล 5. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับอาการของโรคที่เป็นอยู่ เปิดโอกาสให้ได้พบแพทย์ผู้ดูแลเพื่อทราบแนวทางการรักษา 6. บอกผู้ป่วยและอธิบายถึงเหตุผลในการให้การพยาบาลทุกครั้งเพื่อความเข้าใจและการให้ความร่วมมือที่ดี 7. กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 8. ให้ข้อมูลให้ผู้ป่วยและญาติได้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงความก้าวหน้าของอาการและการรักษาเพื่อความเข้าใจ คลายความวิตกกังวล 9. จัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน พยายามให้บรรยากาศสงบราบรื่น 10. เปิดโอกาสให้ญาติได้เข้าเยี่ยมตามความเหมาะสม และได้พูดคุยซักถามข้อสงสัย	
ผลลัพธ์ : ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล เข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล	
6.ไม่สุขสบายมีไข้ ข้อมูลสนับสนุน : มีไข้ อุณหภูมิกาย 38.8 องศาเซลเซียส,ชีพจรเร็ว 112 ครั้ง/นาที, หายใจหอบ 22 ครั้ง/นาที , อ่อนเพลีย	8.ไม่สุขสบายมีไข้ ข้อมูลสนับสนุน :มีไข้ อุณหภูมิกาย 39.6 องศาเซลเซียส, ชีพจรเร็ว 122 ครั้ง/นาที, หายใจหอบ 24 ครั้ง/นาที, อ่อนเพลีย
วัตถุประสงค์ : เพื่อบรรเทาอาการไข้ และผู้ป่วยสุขสบาย	
เกณฑ์การประเมินผล: 1.ผู้ป่วยสุขสบาย 2. อุณหภูมิกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส	
การพยาบาล : 1.ตรวจวัดสัญญาณชีพ และอุณหภูมิกาย ทุก 4 ชั่วโมง 2.เช็ดตัวลดไข้ เพื่อถ่ายเทความร้อนออกจากร่างกาย 3.ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Tazocin iv ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา 4.ดูแลให้ได้รับยาลดไข้ (Paracetamol) เมื่ออุณหภูมิกายมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส ตามแผนการรักษา 5.ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพักผ่อน เช่น ปิดไฟ ไม่ส่งเสียงรบกวน 6.ดูแลให้ได้รับอาหารอ่อน ย่อยง่าย และดื่มน้ำเพื่อทดแทนการสูญเสียน้ำจากมีไข้ 7.ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS ตามแผนการรักษา	
ผลลัพธ์ :อุณหภูมิกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 36.5-37.2 องศาเซลเซียส, ชีพจร 70-82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที	
7. เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเพื่อจำหน่าย ข้อมูลสนับสนุน : 1. ผู้ป่วยและญาติ กลัวจะเกิดอาการผิดปกติที่รุนแรงเมื่อกลับบ้าน	9. เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเพื่อจำหน่าย ข้อมูลสนับสนุน : 1. ผู้ป่วยและญาติ กลัวจะเกิดอาการผิดปกติที่รุนแรงเมื่อกลับบ้าน
วัตถุประสงค์ : 1. ผู้ป่วยและญาติ มีความมั่นใจในการดูแลตัวเองเมื่อกลับบ้าน 2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และกลับเข้ารับรักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อน	
เกณฑ์การประเมินผล:1.ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน 2.ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และกลับเข้ารับรักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อน	
การพยาบาล : 1.ประเมินปัญหาเพื่อนำมาวางแผนการจำหน่ายตามหลัก DMETHODE เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถของผู้ป่วยและญาติ ในการกลับไปดูแลต่อที่บ้าน และประสานส่งต่อโรงพยาบาลการดูแลต่อเนื่องลงสู่ชุมชน ดังนี้ 1.ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D โดยมีรายละเอียดดังนี้ D = Disease/Diet ให้ความรู้โดยสหสาขาวิชาชีพ เรื่องโรคและแผนการรักษา โดยแพทย์, การพยาบาลและแผนการพยาบาล รวมถึงการเฝ้าระวังอาการที่ต้องแจ้งกับพยาบาล การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หรืออาการที่ต้องกลับมาพบแพทย์,การปฏิบัติตัวด้านโภชนาการที่มีความเหมาะสมกับสภาวะของโรค โดยนักโภชนาการ, การฝึกการหายใจ ออกกำลังกาย โดยนักกายภาพบำบัด M = Medicine แนะนำการใช้ยาที่ได้รับกลับบ้าน โดยประสานเภสัชกรเพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาที่ได้รับ ฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์ของการใช้ยา วิธีการใช้ยา ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมถึงข้อห้ามในการใช้ยา ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้ยาปฏิชีวนะกลับบ้าน แนะนำให้รับประทานยาให้ครบจนหมดตามแพทย์สั่ง ผู้ป่วยรายที่ 2 ข้อควรระวังการใช้ยาเบาหวาน ถ้ามีอาการใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ต้องหยุดใช้ยา ดื่มน้ำหวาน ถ้าอาการไม่ดีขึ้นให้รีบมาโรงพยาบาล เมื่อไม่สบายไม่ควรหยุดยาเบาหวานควรรีบมาพบแพทย์ E = Environment/Economic/Equipment ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย ผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อสูง แนะนำให้หลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้ป่วยอื่นที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ สวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในที่ชุมชน การรักษาความสะอาดของร่างกาย การล้างมือ เป็นต้น รวมถึงแนะนำแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่ครอบครัวผู้ป่วยจะไปขอความช่วยเหลือได้ โทร1669 เมื่อมีภาวะฉุกเฉิน T = Treatment ให้ความแนะนำให้เข้าใจเป้าหมายของการรักษา และมีทักษะในการดูแล สังเกตอาการผิดปกติ และให้การดูแลเบื้องต้นก่อนมาพบแพทย์ได้ H = Health Care ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม เช่นการเดิน และระมัดระวังการพลัดตก หกล้ม ควรมีคนดูแลเมื่อทำกิจกรรม นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง O = Out patient ประสานการดูแลต่อเนื่องกับแหล่งสุขภาพใกล้บ้านเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ให้ความสำคัญกับการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง 2.ประเมินความรู้ย้อนกลับ	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล

ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
3. ผู้ป่วยรายที่ 1 มีนัดติดตามอาการที่คลินิกอายุรกรรม อาคารผู้ป่วยนอก 3 สัปดาห์, ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการส่งตัวเพื่อรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน	
ผลลัพธ์: ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และสามารถบอกอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ได้	

สรุปการรักษาขณะอยู่ในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยภาวะปอดอักเสบร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีโรคร่วม คือความดันโลหิตสูง มีประวัติอยู่ร่วมกับหลานที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ มาด้วยอาการ 1 วัน ก่อนมา หายใจหอบเหนื่อย มีไข้สูง ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตปกติ ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการสับสน ให้การพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่ม ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย วิเคราะห์วางแผนให้การพยาบาลตามปัญหาและแผนการรักษา ผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นระยะวิกฤต ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่เข้าสู่ระยะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล 5 วัน นัดติดตามอาการอีก 3 สัปดาห์

ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยเพศหญิง รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยประวัติ 3 วันก่อน ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีโรคประจำตัวคือ ธาลัสซีเมีย, มะเร็งรังไข่ และโรคเบาหวาน, 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือด ร่วมกับเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน BUN 40.7 mg/dL Creatinine 1.88 mg/dL, GFR 42 ร่างกายมีภาวะเป็นกรดร่วมกับมีภาวะไตวายเฉียบพลัน มีภาวะ Disseminated Intravascular Coagulation (DIC) มีภาวะช็อค ผู้ป่วยรายที่สองมีภาวะวิกฤตมากกว่ารายแรกด้วยปัจจัยร่วมหลายอย่าง ได้รับการดูแลแก้ไข จนผู้ป่วยกลับมามีสัญญาณชีพปกติ ไตกลับมาทำหน้าที่ได้ปกติ ไม่มีเลือดออกผิดปกติ อาการดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้ส่งกลับไปรับการรักษาต่อโดยการให้ยาปฏิชีวนะต่อจนครบ 7 วันที่โรงพยาบาลยางตลาด ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นโรงพยาบาลเครือข่ายสุขภาพ (Node) และมีอายุรแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยและญาติทั้ง 2 ราย ได้รับการเตรียมความพร้อม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จนมีความพร้อมและมั่นใจ สามารถกลับไปดูแลต่อที่บ้าน และทราบแหล่งประโยชน์ที่จะสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินได้

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาพยาบาลตาม CPG Sepsis และ CNPG Sepsis Bundle Protocol เมื่อเปรียบเทียบ ผลการรักษาพยาบาล CPG Sepsis และ CNPG Sepsis Bundle Protocol พบว่า

1. ผลลัพธ์ด้านการพยาบาล

1.1 ที่ 0 ชั่วโมง พยาบาลวิชาชีพที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินใช้ (quick Sequential Organ Failure Assessment : qSOFA) คัดกรองภาวะติดเชื้อสามารถ early detect ภาวะ sepsis ได้ตั้งแต่ห้องฉุกเฉิน ได้ให้ antibiotic หลังการวินิจฉัยและส่ง H/C serum lactate ทั้ง 2 ราย ได้รับการจัดการให้ระบบไหลเวียนโลหิต และการใช้ออกซิเจนในระดับเซลล์กลับมาเป็นปกติ โดยได้รับออกซิเจน High flow nasal cannula (HFNC) ประกอบไปด้วยการให้สารน้ำในปริมาณที่เหมาะสม การใช้ยากระตุ้นการบีบหลอดเลือด กำจัดแหล่งติดเชื้อ และการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดและอย่างต่อเนื่องโดยผู้ป่วยรายที่ 2 ถูกส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชนเพื่อรักษาต่อในโรงพยาบาลแม่ข่าย และมีระบบทางด่วนในโรงพยาบาลทั้งโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีระบบการส่งต่อที่เหมาะสมผู้ป่วยปลอดภัย

1.2 การประเมิน เฝ้าระวังและติดตามสภาพความรุนแรงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพที่แผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยซึ่งยังไม่มี การใช้เครื่องมือ SOS score อย่างทั่วถึงในการประเมินและติดตามความรุนแรง

1.3 การติดตามการรักษาในผู้ป่วยครบถ้วน ตั้งแต่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วย และการดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วยจากทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง จนถึงการวางแผนจำหน่ายสู่การดูแลต่อเนื่องในชุมชน

2. ผลลัพธ์ด้านดูแลพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการประเมินแรกรับและได้รับการวินิจฉัยได้รวดเร็ว และได้รับการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันเวลา เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ การได้รับสารน้ำที่เพียงพอ รวมถึงกำจัดแหล่งที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ การได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงเมื่อมีการสั่งใช้ยาและเปลี่ยนยาปฏิชีวนะ เจาะ Hemoculture ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ ได้รับยา Norepinephrine อย่างรวดเร็วหลังเกิดภาวะช็อกเพื่อรักษา ให้ค่าความดันโลหิต MAP $\geq$ 65 mmHg โดยมีเป้าหมายคือ การรักษาระดับความดันโลหิตเฉลี่ย (Mean Arterial Pressure) $\geq$ 65 mmHg เพื่อให้อวัยวะต่าง ๆ ได้รับเลือดไปเลี้ยงตามปกติเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนกลับมาปกติ ปริมาณปัสสาวะมากกว่า 0.5 mL/kg/พ. รวมถึงการพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาลรวมถึงอาการไม่พึงประสงค์จากการบริหารยา เป็นต้น นอกจากนี้ปัจจัยที่จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอด ยังขึ้นอยู่กับระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการ

โรคร่วม และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษา เช่น ภาวะ Disseminated Intravascular Coagulation (DIC) ทำให้เกิดเลือดดำ และเกิดภาวะ Coagulopathy ผลของ DIC ทำให้เกิดการไหลเวียนเลือดในระดับ Microcirculation ลดลง ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนปลายลดลง ทำให้เกิดภาวะ Organ Dysfunction ตามมา ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลให้การ รักษาตามแผนการรักษาและปฏิบัติการพยาบาล โดยรวดเร็วและเหมาะสมตามมาตรฐาน ได้รับการวางแผนและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนจำหน่ายตามหลัก D-M-E-T-H-O-D

ดังนั้นพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังติดตามและรายงานอาการเปลี่ยนแปลง จึงต้องมีความเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคและมีทักษะในการให้การพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ลดวันนอนโรงพยาบาล ลดอัตราตาย ภาวะคุกคามและช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยและญาติ ทำให้สามารถแก้ไขและเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านไปใช้ชีวิตได้ปกติดังเดิม

เอกสารอ้างอิง

- 1.สมพร รอดจินดา. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลน่าน.(2563) วารสารพยาบาลโรงพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 31(1): 212-231.
- 2.ปานจิต นามพลกรัง และสิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล.(2564). การพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ ที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและไตวายเฉียบพลัน. วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล, 34(2): 1-15.
- 3.แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะ sepsis และ septic shock.(2562). โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์
- 4.กระทรวงสาธารณสุข.(2563). Healthkpi. เข้าถึงได้จากhttp://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=2011&kpi_year=2566
- 5.ลลธรिता เจริญพงษ์และ กิตติศักดิ์ ผลถาวรกุลชัย.อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร.(2563) วารสารแพทย์เขต 4-5, 39(4):542-560.
- 6.โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.(2566) ข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2564-2566
- 7.พรศิริ พันธสี. (2562). กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ทางคลินิก (พิมพ์ครั้งที่ 22). กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.
- 8.วิจิตรดา กุสมภ์. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ:แบบองค์รวม. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: พี.เค.เค.ปรีณัตติง
9. ศาสตร์พยาบาลและสาธารณสุข. การนำทฤษฎีทางการพยาบาลต่าง ๆ มาใช้ในการดูแลสุขภาพ. เข้าถึงได้จาก https://methawitpublichealth.blogspot.com/2013/07/blog-post_11.html

รูปแบบการพัฒนาร้านยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือควบคุมพิเศษ (ข.ย.2)สู่มาตรฐานวิธีปฏิบัติเภสัชกรรมชุมชน (GPP) จังหวัดร้อยเอ็ด

Development a model of drug stores only for ready-packed drugs that are not hazardous drugs or specially controlled drugs to standard Good pharmacy practice (GPP) in Roi-et Province.

(Received: July 28,2023 ; Revised: August 5,2023 ; Accepted: August 6,2023)

ดารณี ชิตทรงสวัสดิ์¹
Daranee Chitsongsawat¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินผลการยกระดับร้านยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือควบคุมพิเศษ (ข.ย.2) สู่มาตรฐานวิธีปฏิบัติเภสัชกรรมชุมชน (GPP) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research- PAR) กลุ่มตัวอย่างคือ 1) ร้านยา ข.ย.2 จำนวน 19 ร้าน 2) ผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ข.ย.2 และพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ร.บ.ยา จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และ Percentage Difference และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า 1) รูปแบบการพัฒนาร้านยา ข.ย.2 สู่มาตรฐาน GPP มี 6 ขั้นตอน คือ 1.1) ศึกษาบริบทร้านยา สภาพปัญหา 1.2) คัดเลือกข้อมูล 1.3) จัดทำ Action plan 1.4) ปฏิบัติตาม Action plan 1.5) ประเมินผล 1.6) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ หลังจากนำรูปแบบไปพัฒนาแล้วพบว่าหลังการพัฒนามีร้านยา ข.ย.2 คงอยู่ 13 ร้าน 2) หลังการพัฒนาร้านยามีระดับคะแนน Percentage Difference เพิ่มขึ้นทุกหมวด ดังนี้หมวด 1 เพิ่มขึ้นร้อยละ 34.07 หมวด 2 เพิ่มขึ้นร้อยละ 78.46 หมวด 3 เพิ่มขึ้นร้อยละ 36.01 หมวด 4 เพิ่มขึ้นร้อยละ 57.33 หมวด 5 เพิ่มขึ้น 47.77 และจากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพแบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มผู้ประกอบการ เห็นว่าการปฏิบัติตามเกณฑ์ GPP ที่ปฏิบัติจากง่ายไปยากดังนี้ หมวด 2 อุปกรณ์ > หมวด 3 บุคลากร > หมวด 5 บริการทางเภสัชกรรม > หมวด 1 สถานที่ > หมวด 4 การควบคุมคุณภาพยา พนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ.ยา เห็นว่าการปฏิบัติตามเกณฑ์ GPP ที่ปฏิบัติจากง่ายไปยากดังนี้ หมวด 2 > หมวด 1 > หมวด 5 > หมวด 4 > หมวด 3 การพัฒนารูปแบบร้านยาข.ย.2 สู่มาตรฐาน GPP. ช่วยให้เกิดการวางแผน พัฒนอย่างเป็นระบบ และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงพัฒนาเป็นร้านยาตามมาตรฐาน GPP เห็นควมมีการพัฒนาศักยภาพความรู้วิชาการและความรู้กฎหมายแก่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการร้านยา ข.ย.2 เพิ่มเติม เพื่อพัฒนาสู่มาตรฐานร้านยาที่ได้คุณภาพและสามารถบริการด้านยาที่ปลอดภัยแก่ประชาชน

คำสำคัญ : รูปแบบการพัฒนา;มาตรฐานวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน;ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ

Abstract

The purpose of this research was to develop a model and evaluate the effect of upgrading drug stores. To the standard of community pharmaceutical practice (GPP) is a participatory action research. The sample was 1) 19 pharmacies, 2) licensees and operators. and 40 competent officials under the Drug Act. The tools used for data collection were records. Data were analyzed using descriptive statistics including mean, percentage and percentage difference and content analysis.

The study found that 1) the model for developing a drug store K.Yor.2 to the GPP standard consisted of 6 steps: 1.1) Study the pharmacy context and condition of the problem 1.2) Return data 1.3) Prepare an action plan 1.4) Follow the action plan 1.5) Evaluation 1.6) Exchange knowledge After the model was developed, it was found that after the development, there were still 13 drugstores in Khor Yor. 2. 2) After the development, the Percentage Difference scores increased in all categories as follows: Category 1 increased by 34.07% Category 2 An increase of

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

78.46 percent, Category 3, an increase of 36.01 percent, Category 4, an increase of 57.33 percent, Category 5, an increase of 47.77 and from an in-depth interview qualitative analysis. Group Discussion Entrepreneurs saw that the implementation of the GPP criteria was performed from easy to difficult as follows: Category 2 Equipment > Category 3 Personnel > Category 5 Pharmaceutical Services > Chapter 1 Premise > Chapter 4 Drug Quality Control Competent officers under the Drug Act saw that compliance with the GPP criteria was easy to follow, as follows: Category 2 > Category 1 > Category 5 > Category 4 > Category 3 The development of a pharmacy model to the GPP standard helped create plan Systematic development And there is an exchange of knowledge and ready to accept changes to develop into a standard pharmacy. GPP agrees that there should be further development of the potential of academic knowledge and legal knowledge for those in charge of pharmacy operations in order to develop into a standard pharmacy that is of good quality and able to provide services. safe medicines for the public.

Keyword: development model for community pharmaceutical practice ,modern drugstores for packaged non-dangerous or non-specially controlled drugs . Good Pharmacy Practice (GPP)

บทนำ

ร้านยาถือเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากในระดับหนึ่งและเป็นทางเลือกแรกๆของประชาชนที่จะใช้บริการเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น เพราะว่าสะดวก ใกล้บ้าน และไม่เสียระยะเวลารอคอยในการรอรับยาเหมือนสถานพยาบาลภาครัฐ ประเทศไทยมีร้านยาอยู่หลายประเภท ทั้งร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1)และร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ (ข.ย.2) และร้านขายยาแผนปัจจุบันสำหรับสัตว์ (ข.ย.3) สำหรับร้านยาประเภท ข.ย.2 ที่ถูกควบคุมไม่ให้เพิ่มจำนวนแต่ลดได้นั้นเป็นร้านยาประเภทที่มีลักษณะผู้ปฏิบัติงานในร้านไม่จำเป็นต้องเป็นเภสัชกร แต่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆ เช่น พยาบาล หรือผู้ที่ผ่านการอบรมจากกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ก็สามารถเป็นผู้ขายยาได้ แต่ยาที่ขายในร้านประเภทนี้จะในกลุ่มยาสามัญทั่วไป และยาบรรจุเสร็จที่ไม่อันตรายและไม่ควบคุมพิเศษ คือไม่ใช่พวกยากลุ่มปฏิชีวนะ ยาหัวใจและหลอดเลือด ยาทางเดินอาหาร ยาทางเดินปัสสาวะ หรือพวกสเตียรอยด์ ที่ต้องจ่ายยาโดยเภสัชกรเท่านั้น

สภาพปัญหาที่พบในร้านขายยา ข.ย.2 เนื่องจากร้านขายยา ข.ย.2 เป็นร้านที่เปิดมานาน สภาพโดยทั่วไปจึงมีสภาพที่เก่าและไม่ได้มาตรฐานร้านยา และผู้ขายยาหรือผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการก็เป็นผู้ที่ได้รับการอบรมมานานแล้วและไม่ได้มีการพัฒนา

ศักยภาพอย่างต่อเนื่อง และอีกปัญหาหนึ่งซึ่งเห็นอยู่เสมอคือร้านขายยา ข.ย.2 จะขายยาผิดประเภทจากใบอนุญาต เป็นต้น ฉะนั้นร้านขายยา ข.ย.2 จึงต้องมีการปรับตัวอย่างมากเพื่อความอยู่รอดในธุรกิจยา ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาปรับปรุงมาตรฐานร้านและพัฒนาศักยภาพของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำร้าน ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ ตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2564 ซึ่งประกอบด้วย 5 หมวดได้แก่ หมวดสถานที่ หมวดอุปกรณ์ หมวดบุคลากร และหมวดการควบคุมคุณภาพยาและ หมวดการให้บริการทางเภสัชกรรม ซึ่งประกาศกระทรวงฉบับนี้ มุ่งปรับมาตรฐานร้านยา ข.ย.2 ให้มีความพร้อมเป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยให้โอกาสร้านยาที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายกระทรวงเดิม ได้พัฒนาคุณภาพมาตรฐานร้าน เพราะแต่เดิมโครงสร้างร้านเป็นโครงสร้างสมัครใจ ไม่มีสภาพบังคับ ใครจะออกแบบโครงสร้างแบบใดก็ได้ แต่เมื่อกฎหมาย GPP ออกมาร้านยา ข.ย.2 จึงต้องปรับปรุงสภาพร้านให้เป็นไปตามกฎหมาย GPP ในการประกาศกระทรวงฉบับนี้ ก็จะมีสภาพบังคับตามกฎหมายทันที เพื่อให้ร้านยาทั่วประเทศเป็นร้านยาที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยได้อย่างเท่าเทียมกัน เพราะวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนเป็นแนวทางใน

การพัฒนาร้านยา เน้นให้เห็นความสำคัญของเรื่อง การบริการด้านโรคและยา บอกถึงกรอบการบริหารที่มีคุณภาพและแผนกลยุทธ์ในการพัฒนาบริการ

จังหวัดร้อยเอ็ด ก่อนการพัฒนาสู่มาตรฐาน GPP มีร้านยา ข.ย.2 จำนวน 19 ร้าน การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดำเนินงานยกระดับมาตรฐาน GPP ในร้านยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและควบคุมพิเศษของจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อเตรียมความพร้อมร้านยา ข.ย.2 สู่มาตรฐาน GPP ตามประกาศกระทรวงฯ ปี 2564 และยังใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาร้านขายยาแบบหนึ่งที่น่าสนใจจะได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาในโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินผลการยกระดับร้านยา ข.ย.2 สู่มาตรฐานร้านยา GPP จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาร้านยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือควบคุมพิเศษ (ข.ย.2) มาตรฐานวิธีปฏิบัติเภสัชกรรมชุมชน (GPP) จังหวัดร้อยเอ็ด มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินผลการยกระดับร้านยา ข.ย.2 สู่มาตรฐานร้านยา GPP จังหวัดร้อยเอ็ด มีวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

รูปแบบงานวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research- PAR) ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยตั้งแต่ ตุลาคม 2565 - มิถุนายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการร้านยา ข.ย.2 และพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยา จำนวน 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

1.1 แบบบันทึกการประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ข.ย.2) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่อุปกรณ์วิธีการปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ ตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ.2564

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่

2.1 การสนทนากลุ่ม (Focus Group) ใช้แบบสัมภาษณ์ที่ไม่มีโครงสร้างแน่นอน (Unstructure interview) โดยใช้แนวคำถามที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมการสนทนา สถานการณ์ และความคาดหวังในการพัฒนาสถานที่ขายยาสู่มาตรฐาน GPP บทบาทของเภสัชกรสถานที่ขายยาและเภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดในการพัฒนา

2.2 การสัมภาษณ์เจาะลึก (Indepth Interview) โดยใช้แนวคำถามที่กำหนดไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับการพัฒนาร้านยา ข.ย.2 สู่มาตรฐานร้านยา GPP จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน ความยาก-ง่ายต่อการปฏิบัติตามมาตรฐาน GPP ปัญหาและอุปสรรคต่อการพัฒนาร้าน ความคาดหวังในการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

กลุ่มเป้าหมายในร้านขายยา ข.ย.2 โดยใช้วงจรคุณภาพ (PDCA) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 Plan : การวางแผน

1.สำรวจข้อมูลเชิงบริบทร้านยา ข.ย.2 จังหวัดร้อยเอ็ด

2.จัดประชุมชี้แจงนโยบาย GPP สำหรับผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำร้านยา

3.พนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ร.บ.ยาระดับจังหวัดตรวจประเมิน GPP ครั้งที่ 1

4.วิเคราะห์หา GAP Analysis วิเคราะห์ข้อมูลแล้วนำมากำหนดแผนพัฒนา

ขั้นตอนที่ 2 DO : ปฏิบัติ

1.ขับเคลื่อนแผนพัฒนา

2.จัดอบรมผู้ประกอบการร้านยา ข.ย.2

3.จับคู่พี่เลี้ยงในพื้นที่ พนักงานเจ้าหน้าที่ในพื้นที่+ผู้ประกอบการร้านยา

4.จัดตั้งกลุ่มไลน์ เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาอุปสรรค

5.จัดทำแนวทางการพัฒนาร้านยาสู่มาตรฐาน GPP และระบบเอกสารที่ใช้ในร้านยา

6.เยี่ยมเสริมพลัง

ขั้นตอนที่ 3 CHECK : ประเมิน

1.ประเมินมาตรฐาน GPP ครั้งที่ 2 โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ร.บ.ยาระดับจังหวัด

ขั้นตอนที่ 4. ACTION : การสะท้อนปฏิบัติ

1.ถอนบทเรียน

2.วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามมาตรฐาน GPP สำหรับร้านขายยา ข.ย.2

3.ปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่พบเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันเพื่อเตรียมความพร้อมในการตรวจประเมินรอบถัดไป

สามารถสรุปออกมาเป็นรูปแบบการพัฒนา รูปแบบและประเมินผลการยกระดับร้านยาข.ย.2สู่มาตรฐานร้านยาGPPจังหวัดร้อยเอ็ดได้ 6 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาบริบทร้านยา สภาพปัญหา 2) ค้นข้อมูล 3) จัดทำ Action plan 4) ปฏิบัติตาม Action plan 5) ประเมินผล 6) แลกเปลี่ยนเรียนรู้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงปริมาณ โดยนำข้อมูลจากแบบบันทึกการตรวจประเมิน GPP ข.ย.

2 โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และ Percentage Difference

2.วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่การวิจัย HE 2565-12-09-063

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ (ข.ย.2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของร้านขายยา ข.ย.2 จังหวัดร้อยเอ็ด (n = 19)

ลำดับ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1.	ลักษณะของผู้รับใบอนุญาต		
	ก. ผู้ประกอบวิชาชีพ	4	21
	ข. ผู้ผ่านการอบรม	15	79
2.	สถานะ		
	ก. เป็นผู้รับอนุญาต	13	68
	ข. เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	6	32
	ค. เป็นทั้งผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	13	68
3.	กลุ่มอายุของผู้ประกอบการ		
	ก. ≤ 30 ปี	0	-
	ข. 31-40 ปี	0	-
	ค. 41-50 ปี	4	21
	ง. 50-60 ปี	1	5
	จ. ≥ 60 ปี	14	74
4.	จำนวนปีที่ประกอบกิจการ		
	ก. ≤ 15 ปี	0	0
	ข. ≥ 15 ปี	19	100

ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ (ข.ย.2) จังหวัดร้อยเอ็ด

ที่เข้าเกณฑ์การพัฒนากระดุมมาตรฐาน (Good Pharmacy Practice : GPP) จำนวน 19 ร้าน

ประเภทของผู้รับใบอนุญาตเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมจำนวน 15 คน (ร้อยละ 79) อายุส่วนใหญ่มากกว่า 60 ปี จำนวน 14 คน (ร้อยละ 74) และประกอบกิจการมากกว่า 15 ปี ทุกวัน (ร้อยละ 100)

ตารางที่ 2 ผลร้อยละส่วนต่อส่วน (Percentage Difference)

ร้านที่ 1	หมวด 1	หมวด 2	หมวด 3	หมวด 4	หมวด 5
1.	48.27	200.00	40.01	61.07	48.28
2.	0.00	0.00	0.00	66.96	66.65
3.	34.48	0.00	0.00	123.82	62.08
4.	0.00	0.00	6.90	31.12	3.49
5.	87.87	200.00	25.01	75.82	44.46
6.	ยกเลิก	ยกเลิก	ยกเลิก	ยกเลิก	ยกเลิก
7.	40.00	200.00	18.20	0.00	88.02
8.	50.00	40.01	18.19	66.65	66.67
9.	15.38	0.00	0.00	130.82	30.30
10.	ยกเลิก	ยกเลิก	ยกเลิก	ยกเลิก	ยกเลิก
11.	1.79	0.00	54.78	22.23	28.57
12.	75.01	40.00	142.85	45.16	18.18
13.	ยกเลิก	ยกเลิก	ยกเลิก	ยกเลิก	ยกเลิก
14.	ยกเลิก	ยกเลิก	ยกเลิก	ยกเลิก	ยกเลิก
15.	23.52	100.01	54.78	81.66	57.16
16.	ยกเลิก	ยกเลิก	ยกเลิก	ยกเลิก	ยกเลิก
17.	0.00	200.00	52.64	81.66	62.08
18.	66.67	40.00	54.78	40.01	45.15
19.	ยกเลิก	ยกเลิก	ยกเลิก	ยกเลิก	ยกเลิก
ค่าเฉลี่ย	34.07	78.46	36.01	57.33	47.77

จากการจะพบว่า Percentage Difference หมวด 1 เพิ่มขึ้นร้อยละ 34.07 หมวด 2 เพิ่มขึ้น 78.46 หมวด 3 เพิ่มขึ้น 36.01 หมวด 4 เพิ่มขึ้น 57.33 หมวด 5 เพิ่มขึ้น 47.77

จากแบบสอบถามแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group) **ผู้ประกอบการ** : มีความคิดเห็นส่วนใหญ่ว่าการปฏิบัติตามเกณฑ์ GPP ที่สามารถปฏิบัติได้จากง่ายไปยากดังนี้ หมวด 2 อุปกรณ์ > หมวด 3 บุคลากร > หมวด 5 บริการทางเภสัชกรรม > หมวด 1 สถานที่ > หมวด 4 การควบคุมคุณภาพยา

ข้อที่สามารถปฏิบัติได้ ค่อนข้างยาก 5 อันดับแรก ได้แก่ (1.) ควบคุมอุณหภูมิยาไม่เกิน 30 องศา (ติดตั้งเครื่องปรับอากาศ) (2.) ระบบตรวจสอบยาหมดอายุ (3) ระบบเอกสาร การจัดซื้อ การขาย การสำรองยา (4.) ฉลากยา (5) ระบบเรื่องร้องเรียนและจัดการเรื่องร้องเรียน

พนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ.ยา : มีความคิดเห็นส่วนใหญ่ว่าการปฏิบัติตามเกณฑ์ GPP ที่สามารถปฏิบัติได้จากง่ายไปยากดังนี้ หมวด 2 อุปกรณ์ > หมวด 1 สถานที่ > หมวด 5 บริการทางเภสัชกรรม > หมวด 4 การควบคุมคุณภาพยา > 3 บุคลากร

ข้อที่สามารถปฏิบัติได้ ค่อนข้างยาก 5 อันดับแรก ได้แก่ (1.) ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเป็นผู้มีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายยา สามารถปฏิบัติตาม GPP ผ่านการอบรมอย่างต่อเนื่องและเพียงพอ (2.) ระบบตรวจสอบยาหมดอายุ (3) ระบบเอกสาร การจัดซื้อ การขาย การสำรองยา (4.) ควบคุมอุณหภูมิยาไม่เกิน 30 องศา (ติดตั้งเครื่องปรับอากาศ) (5) ระบบเรื่องร้องเรียนและจัดการเรื่องร้องเรียน

อภิปรายผล

จังหวัดร้อยเอ็ดได้พัฒนาระดับมาตรฐานร้านยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือควบคุมพิเศษ (ข.ย.2) เข้าสู่มาตรฐาน GPP โดยใช้รูปแบบการพัฒนาโดยวงจรคุณภาพ PDCA โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ได้กำหนดนโยบายพัฒนาแบบบันได 2 ขั้น โดยมีร้านที่เข้าร่วมการพัฒนาทั้งหมด 19 ร้าน โดยเริ่มโครงการตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 โดยมีการประชุมชี้แจงเกณฑ์มาตรฐาน GPP แก่ร้านยาและพนักงาน

เจ้าหน้าที่ พ.ร.บ.ยา ระดับจังหวัดและอำเภอ หลังจากนั้นมีการประเมินมาตรฐานร้านยา ข.ย.2 ครั้งที่ 1 และหลังจากนั้นหา GAP Analysis ต่อนำข้อมูลที่ได้มาทำแผนพัฒนา มีระบบที่เลี้ยงในการให้คำแนะนำแบบพื้นที่ คือเภสัชกรในพื้นที่เป็นพี่เลี้ยงให้กับร้านยาในพื้นที่ ทีม พ.ร.บ.ยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลร้อยเอ็ดจัดทำระบบเอกสารในร้านยา เช่น แบบฟอร์มส่งต่อ แบบฟอร์มรายงาน ADR แบบฟอร์มควบคุมสื่อ และแบบรับเรื่องร้องเรียน แบบฟอร์ม Job description ในร้าน เป็นต้น และมีการกำหนดเกณฑ์การประเมินแบบขั้นบันได 2 ขั้น ซึ่งผลการประเมินครั้งที่ 2

(หลังการพัฒนา) พบว่า มีร้านยาที่ประสงค์ดำเนินกิจการต่อ 13 ร้าน และอีก 6 ร้านยกเลิกกิจการ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ที่เลิกกิจการเพราะไม่สามารถปรับตัวเข้ากับประกาศกระทรวง GPP ได้ เพราะมีความยุ่งยากเพิ่มขึ้น และขาดเงินทุนในการปรับปรุงร้าน ในการติดตั้งเครื่องปรับอากาศและผู้ประกอบการส่วนใหญ่อายุค่อนข้างเยอะไม่มีทายาทสืบทอดกิจการ ภาวะเศรษฐกิจขายยาไม่ได้กำไร ผลการศึกษาหลังเข้ากระบวนการพัฒนาพบว่า หมวดอุปกรณ์และหมวดบุคลากรเป็นหมวดที่มีระดับคะแนนผ่านเกณฑ์ได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (ภาณุโชติ ทองยัง, 2563) ซึ่งพบว่าหมวดบุคลากรเป็นหมวดที่สามารถพัฒนาได้ดี แต่ขัดแย้งกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกของพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ร.บ.ยาของจังหวัดที่วิเคราะห์ว่าหมวดบุคลากรเป็นหมวดที่มีความน่ากังวลมากที่สุด เพราะว่า ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการร้านยา ข.ย. 2 เป็นผู้ที่ผ่านการอบรมมาเป็นเวลานาน ประกอบกับค่อนข้างมีอายุเยอะ จึงทำให้ไม่ทันต่อความรู้เรื่องโรคและยารวมทั้งนวัตกรรมใหม่ๆ ด้วย แต่จากการศึกษาโดยภาพรวมแล้วทุกหมวดมีระดับคะแนน Percentage Difference เพิ่มขึ้น หมวด 1 เพิ่มขึ้นร้อยละ 34.07 หมวด 2 เพิ่มขึ้น 78.46 หมวด 3 เพิ่มขึ้น 36.01 หมวด 4 เพิ่มขึ้น 57.33 หมวด 5 เพิ่มขึ้น 78.46 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุสาค์ จันทรวิจิตร ที่

พบว่าหลังการพัฒนา มีระดับคะแนนเพิ่มขึ้นทุกหมวด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มผู้ประกอบการและกลุ่มพนักงานเจ้าหน้าที่ มีความเห็นตรงกันว่า ร้านขายยา ข.ย.2 ควรมีการปรับตัวตามเกณฑ์ GPP หรือถ้ามีความพร้อมและต้นทุนก็ควรมีการยกระดับเป็นร้านขายยา ข.ย. 1

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้เกิดเครื่องมือที่ช่วยในการพัฒนาในเกิดมาตรฐาน GPP ในหลายด้าน เช่น การจัดทำระบบเอกสารร่วมกัน ซึ่งจะมีความสอดคล้องกับระบบปฏิบัติงานได้จริงในร้าน เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ประกอบธุรกิจ เกิดร้านยา ข.ย.ต้นแบบ มีกลุ่มไลน์ในการใช้เป็นแหล่งข้อมูล แลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการกันและทางธุรกิจ มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันและพร้อมที่จะพัฒนาไปด้วยกัน

ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าปัจจัย แห่งความสำเร็จ คือ เกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็น เป็นภาครัฐและภาคเอกชนผู้ประกอบการ มีการรับทราบและทำความเข้าใจนโยบายร่วมกัน และมีการวางแผนที่ดี ทำงานอย่างเป็นระบบ โดยใช้จริง

คุณภาพมาปรับใช้และมีการในโอกาสผู้ประกอบการ ในการปรับตัว โดยวางนโยบายแบบขั้นบันได จนเกิดความตระหนักที่พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงเพื่อพร้อมรับสิ่งที่ดีในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

- 1.ควรมีการประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่ร้านยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือควบคุมพิเศษ (ข.ย.2)
- 2.ควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วยวงล้อคุณภาพต่อไปเรื่อยๆ
- 3.ควรมีการพัฒนาศักยภาพทางวิชาการแก่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำร้านยา ข.ย.2 อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีต้องขอขอบคุณผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำร้านขายยา ข.ย.2ทุกแห่งในจังหวัดร้อยเอ็ดรวมทั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติยาทั้งอำเภอและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

เอกสารอ้างอิง

1. คัมภีร์ ต้นภูมิประเทศและธีรยา วรปานิ.ความคิดเห็นและการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ.2557 ในจังหวัดตาก.วารสารอาหารและยา22(2),25-32.
2. ภาณุโชติ ทองยังและคมทวน คมวุฒิการ.การพัฒนาสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดสมุทรสงครามสู่มาตรฐาน GPP อย่างมีส่วนร่วม.วารสารอาหารและยา 2561;39-48.
3. อุตสาหกรรม จันทวิจิตร.รูปแบบการพัฒนาระดับมาตรฐานวิธีปฏิบัติเภสัชกรรมชุมชน(GPP)ในร้านขายยาแผนปัจจุบัน จังหวัดสิงห์บุรี.โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร.2563;119-128.
4. เทพศักดิ์ อังคณวิศัลย์.ศึกษาความพร้อมของร้านขายยาแผนปัจจุบัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยาในการปฏิบัติตาม(ร่าง)ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน.วารสารองค์การเภสัชกรรม.2557;40:27-36
5. พรศักดิ์ มธุรส.พฤติกรรมและทัศนคติของผู้บริโภคต่อร้านขายยาแผนปัจจุบันในอำเภอเมือง จังหวัดพังงา.วารสารอาหารและยา.2557;21:32-40.
6. สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา(อย.).คู่มือการตรวจประเมิน วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน สำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤศจิกายน 2558.
7. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ.2527,(2557,5 พฤศจิกายน) ราชกิจจานุเบกษา.เล่ม 131.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

The Development of Nursing Practice Guidelines for Pain Management in Postoperative abdominal Surgery Patients.

(Received: August 27,2023 ; Revised: August 29,2023 ; Accepted: August 30,2023)

ลิกิจ โหราฤทธิ์¹ ยุภาพร จิตรจักษ์²

Likit Horarit¹ Yupaporn Jitjak²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนมกราคม 2564 ถึงเดือนมิถุนายน 2564 ได้บูรณาการโดยใช้แนวคิดศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (The center for advanced nursing practice evidence-based practice model) การดำเนินการพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหา 2) ระยะของการดำเนินงาน และ 3) ผลการนำไปใช้ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ในโรงพยาบาลหนองคาย ระหว่างเดือนมกราคม 2564 - มิถุนายน 2564 จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินการปฏิบัติ ของพยาบาล แบบประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ ของพยาบาล แบบประเมินความปวด แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน ผลการศึกษา พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง มี 4 ระยะ คือ การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ร้อยละ 90 มีระดับความปวดลดลงที่หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง อยู่ในระดับปานกลาง พึงพอใจต่อการจัดการความปวดโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 27.21$, $SD = 1.07$) พยาบาลทุกคนใช้วิธีการจัดการความปวดโดยใช้ยา ร้อยละ 80 และแนวปฏิบัตินี้มีประสิทธิภาพด้านการนำไปใช้ประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 5.95$, $SD = 0.22$)

คำสำคัญ : การพัฒนา ความปวด การจัดการความปวด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

ABSTRACT

This research was a research and development aimed at developing and studying the effects of nursing practice guideline for pain management in post-abdominal surgery patients. conduct research Between January 2021 and June 2021, it was integrated using the concept of the center for advanced nursing practice (The center for advanced nursing practice evidence-based practice model). The development process is divided into 3 phases: 1) study of the problem situation, 2) implementation phase, and 3) implementation results. The sample consisted of surgical patients who had undergone abdominal surgery. in Nong Khai Hospital Between January 2021 - June 2021, there were 30 people. Patient Satisfaction Questionnaire on Pain Management Analyze general data by statistics, percentage, mean, deviation. The results showed that the nursing practice guideline for pain management in postoperative abdominal surgery patients consisted of 4 phases: nursing, preoperative, intraoperative and postoperative. 90% of abdominal surgery patients had a moderate level of pain relief at 72 hours postoperatively. The satisfaction with overall pain management was at a high level ($\bar{x} = 27.21$, $SD = 1.07$). All nurses used pharmacological pain management method 80% and this guideline was effective in utilization. The highest level ($\bar{x} = 5.95$, $SD = 0.22$).

Keywords: development, pain, pain management Patients after abdominal surgery

^{1,2} พย.บ หอผู้ป่วยพิเศษสู่วิทยา กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหนองคาย

บทนำ

ความปวดหลังการผ่าตัด (Postoperative pain) เป็นภาวะที่สามารถเกิดขึ้นได้หลังจากได้รับการผ่าตัด บางครั้งอาจเกิดร่วมกับการมีสายระบายจากหน้าอก หรือจากภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ความปวดอาจเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวหลังการผ่าตัด ในการทำกิจวัตรประจำวัน^{1,2} ในสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์ควบคุมความปวดหลังผ่าตัดที่ไม่เพียงพอมากกว่าร้อยละ 80³ หากไม่ได้รับการประเมินและควบคุมให้ดี จะทำให้เกิดผลกระทบดังต่อไปนี้ 1) ด้านร่างกาย เช่น การผ่าตัดช่องท้องส่วนบนและทรวงอกทำให้ลด Vital capacity ระบบไหลเวียนเลือดกระตุ้นระบบ Sympathetic ทำให้มีหัวใจเต้นเร็วเพิ่มการทำงานของหัวใจ ระบบ G-Urinary tract มี Ileus จากการ Distend ของลำไส้ รวมทั้งปัสสาวะลำบากจากท่อปัสสาวะ และกระเพาะปัสสาวะเคลื่อนไหวลดลง เป็นต้น 2) ด้านจิตใจความกลัวและวิตกกังวล อาจทำให้ผู้ป่วยปวดมากขึ้น² จากผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลข้างเคียงหลังการผ่าตัดฟื้นตัวช้า เพิ่มระยะเวลานอนโรงพยาบาลและอาจมีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับปวด นอกจากนี้ยังพบว่าการควบคุมความปวด หลังการผ่าตัดที่ไม่ดีมีผลส่งผลให้มีโอกาสเกิดความพิการ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และการทำงานของผู้ป่วย เพิ่มเวลาการใช้ยา Opioid นานขึ้น และเพิ่มค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ทั้งนี้ความปวดขึ้นกับปัจจัยชนิดการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึกและช่วงเวลาหลังการผ่าตัด ความปวดยังมีผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วย เช่น ร้องไห้ หน้านิ่ว ขมวดคิ้วกระสับกระส่าย หายใจตื้น เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ⁴ ดังนั้น การควบคุมความปวดหลังการผ่าตัดจึงมีความสำคัญ ในการลดความปวด กำจัด ความไม่สบาย แรงการฟื้นตัว ลด ผล ข้าง เคียง ให้ น้อย ที่ สุด และ มี cost effectiveness ที่ดี³ สมาคมการศึกษาเรื่อง

ความปวดแห่งประเทศไทย ได้กำหนดให้ความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ห้า (Fifth Vital Sign) ของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการประเมินติดตามอย่างถูกต้องเหมาะสมที่ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของความปวด^{5,6} ดังนั้น การคัดกรองความปวดอย่างรวดเร็ว จึงควรเป็นสิ่งที่ ผู้มารับบริการได้รับเช่นเดียวกับสัญญาณชีพอื่น เมื่อเกิดความปวดต้องมีการจัดการอย่างรวดเร็ว มีการติดตามผลการจัดการและประสิทธิผลของการรักษา^{6,7} ความปวดหลังผ่าตัดชนิดเฉียบพลันเนื่องมาจากเนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับความชอกช้ำและถูกทำลาย โดยเฉพาะการผ่าตัดใหญ่ (Major surgery) มีผลต่อระบบการไหลเวียนโลหิต การทำงานของหัวใจและปอด มีระยะเวลาในการผ่าตัดนาน ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากความไม่สบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดมาก โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ร้อยละ 90 มีความปวดแผลผ่าตัดในระดับรุนแรงมากใน 24-48 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นจะลดลงใน 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด⁸ นอกจากนี้จากการศึกษาของซิฟฟลิท และคณะ⁹ พบว่า การถอดสายระบายออกจากแผล ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางศัลยกรรมมีความปวดระดับมากถึงมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ การหายใจลึกและไอ การดูแลแผลในท่อช่วยหายใจ และการเปลี่ยนท่า ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญตามกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตนั้นเริ่มตั้งแต่การประเมินความปวด ดังนั้นพยาบาลจึงควรประเมินความปวด ติดตามบันทึก และการจัดการความปวดผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำไปสู่การจัดการความปวดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมโรงพยาบาลหนองคาย เป็นหน่วยงานที่ให้บริการในเขตพื้นที่อำเภอเมืองหนองคาย ผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายการดูแล จำนวน 8 แห่ง รวมทั้งจังหวัดใกล้เคียง และประเทศเพื่อนบ้าน (สปป.ลาว)

ได้แก่ บริการผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมระบบประสาท ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ทั้งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด การผ่าตัดโดยการส่องกล้อง และการใช้คลื่นเสียงในการสลายนิ่ว มีแนวทางการจัดการความปวดเฉียบพลันประกอบด้วย มาตรการประเมินความปวดแบบตัวเลข ความถี่ในการประเมินความปวดแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ทำการประเมินทุก 2 ชั่วโมง และ 2) ระยะ 24–72 ชั่วโมง หลังผ่าตัด ทำการประเมินทุก 4 ชั่วโมง บรรเทาปวดโดยใช้ยา และไมใช่ยา ติดตามภาวะแทรกซ้อนจากยาบรรเทาปวด โดยมีเป้าหมายให้ระดับความรุนแรงความปวดน้อยกว่า 3 คะแนน ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาที่นิยมใช้คือ มอร์ฟีน (morphine) เฟนทานิล (fentanyl) การจัดการความเจ็บปวดโดยวิธีไม่ใช่ยา ถือเป็นบทบาทที่สำคัญประการหนึ่งของพยาบาล ยังไม่ได้มีการนำมาใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางศัลยกรรมจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ¹⁰ ได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตามมาตรฐานการจัดการความปวดขององค์การตรวจสอบคุณภาพการดูแลสุขภาพ¹¹ ประกอบด้วย การปฏิบัติ 6 ด้าน ดังนี้ 1) การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม 2) การประเมินความปวด 3) การบรรเทาความปวด (ใช้ยาและไม่ใช้ยา) 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับความปวด และการบรรเทาความปวด 5) การดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องและการบันทึก และ 6) การพัฒนาคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า สามารถนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางศัลยกรรมไปใช้ได้ มีความสะดวกในการปฏิบัติใช้ได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วยและผู้ใช้มีความพึงพอใจ

จากเหตุผลดังกล่าว แม้จะมีการจัดวางระบบในโรงพยาบาลหนองคายในเรื่องการจัดการความปวดในโรงพยาบาล แต่การนำไปสู่การปฏิบัติยังไม่มี ความชัดเจน รวมถึงยังไม่มีผู้ป่วยศัลยกรรมที่เข้ารับ

การรักษาโดยการผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเตรียมผู้ป่วยด้วยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ญาติ และทีมสหสาขาได้มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น จึงทำให้คณะผู้วิจัยมีความสนใจในการที่จะศึกษาเพื่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เพื่อให้ผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลหนองคายได้รับการดูแลที่เหมาะสม สามารถจัดการกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ตลอดไปจนถึงครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชน สามารถดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยได้เร็วเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านหรือในชุมชน ทั้งยังก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและลดผลกระทบต่าง ๆ ต่อบุคคลในครอบครัวรวมถึงเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพในระบบบริการต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง
2. เพื่อศึกษาระดับความปวด และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวด
3. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยพิเศษ 60 เตียง ชั้น 2 และหอผู้ป่วยพิเศษสูติเวช โรงพยาบาลหนองคาย ระหว่างเดือนมกราคม 2564 - มิถุนายน 2564 จำนวน 45 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดที่ในโรงพยาบาลหนองคาย และพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลหนองคาย

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจงจาก ผู้ป่วย ศัลยกรรมทั่วไปที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ใน โรงพยาบาลหนองคาย ระหว่างเดือนมกราคม 2564 - มิถุนายน 2564 จำนวน 30 คน โดยมี เกณฑ์การคัดเข้า คือ

- 1.อายุ 20-59 ปีขึ้นไป
- 2.เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง
3. ผู้ป่วยหรือผู้มีสิทธิ์ตามกฎหมายยินยอมเข้าร่วม การวิจัยและแพทย์เจ้าของไข้อนุญาตให้เข้าร่วม การวิจัย
4. อ่านออกเขียนได้ เข้าใจภาษาไทย

มีเกณฑ์การคัดออก

1. มีภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตขณะดูแลรักษา
2. ไม่สมัครใจอยู่ในการรักษา

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 15 คน

มีเกณฑ์การคัดเข้า คือ

1. ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยพิเศษ 60 เตียง ชั้น 2 และหอผู้ป่วยพิเศษ สู่วิทยุ โรงพยาบาลหนองคาย
2. มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยอย่างน้อย 3 ปี
3. ผ่านการอบรมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มีเกณฑ์การคัดออก

1. ย้ายหน่วยงาน

มีภาวะเจ็บป่วยในช่วงทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในแต่ละระยะของการวิจัย มีดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหา ใช้เวลาในการ ดำเนินการ 2 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัย

ประกอบด้วยแบบ สํารวจและบันทึกสถานการณ์ ความสําคัญของปัญหาทางคลินิกที่พบในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมทั่วไป เป็นแบบสํารวจที่ใช้สอบถาม พยาบาลผู้ปฏิบัติงานและกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่อง ท้อง โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการ วิจัย

ระยะที่ 2 ระยะของการดำเนินงาน ใช้ เวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน คือ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการความ ปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยคณะผู้วิจัยได้ นำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความ ปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ตามหลักฐานเชิง ประจักษ์ โมเดลการศึกษาของศูนย์ปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูงในรัฐเนบราสกา ประเทศ สหรัฐอเมริกา¹¹ ซึ่งมีขั้นตอนในการพัฒนา คือ ขั้นตอนที่ 1 Evidence-trigger phase ทีมพยาบาล และแพทย์แผนกศัลยกรรมทั่วไป รวบรวมปัญหาที่ พบบ่อยจากการ ขั้นตอนที่ 2 Evidence-supported phase คณะผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องการปฏิบัติการ พยาบาลการจัดการความปวด ขั้นตอนที่ 3 Evidence-observed phase คณะผู้วิจัยได้นำ โครงการสู่การปฏิบัติโดยนำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น จากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปศึกษานำร่องกับผู้ป่วย 5 ราย แล้วประเมินผลการปฏิบัติด้วยการศึกษาเชิง ผลลัพธ์ ขั้นตอนที่ 4 Evidence-based phase คณะ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนนี้ คือ วิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณจากระยะที่ 2-3 โดย ตัดสินใจว่าโครงการที่ทำ ประสบความสำเร็จโดย ทำให้เกิดการปฏิบัติที่ดีและมาจากหลักฐานเชิง ประจักษ์ที่น่าเชื่อถือแล้วเผยแพร่ข้อค้นพบ โดย นำเสนอต่อหน่วยงานและหน่วยงานอื่น ๆ ที่ เกี่ยวข้องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย1 หอผู้ป่วยศัลยกรรม

ชาย 2 หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยพิเศษ 60 เตียง ชั้น 2 และหอผู้ป่วยพิเศษสู่วินิจฉัย โรงพยาบาลหนองคายประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่ง เป็น 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เกี่ยวกับผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเป็นผู้ตอบ ประกอบด้วย 3 ตอนคือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ข้อคำถามเป็นแบบ เลือกตอบเกี่ยวกับ เพศ การศึกษา โรคร่วม การสื่อสาร และสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความปวด

ตอนที่ 2 แบบประเมินความปวด กลุ่มตัวอย่าง ที่สื่อสารได้ ใช้ Numeric scale [NRS] ของสมาคมความปวดแห่งประเทศไทย¹⁴ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ใช้ แบบประเมินการสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ Critical care pain observation tool [CPOT] ของ Gelinas et al.¹⁵ มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .85

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการจัดการความปวด โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจ¹⁶ ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบเลือกตอบตามความคิดเห็นโดยคะแนนเป็นแบบ มาตรฐานค่า ตั้งแต่คะแนน 1 หมายถึงไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง จนกระทั่งถึงคะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลข้อมูลระดับความปวด ความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อการจัดการความปวด แบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน ≤ 1.0

หมายถึง ระดับต่ำ

คะแนน 1.1 – 2.

หมายถึง ระดับพอใช้

คะแนน 2.1 – 3.0

หมายถึง ระดับมาก

คะแนน 3.1 – 4.0

หมายถึง ระดับมากที่สุด

มีค่าความตรงตาม เนื้อหาเท่ากับ .85

ชุดที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ตอบ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ มี 2 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติ = 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติ = 0 คะแนน มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .90

ชุดที่ 3 แบบประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดเป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ตอบ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวด โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากหลักฐานเชิงประจักษ์แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านอรรถประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้อง และครอบคลุม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบตามความคิดเห็น โดยคะแนนเป็นแบบ มาตรฐานค่าตั้งแต่คะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนกระทั่งถึงคะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลแบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน ≤ 1.0

หมายถึง ระดับต่ำ

คะแนน 1.1 – 2.0

หมายถึง ระดับพอใช้

คะแนน 2.1 – 3.0
หมายถึง ระดับมาก

คะแนน 3.1 – 4.0
หมายถึง ระดับมากที่สุด

มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .60

ชุดที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ระยะยาวในชุมชน ด้วยแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) โดยพยาบาล วิชาชีพ เป็นผู้ประเมินประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .98

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จาก โรงพยาบาลหนองคาย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบ รวมถึงให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริงผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพ รวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดี เข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่ม ตัวอย่างเซ็นชื่อใน เอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เก็บรวบรวมข้อมูล

ระหว่างเดือนมกราคม 2564 - มิถุนายน 2564 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. หลังผ่านการอนุมัติจากจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหนองคาย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหนองคายแล้ว คณะผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

2.1 ประสานหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อเตรียมนำ แบบสอบถามแจกให้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน

15 คน และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดทาง ศัลยกรรม จำนวน 30 คน

2.2 ประชุมเพื่อชี้แจงกับพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

2.3 ชี้แจงข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง และพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

2.4 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล วิชาชีพให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมองเห็นไม่ชัดเจน หรืออ่านเขียนไม่ได้ ให้พยาบาลเป็นผู้อธิบาย และอ่านข้อคำถามแก่ผู้ป่วย

3. ผู้วิจัยรับแบบสอบถามด้วยตนเองทันทีที่เก็บข้อมูลผู้ป่วยแต่ละรายเสร็จสิ้น

4. นำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ค่าความถี่ และร้อยละ

2. ข้อมูลระดับความปวด ข้อมูลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง และผลการประเมินระดับการพึงพาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องในชุมชน วิเคราะห์ด้วย ร้อยละ

3. ข้อมูลระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด และข้อมูลประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86.7 อายุระหว่าง 70-89 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.6 จบการศึกษา ระดับ

ประถมศึกษา ร้อยละ 73.4 มีภาวะโรคร่วมที่พบ คือ เบาหวานร้อยละ 63.3 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 60 ร้อยละ 36.6 และความดันโลหิตสูงร้อยละ 30 ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถสื่อสารได้อย่างไรก็ตาม พบผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสารร้อยละ 56.6 ได้แก่ ใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 13.3 ร่วมกับปัญหาการได้ยินร้อยละ 46.6 และการมองเห็นร้อยละ 53.3 ส่วนสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความปวดมาก คือ ปวดแผลผ่าตัดจากการทำหัตถการ เช่น ล้างแผล วัสดุสัญญาณชีพ และดูแลเสมหะ การนำเสนอผลวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง มี 4 ระยะ

ระยะที่ 1 การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมต่อการจัดการความปวดก่อนผ่าตัด • การให้ข้อมูลการจัดการความปวด	ระยะที่ 2 การพยาบาลขณะผ่าตัด • การประเมินระดับความปวด • การจัดการความปวด • การเฝ้าระวังและจัดการภาวะแทรกซ้อนจากยา	ระยะที่ 3 การพยาบาลหลังผ่าตัด • การประเมินและการจัดการความปวดซ้ำจากยา	ระยะที่ 4 การพยาบาลดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันความปวดเรื้อรัง • การประเมินความปวดซ้ำในชุมชน • การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตในชุมชน

ภาพที่ 2 สรุปแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

2. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ดังนี้

ได้แก่ ระยะที่ 1 การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมต่อการจัดการความปวดก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย การให้ข้อมูลการจัดการความปวด ระยะที่ 2 การพยาบาลขณะผ่าตัด ประกอบด้วย การประเมินระดับความปวด การจัดการความปวด การเฝ้าระวังและจัดการภาวะแทรกซ้อนจากยา ระยะที่ 3 การพยาบาลหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การประเมินและการจัดการความปวดซ้ำ ระยะที่ 4 การพยาบาลดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันความปวดเรื้อรัง ประกอบด้วย การประเมินความปวดซ้ำในชุมชนและการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตในชุมชนหลังผ่าตัด

2.1 ระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง แบ่งตามตามระยะเวลาหลังผ่าตัด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ร้อยละระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบ่งตามตามระยะเวลาหลังผ่าตัด (n=30)

ระยะเวลาหลังผ่าตัด	ร้อยละของผู้ป่วยตามระดับความปวด		
	ปวดมาก	ปวดปานกลาง	ปวดน้อย
24 ชั่วโมงแรก	100.00	-	-
48 ชั่วโมงแรก	83.30	16.70	-
72 ชั่วโมงแรก	-	90.00	10.00

2.2 ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง มีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดอยู่ในระดับมาก ซึ่งเท่ากันกับการเปิดโอกาสให้พูดคุยซักถาม โดยคะแนนเฉลี่ย

อยู่ที่ 33.65 (SD = 1.90) รองลงมาคือมีการอธิบายสาเหตุของความปวดอยู่ที่ระดับมาก โดยคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 29.45 (SD = 0.60) ซึ่งเท่ากันกับการเปิดโอกาสให้ระบายจัดการความปวด โดยคะแนนค่าเฉลี่ย 9.85 (SD = 0.37) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ต่อการจัดการความปวดโดยรวมและรายด้าน (n=30)

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางศัลยกรรมทั่วไป	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
การจัดการความปวด	33.65	1.90	มาก
การอธิบายสาเหตุของความปวด	29.45	0.60	มาก
การได้รับคำแนะนำเพื่อจัดการความปวด	9.85	0.37	น้อย
การเปิดโอกาสให้พูดคุยซักถาม	33.65	1.90	มาก
การเปิดโอกาสให้ระบายเกี่ยวกับความปวด	29.45	0.60	มาก

2.3 การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่พัฒนาขึ้น พบว่า พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติกา พยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96.6 อายุ ระหว่าง 40-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 80

พยาบาลทุกคนผ่านการอบรม หลักสูตรการจัดการความปวดระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 1-2 วัน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางศัลยกรรมทั่วไป เฉลี่ย 7.5 ปี การปฏิบัติแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่พัฒนาขึ้น (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ร้อยละของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องโดยรวมและรายด้าน (n=15)

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล	ร้อยละ
การประเมินระดับความปวด	86.66
การจัดการความปวด	19.33
การจัดการความปวดโดยใช้ยา	100.00
การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา	23.33
การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาลดปวด	78.89
การจัดการภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาลดปวด	80.00
การประเมินความปวดซ้ำ	83.33
การบันทึกในเวชระเบียน	76.66
รวม	74.99

2.4 ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลัง

ผ่าตัดช่องท้อง ผลการศึกษาพบว่า ด้านอรรถประโยชน์อยู่ที่ระดับมาก ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 5.95 (SD = 0.22) รองลงมา คือ ความเป็นไปได้ ซึ่งผล

เท่ากันกับด้านความถูกต้องและครอบคลุม โดยอยู่ที่ระดับปานกลาง ซึ่งค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.80 (SD = 0.41) และด้านที่มีค่าคะแนนน้อยที่สุดคือ ด้าน

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวด โดยรวมและรายด้าน (n=15)

ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาล	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
ด้านอรรถประโยชน์	5.95	0.22	มาก
ด้านความเป็นไปได้	3.80	0.41	ปานกลาง
ด้านความเหมาะสม	1.80	0.30	น้อย
ด้านความถูกต้องและครอบคลุม	3.80	0.41	ปานกลาง
รวม	3.83	0.33	ปานกลาง

2.5 การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระยะยาวในชุมชน ซึ่งประเมินภายหลังจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

ตารางที่ 5 การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ระยะยาวในชุมชน (n = 30)

ความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง	ร้อยละ
ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์	2.00
ภาวะพึ่งพารุนแรง	18.00
ภาวะพึ่งพาน้อย	80.00

อภิปรายผล

กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง และการนำแนวปฏิบัติไปใช้เริ่มจากการค้นหาปัญหา ในหน่วยงานทั้งจากการปฏิบัติงานและจากความรู้ที่ยังไม่อยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์จนถึงระยะดำเนินงานทุกขั้นตอน ซึ่งการพัฒนาแนวปฏิบัติตามกรอบแนวคิดนี้ มีข้อดีคือ กำหนดขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ตรงกับบริบทของโรงพยาบาลมากที่สุด ความปวดและความปวดเรื้อรังเป็นปัญหาหลักในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมากกว่า 15 ปี จำนวนของผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากความปวดไม่ลดลงใน

ความเหมาะสม โดยมีค่าเฉลี่ย 1.80 (SD = 0.30) (ตารางที่ 4)

กลับไปอยู่ที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง มีภาวะพึ่งพาน้อยกว่าร้อยละ 80 รองลงมาคือภาวะพึ่งพารุนแรงร้อยละ 18 (ตารางที่ 5)

อนาคต อันใกล้นี้ ครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดความปวด ยังเป็นปัญหาสุขภาพขนาดใหญ่ และมีผลกระทบยิ่งใหญ่อันเนื่องมาจากสุขภาพ การปรับปรุงสามารถทำได้โดยการปรับปรุงคุณภาพของการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ¹⁷ ผลลัพธ์ที่สำคัญของการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องได้รับการจัดการความปวดและมีการประเมินความปวดซ้ำ และผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง มีระดับความปวดลดลงหลังได้รับการจัดการความปวด

นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา จัดการความปวดกลุ่ม Strong opioid คือ มีอาเจียนและความดันโลหิตต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วย

หลังผ่าตัดช่องท้อง ได้รับยาแก้ปวดกลุ่มเดียวกัน พบอาการข้างเคียงจากการได้รับยา คือ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และมีอาการคันตามผิวหนัง¹⁸ เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการประเมินและแก้ไขการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาจัดการความปวด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแต่ละคนมีวิธีการจัดการความปวดหลายวิธี สอดคล้องกับการศึกษาของ Pitantanakune and Surit¹⁹ ที่พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการความปวด มากกว่า 1 วิธี และที่สำคัญความปวดมีผลกระทบต่อการเคลื่อนไหวและอารมณ์มากที่สุด

นอกจากนี้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีกิจกรรมเป็นขั้นตอนชัดเจน ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติได้รวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปวดลดลง พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัตินี้ สามารถเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินและจัดการความปวดได้เหมาะสม ทำให้สามารถดูแลและประเมินผู้ป่วยได้รวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Meelap, Saensom, and Methakanjanasak²⁰ ที่พบว่ากลุ่มผู้ใช้การใช้แนวปฏิบัติพยาบาลได้รับการจัดการความปวดสม่ำเสมอและมีการประเมินความปวดซ้ำ ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการความปวด พบว่า มีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องจากการได้มีการเปิดโอกาสพูดคุยซักถาม มีการอธิบายสาเหตุของความปวด มีการเปิดโอกาสให้ระบายเกี่ยวกับความปวด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Khetpanya and Suwannimitr¹⁶ ที่พบว่าผู้ป่วยได้มีโอกาสการพูดคุย ซักถาม และได้รับ การอธิบายถึงสาเหตุปัญหาทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการปัญหาได้เบื้องต้นได้ ภายหลังจากผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยระยะยาวในชุมชนพบว่า มีภาวะพึ่งพาปานกลางมากที่สุด ซึ่งอาจ

ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น ความปวด เรื้อรัง และต้องใช้วิธีการจัดการความปวดหลายวิธี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Balen et al.²¹ พบว่า ระดับ ADL ภาวะแทรกซ้อนคุณภาพชีวิตและประเภทของที่อยู่อาศัย ในกลุ่มแรกจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกด้านการฟื้นฟู สอดคล้องกับการศึกษาของ Meelap et al.²⁰ ที่พบว่าพยาบาลมีความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติในภาพรวมในระดับสูง

ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นทุกกิจกรรมมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับและมีความทันสมัย มีการกำหนดขั้นตอนและกิจกรรมที่ชัดเจน และข้อความในกิจกรรมแต่ละข้อสั้น กระชับ ทำให้สามารถนำไปปฏิบัติด้วยความมั่นใจและสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี อนึ่งเพราะปัญหาที่เกิดขึ้นเกิดจากการปฏิบัติงานและต้องการที่จะนำความรู้ใหม่ที่ทันสมัยและมีความ น่าเชื่อถือที่ผ่านการทบทวนมาใช้ในการดูแลผู้ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแล ผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้พบว่า สามารถปฏิบัติตามได้ทุกกิจกรรมมีความเป็นไปได้ ในการนำไปปฏิบัติสามารถใช้เป็นแนวทางในการให้พยาบาลทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องได้

ข้อเสนอแนะ

1. นำเสนอผลการศึกษานี้ต่อผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลเพื่อพิจารณานำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยทุกหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหนองคาย มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2. การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องใช้ใน

การพัฒนาคุณภาพงานบริการ หน่วยงานควรมีการ
สร้างให้มีบรรยากาศและวัฒนธรรมของการใช้
หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้บุคลากรเกิดทัศนคติที่
ดีอันจะนำไปสู่ความร่วมมือในการปฏิบัติ

3. ควรมีการติดตามศึกษาหลักฐานเชิง
ประจักษ์เกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วย
หลังผ่าตัดช่องท้อง อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมา
ปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีความเหมาะสมและ
ทันสมัยตามสถานการณ์

เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย .แนวทาง
พัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ฉบับที่ 2. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย;
2562.
2. ลักษมี ชาญเวช. Acute Postoperative Pain Management. (อินเทอร์เน็ต]. 2562. สืบค้นเมื่อ 10
สิงหาคม 2563]. ค้นได้จาก:URL: [http://
medinfo2.psu.ac.th/anesth/education/acutepain.html](http://medinfo2.psu.ac.th/anesth/education/acutepain.html)
3. Gan TJ. Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, and
prevention. J Pain Res 2017;10:2287-98.
4. American Society of Anesthesiologists Task Force on Neuraxial Opioids, Horlocker, T. T.,
Burton, A. W., Connis, R. T., Hughes, S. C., Nickinovich, D. G., Palmer, C. M., Pollock, J.
E., Rathmell, J. P., Rosenquist, R. W., Swisher, J. L., & Wu, C. L. (2009). Practice
guidelines for the prevention, detection, and management of respiratory depression
associated with neuraxial opioid administration. Anesthesiology, 111(2), 218-
230. Pakanta, I, Lincharearn, A., Toolyodpum, S. (2017). A development model of pain
management outcome evaluation for tertiary hospital. Journal of Community
Development Research (Humanities and Social Sciences, 2018; 11(1):129-140.
5. U.S. Department of Health and Human Services (2019). Pain Management Best Practices
Inter-Agency Task Force Report: Updates, Gaps, Inconsistencies, and
Recommendations. Retrieved from U. S. Department of Health and Human
Services website: [https://www.hhs.gov/ash/advisorycommittees/pain/reports/index.htm
l](https://www.hhs.gov/ash/advisorycommittees/pain/reports/index.html)
6. Department of Veterans Affairs. Pain as the 5th Vital Sign Toolkit. Washington DC:
Geriatrics and Extended Care Strategic Healthcare Group; 2000.
7. กันตา โกสุมภ์. ผลลัพธ์ของการใช้แนว ปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการ ความปวดหลังผ่าตัด
โรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปราจีนบุรี [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2557.
8. Siffleet J, Young J, Nikoletti S, and Shaw T. Patients' self-report of procedure pain in the
intensive care unit. Journal of Critical Nursing 2007;16: 2142-48.

9. สุภาภรณ์ บุญโยทยาน, การดา อิมสงวน, พงษ์ศักดิ์ มูลกันทา, นงนุช ดวงสร้อย, นันทิยา คงเพ็ง, เกศินี ณแววกุล, และคนอื่นๆ. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่; 2552.
10. David W. Baker. The Joint Commission's Pain Standards: Origins and Evolution. Division of Healthcare Quality Evaluation. The Joint Commission, Oakbrook Terrace, IL 60180; 2017.
11. Soukup, S, M. (2000). The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: Promoting the scholarship of practice. *Nursing Clinics of North America*, 35(2), 301-309.
12. Jones, L. E. (2010). *First steps: The early years of IASP 1973-1984*. Seattle, Washington: IASP Press.
13. Kleinpell, R. M. (2017). *Outcome assessment in advanced practice nursing (4th ed.)*. New York, NY: Springer Publishing
14. Thai association for the study of pain (TASP). (2019). Clinical guidance for acute pain Management. Retrieved January 9, 2019, from <http://www.anesthai.org/public/rcat/Documents/> [In Thai]
15. Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Vaillant, F., Desjardine, S. (2011). Implementation of the critical-care pain observation tool on pain assessment/management nursing practices in an intensive care unit with nonverbal critically ill adults : a before and after study. *Int J Nurs Stud*, 48, 1495-504.
16. Khetpanya, T., & Suwannimitr, A. (2015). Outcome of care among pre surgery breast cancer patients in fast track surgery. The 11th Mahasarakham university research conference (pp. 486-491). Mahasarakham: Sarakhamprinting. [In Thai]
17. Seiger, C.P., & Wiese, B.S. (2009). Social support from work and family domains as an antecedent or moderator of work-family conflict? *Journal of Vocational Behavior*, 75(1), 26-37. DOI: 10.1016/j.jvb.2009.03.001
18. Jiarpinitnun J., (2014). The role of nurse anesthetists nurse in taking care of patients who have been examined and treated for vascular disorders, nervous systems in Ramathibodi Hospital. *Ramathibodi Nursing Journal*, 10(2), 92-100. [In Thai]
19. Pitantanakune, P. & Sirit, P. (2011). Chronic pain management of older persons living in a community. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division*, 29(4), 58-68. [In Thai]
20. Meelap, L., Saensom, D., & Methakanjanasak, N. (2017). Clinical nursing practice guideline for acute pain management in critically ill patients. *Srinagarind Medical Journal*, 32(6). 561-570. [In Thai]
21. Balen, R.V., Essink-Bot, M.L., Steyerberg, E.W., Cools, H.J., & Habbema, J.D. (2003). Quality of life after hip fracture: a comparison of four health status measures in 208 patients. *Journal Disability and Rehabilitation*. 25(10), 509-519.

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาล เจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

Effects of Discharge Planning Program in the uncontrolled type 2 diabetes patients at Charoensin Hospital, Sakon Nakhon Province.

(Received: August 4,2023 ; Revised: August 13,2023 ; Accepted: August 14,2023)

ปิยะนันท์ ศรีทิน¹

Piyanan Sritin¹

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และนอนรับการรักษาในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเจริญศิลป์ ด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ระหว่างเดือนพฤษภาคม – กรกฎาคม 2566 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเปรียบเทียบก่อนหลังด้วย Paired t-test

ผลการศึกษพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=-10.638$, $p<0.001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-10.733$, $p<0.001$) นอกจากนี้ยังพบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=6.586$, $p<0.001$)

คำสำคัญ: โรคเบาหวานชนิดที่ 2, การวางแผนจำหน่าย

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of discharge planning program in the uncontrolled type 2 diabetes patients at Charoensin Hospital, Sakon Nakhon Province. The sample was a patient who admitted at inpatient department of Charoensin hospital with hyperglycemia or hypoglycemia during the month of May to July 2023. Purposive sampling was used for selecting the sample totally of 30 participants. Data collection consists 3 questionnaires; characteristic of sample, the knowledge of diabetic, and the behavior of self-care. The experimental instrument was the discharge planning program. Data were analyzed by descriptive statistic and paired t-test statistics.

The result found that, Diabetes type 2 patients after receiving a discharge planning program, there was a statistically significant increase in diabetes knowledge than before the program ($t=-10.638$, $p<.001$). And increasing score of self-care behavior after the program ($t=-10.733$, $p<.001$), significantly at .05 level. On the other hand, there was decrease fasting plasma glucose levels after receiving program ($t=6.586$, $p<.001$), respectively.

Keyword: type 2 diabetes, discharge plan

¹ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดจากความผิดปกติของระบบเผาผลาญพลังงานในร่างกาย (Metabolic disease) ที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ ที่พบได้บ่อยๆคือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มักพบในกลุ่มผู้ใหญ่ มีสาเหตุมาจากภาวะดื้ออินซูลิน และพบผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 422 ล้านคน และแต่ละปีมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน 1.5 ล้านคน¹ และข้อมูลจากภาคพื้นแปซิฟิก พ.ศ. 2560 รายงานว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 4.4 ล้านคน ซึ่งมากเป็นอันดับ 4 รองจากประเทศจีน อินเดีย และญี่ปุ่น² และพบว่าแต่ละวันคนไทยมากกว่า 180 คนเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งพบอัตราการตายในปี 2557 เท่ากับ 17.5 ต่อแสนประชากร และพบอัตราตายมากขึ้นในปี 2559 เป็น 22.3 ต่อแสนประชากร ส่วนอัตราผู้ป่วยในที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2559 – 2561 เพิ่มขึ้นจาก 1,292.79 เป็น 1,439.04 ต่อแสนประชากร³ จากสถิติจะพบว่าอัตราตายและอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นทุกปี และมีแนวโน้มจะพบผู้ป่วยจำนวนมากขึ้นในอนาคต

เป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานคือ การควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีจะสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน⁴ และส่งผลเสียต่อผู้ป่วยโดยอาจทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น เบาหวานขึ้นตา โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือด และการถูกตัดเท้าหรือขา เป็นต้น องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการณั้วร้อยละ 11 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดในประเทศไทยถูกจัดสรรให้กับการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ซึ่งใกล้เคียงกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคและคาดว่าจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 41 ภายในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งจะส่งผลให้สังคมรับภาระจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า⁵ มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 49 ของค่าใช้จ่ายตรงในการรักษาโรคเบาหวานเกิดจากค่ารักษาในโรงพยาบาลหรือการ

รักษาภาวะแทรกซ้อน ในขณะที่ค่าใช้จ่ายจากยาคิดเป็นร้อยละ 14 และพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน 2 อย่าง จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้น 6.6 เท่าของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน⁶ และสาเหตุที่พบบ่อยของการเข้ารักษาในโรงพยาบาลคือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งเป็นหนึ่งในอุปสรรคที่ทำให้การควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่บรรลุเป้าหมาย ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดทำให้หัวใจเต้นแรง อาการสั่น ในกรณีรุนแรงอาจชัก หหมดสติ และเสียชีวิต เป็นเหตุผลทำให้ต้นทุนการรักษาโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น⁷ จะเห็นได้ว่าการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีทั้งภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะส่งผลกระทบยาวต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง จึงเป็นประเด็นปัญหาสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานต้องให้ความสนใจมากขึ้น

จากรายงานการวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2561 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้สูงถึงร้อยละ 63.5 พบภาวะแทรกซ้อนทางไตมากที่สุดพบเป็นร้อยละ 9.0 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลร้อยละ 2.9 ซึ่งเกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ร้อยละ 51.2⁸ และจากสถิติข้อมูลของโรงพยาบาลเจริญศิลป์พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้ารับการรักษาอยู่ในอันดับหนึ่งในห้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั้งหมดระหว่างปี 2563-2565 และพบว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันเท่ากับร้อยละ 6.2, 5.2 และ 8.8 ตามลำดับ ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันซ้ำภายในปี ร้อยละ 26.3 , 17.7 และ 13.3 ตามลำดับ สาเหตุเนื่องมาจากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเองทั้งด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 92.1 ผู้วิจัยจึงได้จัดประชุมสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ

ประจำแผนกผู้ป่วยในเพื่อทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยพบว่าส่วนหนึ่งเกิดจากการวางแผนการจำหน่ายไม่ครอบคลุม บุคลากรมีการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายไม่ต่อเนื่องและขาดการประเมินผลที่ชัดเจน ประกอบกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมา พบว่าเป็นการพูดคุยหรือให้คำแนะนำสั้นๆตามปัญหา และให้ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษาหรือเหตุการณ์เฉพาะหน้าในวันจำหน่าย เช่น การมาพบแพทย์ตามวันนัด การรับประทานยาตามแผนการรักษา ยังขาดการประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เมื่อกลับบ้าน จึงส่งผลให้ผู้ป่วยได้กลับมาอนรักษารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ด้วยเหตุนี้ทำให้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาลมากขึ้น

การวางแผนจำหน่ายโดยใช้รูปแบบ D-METHOD ได้ถูกนำมาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เราพบได้บ่อยๆ เป็นการเตรียมผู้ป่วยให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย และส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการใกล้บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ควบคุมการกำเริบของโรคได้มากขึ้น อาทิเช่น การศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลเสลภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายไปแล้ว 3 เดือน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีระดับน้ำตาลในเลือด FBS ต่ำกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹ และการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่

พบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความตระหนักรู้ในโรคเบาหวาน ทักษะการจัดการตนเอง และพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานมากกว่าก่อนการทดลอง และค่าเฉลี่ยค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹ อีกทั้งยังมีการศึกษาที่พบว่าการวางแผนจำหน่ายสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันที่ต้องทำให้ผู้ป่วยกลับมาอนรักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้¹² ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร เพื่อนำไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting plasma glucose) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย

สมมติฐานการศึกษา

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 1 กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง (The one group pretest-posttest only design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเจริญศิลป์หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และนอนรับการรักษาในโรงพยาบาลแผนกหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเจริญศิลป์ ในระหว่างที่ดำเนินการศึกษา ด้วยภาวะระดับน้ำตาลสูง (Hyperglycemia) รหัส ICD 10 คือ E11.10 หรือ ภาวะ น้ำตาล ใน เลือด ต่ำ (Hypoglycemia) ด้วยรหัส ICD 10 คือ E16.10 มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สามารถพูดคุยสื่อสารได้ อ่านหนังสือได้ และยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขณะศึกษา อาทิเช่น โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ไตวาย เป็นต้น หรือต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือเสียชีวิต หรือกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการศึกษา

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง: กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G* power เลือก means: difference from constant (one sample case) เลือกการทดสอบทางเดียว วิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ของ Pilot & Hungler (1999) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) $1-\beta$ เท่ากับ 0.80 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

(alpha) α เท่ากับ 0.05 ขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน¹³ และเพื่อป้องกันการถอนตัว (Drop-out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 (2.7 คน) รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคร่วม ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ประวัติของการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ/สูง ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังจำหน่าย (Fasting plasma glucose) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ โรค สาเหตุการเกิดโรค การรักษา และการดูแลตนเองของผู้ป่วย ใช้เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง มีตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบ “ถูก” ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบ “ผิด” ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรู้ดีกว่า คะแนนรวมต่ำ ซึ่งเกณฑ์การแปลผลคะแนน ใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom¹⁴ มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับดังนี้ ความรู้ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (12 - 15 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 (9 - 11 คะแนน) และ ความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0 - 8 คะแนน) และส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้¹⁵ ข้อคำถาม 20 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเข้าตามแผนการรักษา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และการดูแลรักษาต่อเนื่อง แต่ละข้อคำถามมีคะแนน 1-5 คะแนน ข้อคำถามเชิงบวก ให้ 5 คะแนนเท่ากับปฏิบัติเป็นประจำ และ 1 คะแนน เท่ากับไม่ปฏิบัติ ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ให้ 5 คะแนนเท่ากับไม่ปฏิบัติ และ 1 คะแนน เท่ากับปฏิบัติเป็นประจำ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน ข้อมูลเป็นมาตราวัดแบบประมาณค่า (Interval scale) แบ่งเกณฑ์ประเมินเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom¹⁴ คือ ควรปรับปรุง มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่าง 20-59 คะแนน ปานกลาง มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่าง 60-79 คะแนน และดี มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่าง 80-100 คะแนน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้กรอบแนวคิดตามกระบวนการ D-METHOD

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งทั้ง 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน และพยาบาล 2 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์รายข้อโดยใช้ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ได้ค่า IOC ภาพรวมของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเท่ากับ 0.89 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ค่า IOC เท่ากับ 0.92 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญมาแล้ว ได้แก่

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีขนาดและบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลเจริญศิลป์ ในจังหวัดสกลนคร จำนวน 30 ชุด เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อถือได้ของเครื่องมือพบว่าแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.78 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.72 ซึ่งยอมรับได้

ขั้นตอนการศึกษา

ขั้นเตรียมการ: 1) ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และการดูแลตนเองป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2) เขียนเค้าโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และ 3) หลังได้รับการอนุมัติผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จัดประชุมทีมงานผู้ปฏิบัติงานแผนกหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเจริญศิลป์ ซึ่งแจ้งเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่องค์กรและผู้รับบริการจะได้รับจากการศึกษา รวมถึงการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมงานแต่ละคน

ขั้นตอนการดำเนินการ

ในการดำเนินโปรแกรมวางแผนจำหน่ายจากผู้วิจัย ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมแบ่งเป็น 4 ระยะ ใช้เวลาครั้งละ 15-30 นาที ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 คือวันแรกที่นอนโรงพยาบาล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติแสดงความคิดเห็นต่อปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ต่อจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สาเหตุการเกิด

โรค อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นหากผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี การดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง ตลอดจนแนวทางการรักษาโรค การใช้ยาและการสังเกตอาการข้างเคียงของยา การจัดสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ การเลือกรับประทานอาหารและการมาตรวจตามนัด หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันวางแผนการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้วิจัยมอบแผ่นพับความรู้ในการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยและญาติพร้อมส่งต่อข้อมูลสุขภาพที่เป็นในการดูแลต่อเนื่องแก่ทีมสุขภาพต่อไป

ระยะรักษาช่วงแรก คือ วันที่ 2-3 ของการนอนโรงพยาบาล ดำเนินกิจกรรมตรวจสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามเพิ่มเติม พร้อมให้ข้อมูลในการเตรียมตัวในการดูแลตนเองหรือทำให้การตามแผนการรักษา

ระยะรักษาช่วงหลัง คือ วันที่ 4-5 ของการนอนโรงพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมเช่นเดียวกับระยะรักษาช่วงแรก และให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยและญาติยังสงสัยและมีข้อคำถาม

ระยะฟื้นฟูหรือเตรียมกลับบ้าน ผู้วิจัยติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting plasma glucose) ของผู้ป่วย และประเมินความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอีกครั้ง พร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลหลังให้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายตามแบบสอบถามความรู้ ให้กำลังใจและกล่าวคำชมเชยผู้ป่วยและญาติ หากผู้ป่วยและญาติมีข้อสงสัยในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านสามารถขอรับคำปรึกษาจากผู้วิจัยได้ทางโทรศัพท์ พร้อมทั้งแจ้งผู้ป่วยและญาติว่าผู้วิจัยจะขออนุญาตโทรศัพท์ติดตามอาการและติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังจำหน่าย 1 เดือน พร้อมกับขอเบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วยและญาติเพื่อติดต่อได้สะดวกมากขึ้น และแจ้งวันนัดพบแพทย์เพื่อติดตามการรักษาในครั้งถัดไป

หลังดำเนินการกระบวนการวิจัยเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ได้ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูล (Normal Distribution) โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov Smirnov test (KS test) ถ้าพบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติ ผู้วิจัยจึงใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ และใช้สถิติอนุมาน Paired T-Test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting plasma glucose: FPG) เปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย

จริยธรรมการวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารเลขที่ SKN REC 2023-026

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง: พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100.0 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 53.3 มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 60.0 จบระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 70.0 ส่วนใหญ่ว่างงาน/อยู่บ้าน ร้อยละ 56.7 มีโรคร่วม ร้อยละ 90.0 และโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูงป่วยเป็นโรคเบาหวานมานาน 10 – 15 ปี ร้อยละ 36.6 มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 53.3 และภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือภาวะแทรกซ้อนทางไต เคยมีประวัติระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ร้อยละ 80.0 และเคยมีประวัติระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ (Hyperglycemia) ร้อยละ 86.7 ส่วนด้านประวัติยาเบาหวานที่ได้รับพบว่าส่วนใหญ่ได้รับยาชนิดรับประทาน ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือได้รับทั้ง

และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อน
เฉียบพลันที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานต้องเข้ารับการ
รักษาในโรงพยาบาล และหากผู้ป่วยไม่สามารถ

ควบคุมระดับน้ำตาลได้เป็นระยะเวลานานๆ จะส่งผลระยะยาวเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทำลายการทำงานของหัวใจ หลอดเลือด ตา ไต และระบบประสาท เป็นปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนยากต่อการรักษาและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเจริญศิลป์ อำเภोजีนเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร โดยมีสมมติฐานการวิจัยคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายจะมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น และผลการศึกษานี้พบว่าหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting plasma glucose) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิษฐ์นาฏ จูริมาศ (2558)⁹ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายไปแล้ว 3 เดือน มีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับที่สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting blood sugar) ต่ำกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของรัตน นิลล้อมและคณะ (2564)¹⁰ ที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงการศึกษาของกนกวรรณ ดั่งกัลลัดและคณะ (2563)¹¹ ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความตระหนักรู้ในโรคเบาหวาน ทักษะการจัดการตนเองและพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน มากกว่าก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงของกลุ่มทดลองลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของธีรภาพ เสาทอง และคณะ (2563)¹⁶ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และยังสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายโดยการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันที่ต้องทำให้ผู้ป่วยกลับมาอนัรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้¹²

มีการศึกษาที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานคือการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค¹⁷ ซึ่งการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการวางแผนจำหน่ายมาใช้ในกระบวนการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเจริญศิลป์ โดยใช้กระบวนการให้ความรู้ในรูปแบบ D-METHOD เพื่อสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้เห็นถึงความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมและได้รับรู้ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ตลอดจนการให้ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาลนั้นเป็นหนึ่งในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กล่าวโดยสรุป การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าประสิทธิผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายตามแนวคิด D-METHOD ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลตนเองมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ด้านการบริหารทางการแพทย์: ควรนำโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เสนอต่อผู้บริหารทางการแพทย์เพื่อให้เห็นความสำคัญและนำไปวางแผนประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยสำหรับโรคเรื้อรังอื่นๆต่อไป

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล: ควรมีการประเมินและตรวจสอบการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเป็นระยะเพื่อกระตุ้นให้ทีมสหวิชาชีพมีการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นวัฒนธรรมการบริการขององค์กร

ด้านการวิจัย: ควรมีการศึกษาวิจัยในระยะยาวถึงผลลัพธ์ของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยใช้การตรวจระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) รวมถึงการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะระดับน้ำตาลสูงหรือต่ำ เพื่อเป็นการยืนยันว่าโปรแกรมวางแผนจำหน่ายที่จัดทำขึ้นมีประสิทธิภาพจริงหรือไม่อย่างไร

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diabetes [Internet]. January, 2023 [Retrieved January 20th, 2023]. Available from https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1
2. สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. รายงานสถานการณ์โรคเบาหวาน พ.ศ. 2563 [Internet]. มกราคม 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2566]. แหล่งข้อมูล <http://www.dmthai.org>
3. กองโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราผู้ป่วยในปี 2559 -2561 (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หลอดเลือดหัวใจ, หลอดเลือดสมอง, COPD) [Internet]. มกราคม 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2566]. แหล่งข้อมูล <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020>
4. Stratton IM, Adler AI, Neil HA, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. British medical journal 2000, 321,405-412.
5. Zhang P, et al. Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. Diabetes research and clinical practice 2010, 87, 293-301.
6. Chatterjee S. et al. Cost of diabetes and its complications in Thailand: a complete picture of economic burden. Health and social care in the community 2011, 19(3), 289-298.
7. Goh S, Hussein Z, Rudijanto A. Review of insulin-associated hypoglycemia and its impact on the management of diabetes in South East Asian countries. Journal of diabetes investigation 2017, 8(5), 635-645.
8. งาม รังสินธุ์และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์การเก็บรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2561. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2561.
9. ชนิษฐ์นาฏ จุริมาศ. ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลเสลภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2558, 12(2), 17-23.

- 10.รัตนา นิลเลื่อม, ดวงกมล วัตราคูล, พรทิพย์ สิ้นประเสริฐ, กรองแก้ว ทรัพย์ประเสริฐ, ธิติรัตน์ ขาวเงินยวง และ อรทัย บุญชูวงศ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2564, 32(2), 202-215.
- 11.กนกวรรณ ดั่งกัลล, ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, และณัฐกมล ชาญสาธิตพร. โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2563, 36(1), 66-82.
- 12.ศิริมา มณีโรจน์. ผลของโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายโดยใช้ IDEAL Model ต่อความรู้ ระดับน้ำตาลสะสม ความพร้อมในการจำหน่ายและอัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อน. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร 2565, 6(1), 78-91.
- 13.นิพัทธ์พนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพชร และญาดา นภาพารักษ์. การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power. เข้าถึงเมื่อวันที่ 21 มกราคม 2566. แหล่งข้อมูล file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/181958-Article%20Text-595652-1-10-20190623%20(5).pdf
- 14.Bloom, B.S. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill;1971.
- 15.สุปรียา เสียงดัง. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560, 4(1),191-204.
- 16.ธีรภาพ เสาทอง, ปาหนัน พิษยภิญโญ และสุนีย์ ละกำป็น. ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารวิจัยและการพยาบาล 2563, 36(3), 19-32.
- 17.ดวงหทัย แสงสว่าง, อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ และ นิลลาวรรณ งามขำ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) 2561,8(1),103-117.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลคำมวง :กรณีศึกษา 2 ราย (Nursing care of Ischemic stroke patients during Rehabilitation in Kham muang Hospital: 2 Case Study)

(Received: July 30,2023 ; Revised: August 2,2023 ; Accepted: August 5,2023)

ประทุมมาศ ไชยสุนทร¹
Prathummat Chaisunthon¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะฟื้นฟูสภาพ เป็นกรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเจาะจง โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะฟื้นฟูสภาพ ที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลคำมวง ระหว่างเดือน มกราคม – มีนาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย จากผู้ป่วย และญาติ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 69 ปี แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง การวินิจฉัย Right MCA infraction รับส่งต่อจากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยให้จำหน่ายกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน มีประวัติโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมี Glasgow coma scale (GCS) E4VTM6 มีอาการแขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรง Motor power ด้านซ้าย grade 0 ด้านขวา grade V ได้รับการเจาะคอและใส่ท่อไว้ รับประทานอาหารทางสายยาง ขณะที่รักษาที่โรงพยาบาลชุมชน มีปัญหาแทรกซ้อน คือ ไอขับเสมหะได้ลำบาก มีภาวะข้อติดแข็ง และแผลกดทับที่บริเวณสะโพก หลังรับการรักษาภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 63 ปี การวินิจฉัย Stroke track S/P rt-PA รับส่งต่อจากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อมาฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน อาการสำคัญ แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด หลังรับการรักษาด้วยการได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA นอนพักรักษาที่โรงพยาบาล 7 วัน ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ประวัติโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง Glasgow coma scale E4VTM6 มีแขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรง Motor power ด้านซ้าย grade III ด้านขวา grade V ได้รับการรักษาด้วยยาและฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมและอาการดีขึ้นตามลำดับ ไม่มีความพิการหลงเหลือ จำหน่ายกลับบ้านได้

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน, ระยะฟื้นฟู, การพยาบาลผู้ป่วย

Abstract

This study was aimed to compare nursing care for patients with ischemic stroke during rehabilitation period. This two cases study of rehabilitation patients with stroke by purposive selection , Which Entered for treatment in the ward of Kham Muang Hospital between January - March 2023, amounting to 2 cases. The data were collected from medical record ,interviewed patients and their relative. The functional health pattern of Gordon's 11 Concepts of Health Model was used to assess health problems to planning a holistic nursing care , nursing diagnosis, nursing care planning program ,and to evaluate the outcome of nursing care of rehabilitation patient with stroke.

The results of the study found that case study 1:A 69-year-old Thai male patient with left limb weakness was diagnosis of Right MCA infraction. The patient was refer back from Kalasin Hospital by discharge and then

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลคำมวง

back to stay at home for treatment ,which patient had a history of comorbidities, diabetes, high blood pressure. The patient had Glasgow coma scale were E4VTM6 had left limb weakness, left motor power grade O, right grade V. The throat of patient was pierced and on techeostomy tube, and eating food through a tube. While being treated at a community hospital, There were a complication difficulty coughing up phlegm having stiff joints and pressure sores on the hip area. After receiving treatment for complications, the patients' symptoms gradually improved. and can be sold back home. Case study 2: A 63-year-old Thai female patient with Stroke track S/P rt- PA diagnosis. The patient was refer back from Kalasin Hospital to come to rehabilitate at a hospital near the house. The patient had significant symptoms weak left arm, crooked mouth, stiff tongue, slurred speech. After receiving rt-PA anticoagulant therapy and stay at the hospital for 7 days, The patient was referred for treatment at a nearby hospital. History comorbidities of patient that were diabetes, high blood pressure. Glasgow coma scale E4VTM6 left arm and leg weakness, motor power left, grade III right, grade V right. It was treated with medication and rehabilitation. Patients were able to perform their activities and their symptoms improved accordingly. no disability left Available to go home.

Keyword: Rehabilitation , Ischemic stroke ,Nursing care

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular disease) เป็นโรคที่มีความรุนแรง ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายเสียชีวิต หรือมีความพิการสูงมาก พบอุบัติการณ์สูงในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขในประเทศไทย ต่างๆทั่วทุกภูมิภาคของโลก¹⁻² ซึ่งในปี 2558 องค์การอนามัยโลกได้รายงานมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด 15 ล้านคน โดยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจ โดยมีผู้เสียชีวิตจำนวน 6.42 ล้านคน จากทั่วโลก³ สำหรับในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับสอง รองจากโรคมะเร็ง โดยมีความชุกอยู่ที่ 122 คน ต่อประชากร 100,000 คน มีผู้ป่วยระยะเวลานานในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 6 วัน มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 7 มีค่าใช้จ่ายจากการรักษาโดยเฉลี่ย 20,740 บาทต่อคน⁴

โรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเฉียบพลัน เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนอาการคงที่ มักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที ใช้เวลา 24-48 ชั่วโมง อาการที่สำคัญได้แก่ หมดสติ ความดัน

ในกะโหลกศีรษะสูง ระบบการหายใจและหัวใจทำงานผิดปกติ ต้องรีบให้การรักษาให้รวดเร็วที่สุดไม่เกิน 270 นาที ด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดเข้าทางหลอดเลือด 2)ระยะหลังเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการคงที่ ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง ส่วนใหญ่ใช้เวลา 1-14 วัน 3) ระยะฟื้นฟูสภาพ เป็นระยะที่ผู้ป่วยอาจมีอาการไม่รู้สึกตัว หรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก การรักษาจะเน้นที่การฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในส่วนของปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะลิ่มเลือดอุดตันปอด ปอดบวม และหัวใจล้มเหลวเป็นต้น⁵

โรงพยาบาลคำม่วง เป็นโรงพยาบาลชุมชน ที่มีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไป และรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ เพื่อกลับมารักษาคือในโรงพยาบาลใกล้บ้าน ซึ่งผู้ป่วยร้อยละ 80 จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวช่วยเหลือตัวเองและสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้เป็นปกติ พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ประเมินปัญหาสุขภาพของ

ผู้ป่วยอย่างครอบคลุม วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ดังนั้นเพื่อให้เกิดการพัฒนาการพยาบาล และเกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะฟื้นฟูสภาพ กรณีศึกษา 2 ราย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลวางแผน ปฏิบัติการพยาบาลประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลและพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะฟื้นฟู

วิธีการศึกษา:

เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง 2 ราย ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลคำมวง ในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะฟื้นฟู 2 ราย โดยเลือกแบบ เจาะจงจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่เข้ารับการรักษานใน โรงพยาบาลคำมวง ในระหว่างเดือน มกราคม- มีนาคม 2566 และดำเนิน การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน จากผู้ป่วย และญาติกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน วางแผน ปฏิบัติการ พยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสรุปและประเมิน ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดังนี้
เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

กรณีศึกษา รายที่ 1 ผู้ป่วยเป็นชายไทย อายุ 69 ปี สถานภาพสมรส รับส่งต่อจากโรงพยาบาล ภาพสินธุ์ การวินิจฉัย Right MCA infraction S/P การผ่าตัดสมอง Decompressive Craniectomy เพื่อมาฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน แผนการรักษาได้รับยา Dilantin 2 tabs oral hs., ASA (300mg) 1tab OD p.c., Atrovastatin (40 mg) 1 tab h.s., FolicAcid (5 mg) 1 tab OD p.c., Omeprazole (20mg) 1 tab OD a.c., Metformin (500mg) 1 tab bid p.c. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ คือ ผู้ป่วยเจาะคอ ไอ ขับเสมหะเองได้น้อย มีปัญหาการกลืนใส่สายจุกสำหรับให้อาหาร พบแผลกดทับที่สะโพกด้านซ้าย ภาวะข้อติดแข็งกล้ามเนื้อลิ้นที่แขนและขา ด้านซ้าย มีภาวะติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ หลังนอนโรงพยาบาลได้รับการรักษาโดยได้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่องร่วมกับยารับประทาน ฟื้นฟูสภาพจากนักกายภาพบำบัดและสอนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน อาการผู้ป่วยดีขึ้นเป็นลำดับจำหน่ายกลับบ้านฟื้นฟูสภาพต่อ

กรณีศึกษา รายที่ 2 ผู้ป่วยเป็นหญิงไทย อายุ 63 ปี สถานภาพสมรส รับส่งต่อจากโรงพยาบาล ภาพสินธุ์ การวินิจฉัย Stroke track S/P rt- PA เพื่อมาฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน แผนการรักษาได้รับ ASA(300mg) 1tab OD p.c., Atrovastatin (40 mg) 1 tab h.s., FolicAcid (5 mg) 1 tab OD p.c., Omeprazole (20mg) 1 tab OD a.c., Metformin (500mg) 1 tab bid p.c. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ คือ อ่อนแรงแขนและขา ด้านซ้าย หลังนอนโรงพยาบาลได้รับการรักษาด้วยการให้ยาร่วมด้วยกับการฟื้นฟูสภาพและสอนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน อาการผู้ป่วยดีขึ้นเป็นลำดับจำหน่ายกลับบ้านฟื้นฟูสภาพต่อ

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญ ที่มาโรงพยาบาล	ซึมลง แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงไม่พูด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน	แขนซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด เป็นก่อนมา โรงพยาบาล 4 ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วยใน ปัจจุบัน	1 วัน ก่อนญาติไปพบผู้ป่วยนอนซึม แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ญาตินำส่งเข้ารับการรักษาศูนย์สุขภาพชุมชน แพทย์วินิจฉัย มีภาวะสมองโรคหลอดเลือดสมอง รักษาเบื้องต้นด้วยการใส่ ท่อช่วยหายใจ ส่งต่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	4 ชั่วโมงก่อนมาขณะทำกับข้าวแขนซ้ายอ่อนแรง มีอาการ ปากเบี้ยว ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด ญาตินำส่งเข้ารับการรักษาศูนย์ สุขภาพชุมชน แพทย์วินิจฉัยมีภาวะสมองขาดเลือดส่ง ต่อเข้ารับการรักษาศูนย์สุขภาพกาฬสินธุ์ ได้รับการรักษา ด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด
ประวัติการ เจ็บป่วยในอดีต	ประวัติโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงประวัติการ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หยุดยาเอง	มีประวัติโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงรับการ รักษาด้วยการรับประทานยาที่โรงพยาบาลชุมชน รับประทานยาต่อเนื่อง
อาการแรกพบ	ผู้ป่วย GCS E4V5M6 pupil 3 mms. react to light both eyes motor power left arm, left leg grade 0 right arm grade V, right leg grade V negative dysarthria, negative facial palsy สัญญาณชีพ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันเลือด 126 /78 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation = 99% ผล CT Scan จาก รพ.กาฬสินธุ์ พบ Right MCA infraction and Oldcerebral infraction at right caudate nucleus, right external capsule, left basal ganglion and right centrum semiovale white matter.	ผู้ป่วย GCS E4V5M6 pupil 3 mms. react to light both eyes motor power left arm grade 0 left leg grade I right arm, right leg grade V positive dysarthria, left facial palsy สัญญาณชีพ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดัน เลือด 159 /72 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation = 99% CT Scan พบ lacunar infraction at right internal capsule, suspected clot at right middle cerebral artery infraction

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแล สุขภาพ	ผู้ป่วยมีการรับรู้ แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงญาติ นำส่งเข้ารับการ รักษาที่โรงพยาบาลคำม่วงแพทย์ส่งต่อ รับการรักษาที่ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง ผู้ป่วยมีปัญหาการหายใจ การกลืน และการเคลื่อนไหว และมี แผลที่บริเวณสะโพก ระบุว่าผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยที่มีความ รุนแรงต้องฟื้นฟูสภาพ	ผู้ป่วยรับรู้ว่าก่อนมาขณะทำกับข้าวแขนซ้ายอ่อนแรง มี อาการปากเบี้ยว ญาตินำส่งเข้ารับการรักษาศูนย์สุขภาพ ชุมชน แพทย์วินิจฉัยมีภาวะสมองขาดเลือดให้การรักษา ด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดแล้วส่งต่อเข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
2. โภชนาการและการและ การเผาผลาญอาหาร	รับประทานอาหารเป็นอาหารปั่น(Blenderized diet) 400 ml x 4 feed โรงพยาบาลจัดหาอาหารให้ รับประทานอาหาร ปั่นได้ไม่มีอาหารเหลือค้างในกระเพาะอาหาร	รับประทานอาหารเป็นเวลา วันละ 3 มื้อ รับประทาน อาหารได้ไม่ล้าถ่วงอาหาร
3. การขับถ่าย	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระไม่ปกติ 2-3 วัน 1 ครั้งปัสสาวะโดยการ ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองฟาง	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้งและปัสสาวะได้ ปกติ วันละ 4-5 ครั้ง ไม่มีอาการสับสน
4.กิจวัตรประจำวัน	ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ด้วยตนเอง มีญาติคอย ช่วยเหลือการทำกิจกรรม (ADL) 11 คะแนน	ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆด้วยตนเอง ขณะเจ็บป่วยผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจกรรมได้ บางส่วน (ADL) 13 คะแนน
5. การพักผ่อนนอนหลับ	มีปัญหาการนอนหลับ นอนหลับได้เป็นบางช่วง เวลาประมาณ 1- 2 ชั่วโมง นอนกลางวัน กลางคืนไม่นอน	นอนหลับประมาณ 6-8 ชั่วโมงต่อวันไม่มีปัญหาในการนอน ไม่เคยใช้ยานอนหลับ ขณะเจ็บป่วยนอนหลับได้เป็นช่วงๆ
6. สติปัญญา และการรับรู้	ผู้ป่วยเรียนจบประถมศึกษา 6 อ่านออก เขียนได้ หลังเจ็บป่วย สื่อสารได้ ใช้มือและเท้าทางในการสื่อสาร GCS E4VTM6	ผู้ป่วยจบการศึกษาระดับปริญญาตรี หลังเจ็บป่วยสื่อสารได้ถูกต้องไม่มีอาการสับสนGCS E4V5M6

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
7.การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ญาติผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดผู้ป่วยป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	ผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่ตรงกับช่วงหน้ารับประทานยาตลอดและพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง
8.บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	เป็นหัวหน้าครอบครัวอาศัยอยู่กับภรรยาและบุตรขณะรับการรักษาามีภรรยาและบุตรสาวบุตรเขยคอยดูแล	หลังเกษียณอายุราชการ อาศัยอยู่กับมารดาและหลาน อยู่บ้านขายของชำ ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลมีน้องสาวดูแล
9.เพศและการเจริญพันธุ์	พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสมกับเพศของตนเอง ความสัมพันธ์กับภรรยาเป็นไปด้วยดี	พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสม หมดประจำเดือนอายุ 48 ปี ไม่มีประวัติมีเพศสัมพันธ์
10.การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	ญาติผู้ป่วยแจ้งว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยรุนแรง ไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ และต้องมีคนคอยดูแลตลอดเวลา	การเจ็บป่วยครั้งนี้มีความเจ็บป่วยที่รุนแรงมีแขนและขาซีกซ้ายอ่อนแรงกลัวตัวเองพิการ เมื่อผ่านภาวะวิกฤติผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
11.ความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อในศาสนาพุทธและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เข้าวัดบำงตามโอกาส	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อในศาสนาพุทธและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เข้าวัดวันพระและเทศกาลงานบุญ

ตารางที่. 6 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะฟื้นฟู

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. แบบแผนสุขภาพ	ชายไทย 66 ปี ชีวมลแรงขา ซีกซ้ายอ่อนแรง ไม่พูด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง	หญิงไทย 63 ปี แขนซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยวลิ้นแข็งพูดไม่ชัด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองต่างกัน กรณีศึกษารายที่ 1 มาด้วยชีวมลแรงขาซีกซ้ายอ่อนแรง ไม่พูด กรณีศึกษารายที่ 2 แขนซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด การเจ็บป่วย ทั้งสองรายผู้ป่วยมีภาวะโรคร่วมคือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กรณีศึกษารายที่ 1 พบปัญหาการขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
2.พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	ผู้ป่วย GCS E4VTM6 pupil 3mms react to light both eyes motor power left arm, left leg grade 0 right arm gradeV, right leg grade V Negative dysarthria Negative facial palsy สัญญาณชีพ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/78 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation 99%	ผู้ป่วย GCS E4V5M6 pupil 3mms react to light both eyes motor power left arm, left leg grade III right arm, right leg grade V Positive dysarthria left facial palsy สัญญาณชีพ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 159/72 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation 99%	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะสมองขาดเลือด กรณีศึกษารายที่ 1 ระดับความผิดปกติ มีพยาธิสภาพ Right MCA infraction, Old cerebral infraction อาการและอาการแสดง แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง อาการที่พบ motor power left arm, left leg grade 0 right arm grade V, right leg grade V Negative dysarthria Negative facial palsy กรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะสมองขาดเลือด พยาธิ at right middle cerebral artery infraction สภาพ lacunar infraction at right internal capsule, suspected clot อาการและอาการแสดง แขนซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยวลิ้นแข็งพูดไม่ชัด
3.แผนการรักษา	CT Scan brain emergency Right MCA infraction Old cerebral infraction at right caudate nucleus, right external capsule, left basal ganglion and right	CT Scan brain Lacunar infraction at right internal capsule, suspected clot at right middle cerebral artery infraction การผ่าตัด ไม่มี	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีภาวะสมองขาดเลือดแต่มีพยาธิสภาพตำแหน่งที่แตกต่างกัน

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	centrum semiovale whitematter การผ่าตัด Decompressive Craniectomy		
	ยาต่อเนื่อง -Dilantin 1 tabs hs -ASA(300mg) 1 tab OD p.c. -Atrovastatin(40mg) 1 tab hs. -FolicAcid (5mg) 1 tab OD p.c. -Omeprazole (20mg) 1 tab OD a.c. -Metformin (500mg) 1 tab bid p.c. การตรวจพิเศษ -CT brain NC หลังผ่าตัดสมอง -ส่งConsult IMC	ยาต่อเนื่อง -Simvastatin(20mg) 1 tab h.s. -FolicAcid (5mg) 1 tab OD p.c. -Plavix (75mg) 1 tab OD p.c. -Metformin (500mg) 1 tab bid p.c. การตรวจพิเศษ -CT brain NC หลังได้รับ rt-PA 24 hr. -Echocardiogram	แผนการรักษา กรณีศึกษา รายที่ 1 มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองและมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคพบบมีภาวะสมองบวมและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง กรณีศึกษา 2 หลังได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการรักษาด้วยยา Dilantin 1 tabs hs, Atrovastatin (40mg) 1 tab h.s.เนื่องจากผู้ป่วยมีค่า LDL สูง กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการรักษาด้วยยาSimvastatin (20mg) 1 tab hs. การรักษาตรวจพิเศษได้รับการCTScan และได้รับการปรึกษาIMC ทั้ง 2 ราย มีความต่างที่กรณีศึกษารายที่2 EKG มีAtrial fibrillation. ได้ตรวจEchocardiogram ผลการตรวจพบHypertensive heart disease(LVEF=63%)
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล	1.เสี่ยงต่อการพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการไอ ขับเสมหะลดลง 2.มีโอกาสดเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหารเนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจไม่มีประสิทธิภาพและ มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ 3.มีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ จากภาวะกล้ามเนื้อแขนและขาอ่อนแรง เนื่องจากไม่สามารถยกขยับแขนและขาได้ 4.เสี่ยงต่อร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาด้านการกลืน 5.เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายนอกจากผิวหนังมีทางเข้าของเชื้อโรค 6.เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากคาสายสวนปัสสาวะเป็นเวลานาน 7.การช่วยเหลือตัวเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาอ่อนแรง อัมพาตและเสียความสามารถที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	1.มีโอกาสดเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหารเนื่องจากประสิทธิภาพกลืนเสีย 2.มีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ จากภาวะกล้ามเนื้อแขนและขาอ่อนแรง 3. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาอ่อนแรง 4.ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการปฏิบัติตัว 5.เตรียมความพร้อมการจำหน่าย METHOD	การพยาบาลระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage)หมายถึงระยะที่อาจมีอาการไม่รู้สึกร่วมด้วยหรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียกเป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกาย แบ่งเป็นฟื้นฟูระยะแรก (Early recovery) เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองซึ่งจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองและระยะฟื้นฟูระยะหลัง (Late recovery) เป็นระยะที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะฟื้นฟูระยะแรก ระยะนี้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจะพัฒนาได้ดีขึ้นเช่น การเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตนเองการทำงานของระบบประสาท1 ปี การพูด ระยะนี้อาจ นาน 4-6 เดือน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รู้สึกร่วม ผู้ศึกษาได้ดูแลในระยะฟื้นฟูสภาพ ระยะแรกเพื่อเตรียมผู้ป่วยและญาติในการไปดูแลต่อที่บ้านจึงเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย " ดังนี้ 1. ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ ปัญหาที่ยังคงหลงเหลืออยู่และสิ่งที่ต้องดูแลต่อการป้องกันกลับเป็นซ้ำ 2. การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ได้แก่ อาการทางประสาทที่เลวลงหายใจหอบเหนื่อย 3. แนะนำสอนและฝึกผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล(caregiver) เกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัดป้องกันข้อติด การพลิกตะแคง

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	8.ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการปฏิบัติตัว 9.เตรียมความพร้อมการจำหน่าย METHOD		ตัวเพื่อป้องกันผลกดทับ การเฝ้าระวังการพลัดตกเตียง การได้รับยาอย่างต่อเนื่องและการมาตรวจตามแพทย์นัด
ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง	ผู้ป่วยรายที่ 1 กลับบ้านได้ อาการทางระบบประสาทปกติ GCS E4VTM6 pupil 3mms react to light both eyes motor power left 0 right grade V ส่งConsult IMCก่อนจำหน่ายเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายเนื่องจากมีแขนและขา ด้านซ้ายอ่อนแรงให้คำแนะนำการดูแลทางเดินหายใจ การให้อาหารทางสายยางและการป้องกันการสำลักอาหาร การดูแลบาดแผลกดทับ การออกกำลังกายแขนขา การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การมาตรวจตามนัด ประสานศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อติดตามเยี่ยมอาการในชุมชน	ผู้ป่วยรายที่ 2 กลับบ้านได้ อาการทางระบบประสาทปกติ GCS E4V5M6 pupil 3mms react to light both eyes Motor power grade V ไม่มีปัญหาการกลืน อาการปากเบี้ยวด้านซ้ายดีขึ้นสามารถรับประทานอาหารได้ ให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลเฝ้าระวังประเมินอาการผิดปกติที่เสี่ยงต่อการสำลักอาหารและการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางสมองให้ผู้ดูแลรับทราบถ้ามีอาการผิดปกติดังกล่าวให้มาพบแพทย์ ประสานศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อติดตามเยี่ยมอาการในชุมชน	4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เครื่องพยุงต่าง ๆ 5. จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดความคล่องตัวในการหยิบอุปกรณ์และของใช้ 6. สอนญาติทำแผลและดูดเสมหะได้อย่างถูกวิธี 7. สอนญาติดูแลสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิดที่ปลอดเชื้อ โดยทำความสะอาดด้วยน้ำต้มสุกและน้ำสบู่อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และทุกครั้งที่ปนเปื้อนอุจจาระรวมทั้ง ดริ้งสายสวนปัสสาวะไม่ให้ตึงรั้ง 8. ให้ผู้ป่วยได้รับทราบเกี่ยวกับความเป็นจริงรอบ ๆ ตัว เช่น จัดหาปฏิทิน วิทยุ รูปภาพของครอบครัวไว้ในห้องหรือข้างเตียงเนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 2 ราย สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ มีแผนการรักษาให้กลับมาพบแพทย์ 2 สัปดาห์เพื่อติดตามการรักษา และได้รับยาไปรับประทานต่อที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 2 ราย สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ มีแผนการรักษาให้กลับมาพบแพทย์ 2 สัปดาห์เพื่อติดตามการรักษา และได้รับยาไปรับประทานต่อที่บ้าน

ผลลัพธ์

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA มีความแตกต่างกันของตำแหน่งสมองที่ขาดเลือดและระยะเวลาในการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลในระยะวิกฤติโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน ตามมาตรฐานโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม จึงส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและลดความพิการผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

ผู้ป่วยรายที่ 1 พบว่ามีปัญหาของภาวะสมองขาดเลือดมีพยาธิสภาพคือแขนและขาซีกขวาอ่อนแรง หลังได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA ผู้ป่วยไม่พบภาวะแทรกซ้อนระดับความ

รู้สึกตัวปกติ หากพบความอ่อนแรงของขาด้านขวา ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ จึงประสานงานทีม Inter mediate care เพื่อดูแลต่อเนื่องสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะแทรกจากโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA พบภาวะเลือดออกในสมองเล็กน้อย ระดับความรู้สึกตัวปกติ มีอาการอ่อนแรงของแขนและขาด้านซ้าย ปัญหาปากเบี้ยวด้านซ้ายดีขึ้นสามารถกลืนอาหารได้ไม่ลำบาก ผู้ป่วยอาการดีขึ้นสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

จากการศึกษากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย การดูแลผู้ป่วยและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพโดยใช้การพยาบาลด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม จึง

ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและลดความพิการผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลวางแผนปฏิบัติการพยาบาลประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลและพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ระยะฟื้นฟูสภาพ โดยผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ส่งผลทำให้ผู้ป่วยอ่อนแรงครึ่งซีก ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองต้องรับการรักษาด้วยการผ่าตัดสมองนำเลือดที่คั่งในสมอง หลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องเจาะคอและมีปัญหาการกลืน และแขนและขาด้านซ้ายอ่อนแรง มีภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนอนได้แก่มิแผลกดทับ มีภาวะข้อติดกล้ามเนื้อลีบ กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 2 ราย มีภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน คือมีปัญหาการกลืนและอ่อนแรงแขนและขาด้านซ้าย ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย คือการเฝ้าระวังภาวะภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ผลพบว่าหลังผู้ป่วยได้รับการรักษาและฟื้นฟูสภาพแล้วแม้ผู้ป่วยยังคงหลงเหลือความพิการอยู่แต่ภายหลังเข้ารับการรักษายาบาลฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องสภาพอาการโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ ซึ่งการใช้บริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญเป็นอย่างมากและต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการดูแล สภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยต้องเหมาะสมทั้งทางด้านสังคม ครอบครัวและโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น จากการศึกษาพบว่าพยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมากในการช่วยดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเนื่องจากมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติทำให้สามารถ ประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

ได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติ สามารถวางแผนการพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมมีประสิทธิภาพปลอดภัย เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่สำคัญคือสภาพทางด้านการเงินของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการให้ความรู้ประชาชนในชุมชนให้มีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากกลับเข้าสู่ชุมชนจะมีความสำคัญเป็นอย่างมากที่จะช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขดังที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นว่าสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือการดูแลต่อเนื่องและการวางแผนจำหน่ายซึ่งต้องกระทำตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลและภายหลังการจำหน่ายจาก โรงพยาบาลสู่บ้านโดยมีกระบวนการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพในโรงพยาบาลและสถานบริการพยาบาลในชุมชนร่วมกับการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งการดูแลต่อเนื่องและการวางแผนจำหน่ายจึงถือเป็นหน้าที่สำคัญยิ่งของพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพทุกคนที่ต้องปฏิบัติงานในสถานพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยต้องเป็นลักษณะทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อประโยชน์สูงสุด คือการมีคุณภาพชีวิตพร้อมกับการมีชีวิตที่ยืนยาวของผู้ป่วยต่อไปนอกจากการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตการวางแผนการรักษาต่อเนื่องรวมทั้งการวางแผนจำหน่ายเป็นอีกบทบาทของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยในการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำหรือป้องกันการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิม

สรุปผลการศึกษา

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน 2 ราย ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก

ผู้ป่วยรายแรกได้รับการรักษาหลังการผ่าตัดสมอง หลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องเจาะคอ การพยาบาลมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ในการเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะคอและภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน รายที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองและจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดมีภาวะแขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ อาการโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับสามารถจำหน่ายกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้านได้

ข้อเสนอแนะ

1. การความรู้ในการฟื้นฟูผู้ป่วยแก่ญาติ การแจ้งญาติและผู้ป่วยล่วงหน้า เตรียมความพร้อมในแต่ละวันร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพและญาติ พยาบาล

หมั่นเข้าไปเยี่ยม พูดคุย สร้างความมั่นใจในการดูแล และฟื้นฟูทำให้สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนได้

2. ควรมีการประเมินระเมินภาวะจิตใจ ความเครียด ภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย กับการให้คำปรึกษา คำแนะนำให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเรียนรู้และสามารถดูแลผู้ป่วยได้

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตกทุกรายควรได้รับการประสานงาน ในการดูแลผู้ป่วยในระยะ Intermedial care เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่องถึงชุมชน

4. การรณรงค์ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจเต้นผิดปกติ สูบบุหรี่ อ้วนและกลุ่มไม่ออกกำลังกายโดยเน้นให้ความรู้เกี่ยวกับอาการที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. The National Institute of Neurological Disorder and stroke rt-PA Stroke study group. (2018). Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. N Engl J Med, 333(24),1581-7.
2. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012; 15; 380:2095-128.
3. Ministry of Public Health. Department of Disease Control. Bureau of Non-Communicable Diseases. Annual report 2017 [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Non-Communicable Diseases; 2018 [cited 2019 Jun 15]. Available from: http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/NCD_Report60.pdf
4. American Stroke Association.(2018) Guideline for the early Management of patient With Acute Ischemic Stroke. Retrieved january 10, 2018, from https://www.bmc.org/sites/default/files/Patient_Care/Specialty_Care/Stroke_and_Cerebrovascular_Center/Medical_Professionals/Protocols
5. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564). กรุงเทพฯ : โอเมชั่นอาร์ตจำกัด; 2560

6. สถาบันประสาทวิทยา กรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย.(2560). แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ. กรุงเทพฯ:สถาบันประสาทวิทยา.
7. สถิติข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. งานข้อมูลและสถิติ. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2561-2563. (คัดสำเนา)
8. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ20ปี (ด้านสาธารณสุข). นนทบุรี : สำนัก นโยบายและยุทธศาสตร์; 2559.

การพัฒนาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกายเพื่อชะลอเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

The Development of a Motivation Model for Modifying Exercise Behavior for Delaying Deterioration in Chronic Kidney Disease Stage 3 Patients

คนรัตน์ เดโฟสเซซ¹ ณัฐรญา เนตรภักดี² อีน วงษ์เคน³ หนูกาญจน์ แผงเมืองคุก³
Kanarat Defossez¹ Nataruja Naetpakdee² Eln Wongken³ Nookarn Pangmueangcook³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกายเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เป็นแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน 2565 ถึง กรกฎาคม 2566 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ 2) สร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ 3) ทดลองใช้รูปแบบด้วยแบบแผนการทดลองแบบหนึ่งกลุ่มทดสอบก่อน-หลัง กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 26 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และ 4) ประเมินและยืนยันคุณภาพรูปแบบ รูปแบบที่พัฒนาประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว 2) การเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3) การเสริมสร้างศักยภาพในการจัดการตนเอง และ 4) ความต่อเนื่องในการสนับสนุน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ paired t-test หลังเข้าร่วมรูปแบบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมออกกำลังกาย (33.96±3.09) สูงกว่าก่อนเข้าร่วม (21.38±3.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นจาก 52.22±4.13 เป็น 55.00±4.79 มล./นาที/1.73 ม² ($p = .002$) สมรรถภาพการทำงานของหัวใจและปอดเพิ่มขึ้นจาก 206.15±29.40 เป็น 278.85±32.29 เมตร ($p < .001$) การทรงตัวและความคล่องแคล่วดีขึ้นจาก 30.85±3.07 เป็น 24.81±2.68 วินาที ($p < .001$) สรุปได้ว่า รูปแบบเสริมสร้างแรงจูงใจที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายและชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง; การออกกำลังกาย; แรงจูงใจ; การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม; การชะลอไตเสื่อม

ABSTRACT

This Research aimed to develop and evaluate the effectiveness of a motivation enhancement model for exercise behavior change to slow kidney deterioration in stage 3 chronic kidney disease patients. This research and development study was conducted from April 2022 to July 2023 in. A four-phase research and development study: 1) needs assessment, 2) model development and quality verification, 3) effectiveness evaluation using a one-group pretest-posttest design with 26 purposively selected stage 3 CKD patients, and 4) quality confirmation. The developed model consisted of four components: 1) patient and family participation, 2) motivation enhancement for behavior change, 3) self-management capacity building, and 4) continuous support. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test. **Results:** After participating in the program, mean exercise behavior scores (33.96±3.09) were significantly higher than baseline (21.38±3.42) ($p < .001$). e-GFR increased from 52.22±4.13 to 55.00±4.79 mL/min/1.73 m² ($p = .002$). Cardiopulmonary fitness improved from 206.15±29.40 to 278.85±32.29 meters ($p < .001$). Balance and agility improved from 30.85±3.07 to 24.81±2.68 seconds ($p < .001$). **Conclusion:** The motivation enhancement

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

² โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลื่อม อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

³ โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี

model effectively promoted exercise behavior and slowed kidney deterioration in stage 3 CKD patients and can be used as a guideline for caring for this patient group.

Keywords: chronic kidney disease; exercise; motivation; behavior change; kidney deterioration

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย มีแนวโน้มและทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น การรักษามีต้นทุนทางเศรษฐกิจที่สูง และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรือทำให้คุณภาพชีวิตลดลง จากข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยในปี พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากรหรือประมาณ 8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายสองแสนคน จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นปีละ 7,800 ราย² จากการศึกษา Thai SEEK study พบว่ามีประชากรเพียงร้อยละ 1.9 เท่านั้นที่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง³ โรคไตเรื้อรังเป็นโรคไร้เชื้อเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease, ESRD) ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

จากการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการบำบัดแทนไตจำนวนทั้งสิ้น 7 ราย คิดเป็นอัตราความชุก 162.41 ต่อแสนประชากร โดยมีประวัติโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 3 คน (ร้อยละ 42.86) และโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 4 คน (ร้อยละ 57.14) จากการประเมินภาวะแทรกซ้อนประจำปี พ.ศ. 2565 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ทั้งหมด 410 คน ได้รับการตรวจคัดกรองกลีเซติน 388

คน (ร้อยละ 94.63) พบผู้ป่วยในระยะที่ 3 จำนวน 85 คน (ร้อยละ 21.91)

การออกกำลังกายเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในการรักษาโรคไตเรื้อรัง เมื่อเข้ารับการกำหนดกิจกรรมการออกกำลังกายจากแพทย์และพยาบาล และปฏิบัติตามนั้น จะส่งผลดีต่อระดับความดันโลหิต ลดระดับไขมันในเลือด เพิ่มความสามารถในการออกกำลังกาย ทำให้กล้ามเนื้อเกิดความยืดหยุ่นและมีความแข็งแรงทนทานเพิ่มขึ้น ลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน และยังเป็นกิจกรรมที่ทำให้ลดความเครียดและความวิตกกังวล^{4,5} การออกกำลังกายที่ส่งเสริมความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ที่ความหนักระดับปานกลาง 150 นาที/สัปดาห์ และเพิ่มความหนักจนถึง 300 นาที/สัปดาห์ เป็นเวลา 16 สัปดาห์ ส่งผลให้ค่าคลีเอตินินลดลง และค่าอัตราการกรองของไตดีขึ้น⁶ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ในผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 3 และ 4 พบว่าความดันโลหิตลดลง และการทำงานของไตดีขึ้น⁷

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมที่มีอยู่เป็นโปรแกรมแบบแยกส่วน เฉพาะเจาะจง ยังขาดการบูรณาการเสริมสร้างแรงจูงใจ การจัดการตนเอง และการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมักเป็นการดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง ซึ่งพบข้อจำกัดของความแตกต่างตามบริบทผู้ป่วย สภาพแวดล้อม ชุมชน และรูปแบบการให้บริการที่เป็นอยู่

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 2)

ศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาแบบผสมผสาน ซึ่งเชื่อว่าจะทำให้ได้มาซึ่งโปรแกรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทผู้ป่วย สภาพแวดล้อม ชุมชน และรูปแบบการให้บริการ

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกายเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยประยุกต์จากแนวคิดการพัฒนาหลักสูตรของ Taba (1962) ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน 2565 ถึง กรกฎาคม 2566 พื้นที่ศึกษาคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลื่อม อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ขั้นตอนที่ 1: การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) เวชระเบียนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 26 ฉบับ 2) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 10 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เพศชายและหญิง อายุ 40-65 ปี ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 (e-GFR 30-59 มล./นาที/1.73 ม²) มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ไม่ได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ (น้อยกว่า 150 นาที/สัปดาห์) ไม่มีประวัติเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 3) ผู้ดูแลของผู้ป่วยจำนวน 10 คน

ขั้นตอนที่ 2: การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างในการทดลองนำร่องคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จากพื้นที่ตำบลอื่นจำนวน 10 คน ซึ่งมีเกณฑ์คัดเข้าเหมือนขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 3: การนำรูปแบบไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรค

ไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 26 คน โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ใช้แบบแผนการทดลองแบบหนึ่งกลุ่มทดสอบก่อน-หลัง (One group pretest-posttest design)

ขั้นตอนที่ 4: การประเมินผลและยืนยันคุณภาพกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย กลุ่มตัวแทนผู้ป่วย จำนวน 12 คน และกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง (ผู้ดูแลบุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำชุมชน) จำนวน 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ 1) เครื่องมือในการจัดกิจกรรม 1.1) เครื่องวัดอัตราการเต้นของหัวใจ 1.2) คู่มือการออกกำลังกายเพื่อชะลอไตเสื่อม 1.3) วิดีโอ/โปสเตอร์/แผ่นภาพการออกกำลังกาย 1.4) อุปกรณ์ออกกำลังกาย (ยางยืด) 2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1.1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล 1.2) แบบประเมินโครงสร้างรูปแบบ (ค่า IOC = 0.80-1.00) 1.3) แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ (ค่า IOC = 1.00) 1.4) แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย (ค่า S-CVI = 0.84, ค่า Cronbach's alpha = 0.90) 1.5) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก (eGFR, BMI) 1.6) แบบบันทึกสมรรถภาพทางกาย (การทดสอบเดิน 6 นาที, Timed Up and Go, ความแข็งแรงแรงบีบมือ) 1.6) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม

วิธีการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ

1. ศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วย
2. สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรค และความต้องการการดูแล

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มากำหนดเป็นองค์ประกอบของรูปแบบ 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว
- ประชุมประชาคมหมู่บ้าน 1 ครั้ง (45-60 นาที)

2. การเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจรายบุคคลโดยใช้หลัก A3B2 (20-30 นาที/ครั้ง) ให้ความรู้รายบุคคล 2 ครั้ง (20-30 นาที/ครั้ง) นำเสนอตัวแบบที่ประสบความสำเร็จรายกลุ่ม 1 ครั้ง (30-45 นาที) อภิปรายกลุ่ม เดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง (45-60 นาที/ครั้ง)

3. การเสริมสร้างศักยภาพในการจัดการตนเอง - ฝึกทักษะการออกกำลังกายที่บ้าน 4 ครั้ง (45-60 นาที/ครั้ง)

4. ความต่อเนื่องในการสนับสนุน - เยี่ยมบ้านเสริมพลังโดยใช้แนวคิด Appreciative Inquiry (ทุก 2 สัปดาห์ในเดือนแรก ทุก 3 สัปดาห์ในระยะ 12 สัปดาห์ และทุก 1 เดือนจนครบ 3 เดือน)

โปรแกรมการออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 1-2: ความหนักระดับ 50-60% ของอัตราการเต้นหัวใจ 50 นาที 3 วัน/สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 3-4: ความหนักระดับ 60-70% ของอัตราการเต้นหัวใจ 50 นาที 3 วัน/สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 5-12: ความหนักระดับ 70-75% ของอัตราการเต้นหัวใจ 50 นาที 3 วัน/สัปดาห์ นำร่างรูปแบบไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และทดลองนำร่องในกลุ่มผู้ป่วยจากพื้นที่อื่น 10 คน ระยะเวลา 3 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล นำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 26 คน เก็บข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบ (ภายใน 2 สัปดาห์หลังสิ้นสุดโปรแกรม) โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรม การออกกำลังกาย แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก และแบบบันทึกสมรรถภาพทางกาย

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลและยืนยันคุณภาพ จัดสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวแทนผู้ป่วย 12 คน และกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง 12 คน เพื่อประเมินคุณค่าและความเป็นไปได้ของรูปแบบ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบให้สมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test (ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC 7766

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 26 คน เป็นเพศชาย 14 คน (ร้อยละ 53.8) และเพศหญิง 12 คน (ร้อยละ 46.2) อายุเฉลี่ย 60.33 ± 4.18 ปี ค่าอัตราการเต้นของหัวใจ 79.50 ± 12.14 ครั้ง/นาที ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย $130/73$ มม.ปรอท ดัชนีมวลกาย 26.98 ± 4.05 กก./ม² ระยะเวลาการเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เฉลี่ย 2.00 ± 1.55 ปี โรคเบาหวาน 6.50 ± 7.64 ปี และโรคความดันโลหิตสูง 8.00 ± 6.72 ปี

กระบวนการพัฒนารูปแบบ

1. ผลการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ

จากการศึกษาเวชระเบียน พบว่าผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไต 30-59 มล./นาที/1.73 ม² ร้อยละ 73.07 ดัชนีมวลกาย 25-30 กก./ม² ร้อยละ 76.92 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย พบว่า 1) ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยว่าเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องการหายจากโรค 2) พฤติกรรมเสี่ยงคือ มีการสะสมไขมันในร่างกาย โดยเฉพาะไขมันในช่องท้อง ไม่ชอบการออกกำลังกาย 3) มีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนไตเสื่อม 4) การรับรู้ถึงประโยชน์ในการจัดการตนเองไม่เพียงพอ 5) อุปสรรคที่สำคัญคือ ไม่ทราบวิธีการจัดการตนเองและขาดแรงจูงใจ 6) ต้องการการสนับสนุนจากบุคลากร

ทางสุขภาพ ครอบครัว ผู้นำชุมชน และแกนนำชุมชน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลมองว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย ไม่ทราบถึงความสำคัญของตนเองในการสนับสนุนผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอต่อการให้บุคลากรสุขภาพมาสอนและให้คำแนะนำ

2. ผลการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ 1) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว 2) การเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3) การเสริมสร้างศักยภาพในการจัดการตนเอง และ 4) ความต่อเนื่องในการสนับสนุน

ผลการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิพบว่า ทุกองค์ประกอบของรูปแบบมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.60-5.00) และมีความสอดคล้องกันทุกองค์ประกอบ (ค่า IOC 0.60-1.00) ผลการทดลองนำร่องในกลุ่มผู้ป่วยจากพื้นที่อื่น 10 คน ระยะเวลา 3 เดือน และการประเมินความเป็นไปได้โดยพยาบาลวิชาชีพ 5 ท่านพบว่ารูปแบบมีความเป็นไปได้ มีความเห็นตรงกันว่าสามารถใช้งานได้ง่ายสะดวก และสามารถนำไปใช้งานได้จริง

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบ

3.1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกาย หลังเข้าร่วมรูปแบบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย (33.96±3.09) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมรูปแบบ (21.38±3.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -15.946, p < .001$)

3.2 การเปรียบเทียบอัตราการกรองของไตและดัชนีมวลกาย อัตราการกรองของไต (e-GFR) เพิ่มขึ้นจาก 52.22±4.13 เป็น 55.00±4.79 มล./นาที่/1.73 ม² อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.30, p = .002$) ดัชนีมวลกาย (BMI) เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 26.98±3.87 เป็น 27.05±3.72 กก./ม² อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.19, p < .001$)

3.3 การเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกาย สมรรถภาพการทำงานของหัวใจและปอด (การทดสอบเดินเร็ว 6 นาที) เพิ่มขึ้นจาก 206.15±29.40 เป็น 278.85±32.29 เมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -19.003, p < .001$)

การทรงตัวและความคล่องแคล่ว (Timed Up and Go) ลดลงจาก 30.85±3.07 เป็น 24.81±2.68 วินาที (ซึ่งแสดงว่าทรงตัวและเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.549, p < .001$)

ความแข็งแรงของแรงบีบมือ มือซ้าย เพิ่มขึ้นจาก 15.15±3.99 เป็น 17.77±4.16 กิโลกรัม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.641, p < .001$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายเพื่อชะลอไตเสื่อม ค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต (eGFR) และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI) สมรรถนะทางกาย ก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบฯ หลังเข้าร่วมรูปแบบฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมรูปแบบฯ (n=26)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
อัตราการกรองของไต (eGFR)	52.22	4.13	55.00	4.79	-3.30	.002*
ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI)	26.98	3.87	27.05	3.72	4.19	<.001
การวัดสมรรถภาพการทำงานของหัวใจและปอด (ทดสอบเดินเร็ว 6 นาที)	206.15	29.404	278.85	32.29	-19.003	.000
การวัดการทรงตัวและความคล่องแคล่วเมื่อเคลื่อนไหว Timed Up and Go	30.85	3.068	24.81	2.684	17.549	.000

การวัดความแข็งแรงของแรงบีบมือ: Handgrip strength						
มือข้างขวา	16.92	3.908	15.15	3.997	3.250	.003
มือซ้าย	15.15	3.997	17.77	4.160	-7.641	.000
พฤติกรรมจัดการตนเองในออกกำลังกายเพื่อชะลอไตเสื่อม	21.38	3.419	33.96	3.09	-15.946	.000

ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

4. ผลการประเมินและยืนยันคุณภาพรูปแบบ

จากการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวแทนผู้ป่วยและกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง พบว่า รูปแบบมีคุณค่าและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในกิจกรรมต่างๆ และสามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ ผู้เกี่ยวข้องเห็นว่ารูปแบบสามารถนำไปใช้ได้จริงและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

สรุปอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พัฒนารูปแบบเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกายเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา 4 ขั้นตอน ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดการพัฒนาหลักสูตรของ Taba (1962)⁸ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก และมีระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายและชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

ประสิทธิผลของรูปแบบต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมรูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมออกกำลังกายสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Schaffler et al. (2018) ที่พบว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Lundahl et al. (2013)⁹ ที่พบว่าการนำเทคนิค

Motivational Interviewing ไปใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้เป็นโรคเรื้อรังต่างๆ เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านคลินิกและด้านพฤติกรรมความสำเร็จของรูปแบบในครั้งนี้เกิดจากการบูรณาการหลายแนวคิดเข้าด้วยกัน ได้แก่ แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller และ Rollnick (2013)¹⁰ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจจากภายในในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig และ Holman (2003)¹¹ ที่เน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะ และความเชื่อมั่นในการจัดการตนเอง และแนวคิดการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997)¹² ที่ใช้แหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง ได้แก่ ประสบการณ์จากการลงมือปฏิบัติ การเห็นตัวแบบ การชักจูงด้วยคำพูด และสถานะด้านร่างกายและอารมณ์

ประสิทธิผลของรูปแบบต่ออัตราการกรองของไต ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมรูปแบบอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$) จาก 52.22 ± 4.13 เป็น 55.00 ± 4.79 มล./นาที/1.73 m^2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kiuchi และ Chen (2017) ที่พบว่าการออกกำลังกายที่ส่งเสริมความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ที่ความหนักระดับปานกลาง 150 นาที/สัปดาห์ และเพิ่มความหนักจนถึง 300 นาที/สัปดาห์ เป็นเวลา 16 สัปดาห์ ส่งผลให้ค่าคลีเอตินินลดลง และค่าอัตราการกรองของไตดีขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Aoike et al. (2015)⁷ ที่พบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิก 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ในผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 3

และ 4 พบว่าความดันโลหิตลดลงและการทำงานของไตดีขึ้น การที่อัตราการกรองของไตดีขึ้นอาจเป็นผลมาจากการออกกำลังกายช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด ลดการอักเสบในร่างกาย และปรับปรุงการไหลเวียนของเลือดไปยังไต ทำให้ไตสามารถทำงานได้ดีขึ้น นอกจากนี้ การออกกำลังกายยังช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะไตเสื่อม

ประสิทธิผลของรูปแบบต่อสมรรถภาพ

ทางกาย ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมรูปแบบผู้ป่วยมีสมรรถภาพการทำงานของหัวใจและปอดดีขึ้น การทรงตัวและความคล่องแคล่วดีขึ้น และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Danielle et al. (2014)⁴ และ Rita Huie (2017)⁵ ที่กล่าวว่า การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง เพิ่มการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด ลดการเกิดการอักเสบ และมีโภชนาการที่ดีขึ้น การปรับปรุงสมรรถภาพทางกายมีความสำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพราะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักในผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากนี้ การมีสมรรถภาพทางกายที่ดียังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม

จุดแข็งและข้อจำกัดของการศึกษา จุดแข็งของการศึกษานี้คือ การใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาที่มีขั้นตอนเป็นระบบ โดยศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการจากกลุ่มเป้าหมายจริง พัฒนารูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน มีการตรวจสอบคุณภาพและทดลองนำร่องก่อนนำไปใช้ และมีการประเมินผลอย่างครอบคลุมทั้งด้านพฤติกรรม ผลลัพธ์ทางคลินิก และสมรรถภาพทางกาย นอกจากนี้ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการบูรณาการหลายแนวคิดและมีการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ทำให้มีความยั่งยืน

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ การใช้แบบแผนการทดลองแบบหนึ่งกลุ่มทดสอบก่อน-หลัง ซึ่งไม่มีกลุ่มควบคุม อาจทำให้ไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นผลจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ ระยะเวลาในการติดตามผลเพียง 3 เดือน อาจยังไม่เพียงพอในการประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการศึกษาในพื้นที่เฉพาะ อาจทำให้ไม่สามารถนำผลไปใช้ทั่วไปได้

การศึกษานี้พัฒนารูปแบบเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกายเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ได้สำเร็จ โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา 4 ขั้นตอน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว การเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเสริมสร้างศักยภาพในการจัดการตนเอง และความต่อเนื่องในการสนับสนุน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบมีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรม การออกกำลังกายและชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยหลังเข้าร่วมรูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การออกกำลังกายสูงขึ้น อัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น และสมรรถภาพทางกายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และสอดคล้องกับบริบทของชุมชน สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ

1. พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพที่จะนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ควรผ่านการอบรมเกี่ยวกับเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้าง

แรงจูงใจ การจัดการตนเอง และการเสริมสร้าง
สมรรถนะแห่งตน

2. ควรนำรูปแบบไปผสมผสานกับการดูแล
ที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่าง
ครอบคลุมและต่อเนื่อง

3. ควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ
ครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วย เพื่อสร้าง
แรงสนับสนุนทางสังคมที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ
โดยใช้แบบแผนการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม
เพื่อให้สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้
ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรมีการติดตามผลในระยะยาว (อย่าง
น้อย 6-12 เดือน) เพื่อประเมินความยั่งยืนของการ
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

3. ควรมีการศึกษาความคุ้มค่าทาง
เศรษฐศาสตร์ของรูปแบบ เพื่อประกอบการ
ตัดสินใจในการขยายผลในวงกว้าง

4. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ
ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะอื่นๆ และในบริบท
ของชุมชนที่หลากหลาย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยและครอบครัวทุก
ท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้
ขอบคุณบุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข
และแกนนำชุมชนที่ให้ความช่วยเหลือและ
สนับสนุนในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณ
ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำในการพัฒนา
รูปแบบ และขอบคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านเลื่อมและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
อุดรธานีที่สนับสนุนการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Hill, N. R., Fatoba, S. T., Oke, J. L., Hirst, J. A., O'Callaghan, C. A., Lasserson, D. S., & Hobbs, F. D. (2016). Global prevalence of chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 11(7), e0158765.
2. Tanakidjaru, P. (2015). Situation of chronic kidney disease and kidney replacement therapy in Thailand. *Journal of the Nephrology Society of Thailand*, 21(1), 1-6. [ภาษาไทย]
3. Ingsathit, A., Thakkinian, A., Chaiprasert, A., Sangthawan, P., Gojaseni, P., Kiattisunthorn, K., Ongaiyooth, L., Thirakhupt, P., Domrongkitchaiporn, S., Sritara, P., & Thai SEEK Group. (2010). Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 25(5), 1567-1575.
4. Danielle, L. F., Carmen, T., & João, L. V. (2014). The importance of physical activity in chronic kidney disease. *International Scholarly Research Notices*, 2014, Article 868762.
5. Rita Huie. (2017). Exercise in chronic kidney disease. National Kidney Foundation.
6. Kiuchi, M. G., & Chen, S. (2017). The role of physical exercise in chronic kidney disease. In V. A. Preedy & V. R. Patel (Eds.), *Handbook of famine, starvation, and nutrient deprivation* (pp. 1-16). Springer.
7. Aoike, D. T., Baria, F., Kamimura, M. A., Ammirati, A., de Mello, M. T., & Cuppari, L. (2015). Impact of home-based aerobic exercise on the physical capacity of overweight patients with chronic kidney disease. *International Urology and Nephrology*, 47(2), 359-367.
8. Taba, H. (1962). *Curriculum development: Theory and practice*. Harcourt Brace Jovanovich.
9. Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B. L., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C., & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*, 93(2), 157-168.

10. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.
11. Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
12. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.

กรณีศึกษา การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มกับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

Case study Applying Orem's Theory to Heart Failure Patient Care

(Received: August 15,2023 ; Revised: August 21,2023 ; Accepted: August 23,2023)

ทัตชญา สุนทรามธกร¹

Thatchaya Suntharamethakorn¹

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีปัญหาที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนต่างๆเมื่อกลับไปบ้านผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมส่งผลต่อการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ทฤษฎีของโอเร็มเป็นทฤษฎีทางการพยาบาลในระดับกว้าง ซึ่งเป็นที่รู้จักแพร่หลายในวิชาชีพพยาบาลและมีการนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ทฤษฎีของโอเร็มประกอบด้วย 3 ทฤษฎีหลักที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตนเองได้อธิบายความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองได้กล่าวถึงความไม่สมดุลของความสามารถของบุคคลและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เมื่อบุคคลมีความต้องการมากกว่าความสามารถที่จะกระทำได้อยู่ในภาวะต้องการความช่วยเหลือทางการแพทย์ และทฤษฎีระบบการพยาบาลได้อธิบายถึงการช่วยเหลือปฏิบัติกิจกรรมแทนบุคคลและช่วยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุกของบุคคลนั้นๆ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว คือ การส่งเสริมความสามารถการดูแลตนเอง ซึ่งนอกจากการให้ความรู้ การให้คำแนะนำการเป็นที่ยอมรับและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาแล้ว ยังเป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพกับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการรักษาและดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างเต็มศักยภาพ

คำสำคัญ : ภาวะหัวใจล้มเหลว, การดูแลตนเอง, ทฤษฎีของโอเร็ม

Abstract

Patient with heart failure need continuous care in order to prevent exacerbation and various complication when discharging home. Appropriate knowledge given will help decrease complications and re-admission to the hospital. Self-care should be emphasized and promote self-care ability for proper behavioral adaptation. Orem s self-care theory has been wided used in the nursing profession and this theory has been applied to nursing practice. Orem's self-care theory is composed of three involved theories including self-care theory(the explanation of self-care ability and self-care demand) , self-care deficit (the explanation of imbalance of person s ability and the need of self-care which needs help for nursing) and the theory of nursing system (the explanation of help for a person to be able to continuously self-care in order to maintain life, health, and well being in each person) self-care f0r patients with heart failure is also essential health problem impacting on patients' quality of life. So nurses' role, thus, are important in caring patients with heart failure, specific to health promotion for health care ability. Additional to knowledge given, advice, counseling, inspiring, and co - ordinating for patient who have been already diagnosed with heart failure is crucial for nurses to promote participation for effective treatment and self-care.

Keyword : heart failure, Self- Care, Orem's self-care theory

¹ โรงพยาบาลปากช่องนานา

บทนำ

หัวใจล้มเหลว(Heart Failure) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิก(clinical syndrome) ที่เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้าง(structural)หรือการทำงานของหัวใจ(functional)ของหัวใจ ส่งผลให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงเซลล์เนื้อเยื่อร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ (Metra&Teerlink,2017) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ลิ้นหัวใจผิดปกติ ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง (cardiomyopathy) นอกจากนี้ยังเกิดในภาวะหลังคลอด การได้รับยาเคมีบำบัด หรือได้รับสารพิษหรือสารยาเสพติดที่มีผลต่อกล้ามเนื้อหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ (myocarditis) เป็นต้น (Hayness&Henry,2022)

สำหรับประเทศไทยสาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจอื่นซึ่งรวมภาวะหัวใจล้มเหลว มีจำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000คนเพิ่มขึ้นจาก 4,634 คน (7.1%)ในปี2558เป็น7,605 คน(11.6%)ในปี2562 ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังหากมีการดูแลตนเองที่ไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ต้องกลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วันหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล(Shin&Pina,2017) จากข้อมูลของโรงพยาบาลปากช่องนานา ระหว่างเดือนตุลาคม 2562-กันยายน2565 อัตราการรับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 1 ปีหลังการรักษาครั้งแรกด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวคิดเป็นร้อยละ 8.2 ซึ่งสาเหตุที่สำคัญได้แก่ ภาวะน้ำเกิน ดังนั้นเป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวคือการชะลอความก้าวหน้าของโรคลดสาเหตุชักนำที่ทำให้หัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้นและควบคุมอาการกำเริบของโรค⁴ ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้ผ่านภาวะวิกฤตและมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเองเพื่อคงสภาวะสุขภาพ และช่วยให้มีทักษะในการจัดการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี ไม่เกิดภาวะหัวใจ

ล้มเหลวที่แย่ลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งแนวทางหนึ่งที่น่าจะสามารถช่วยจำกัดความรุนแรงของอาการหรือการกลับเป็นซ้ำ คือ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพราะภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ทั้งระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง จึงต้องอาศัยการดูแลตนเองเป็นสำคัญ ซึ่งทฤษฎีของโอเร็มประกอบด้วย 3 ทฤษฎีหลักที่มีความสัมพันธ์กันคือ 1. ทฤษฎีการดูแลตนเองที่เน้นการกระตุ้นความสามารถในการดูแลตนเองและตอบสนองความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด 2. ทฤษฎีพร่องในการดูแลตนเองที่เกิดจากความไม่สมดุลของความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลกับความ ต้องการดูแลตนเองทั้งหมด และ 3.ทฤษฎีระบบการที่เน้นให้พยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ ความผาสุก และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี แนวทางในการนำเสนอทฤษฎีของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เพราะพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรที่สำคัญและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย การดูแลจะประสบความสำเร็จมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความสามารถของพยาบาลที่จะบูรณาการศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาลมาประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่นำมาเป็นมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ 1.การตรวจประเมิน Echocardiogram 2. การประเมินอาการรุนแรงของโรคกับกิจวัตรประจำวัน 3.การให้ยาตามอาการ เช่น ยาขับปัสสาวะเพื่อลดบวม 4.การใช้ยา กลุ่ม ACEI หรือ ARB และยากลุ่ม Beta block และยากลุ่ม Spironolactone ในผู้ป่วยที่ left ventricular ejection fraction: LVEF<40 % 5.ควบคุมรักษาโรคและปัจจัยเสี่ยง เช่น การให้ยาผู้โรคความดัน

โลหิตสูง, มีระบบส่งต่อโรงพยาบาลมาราชนครราชสีมาเพื่อทำการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) ในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ 6.นัดตรวจติดตามอาการโดยคลินิกเฉพาะทางมีทีมประกอบด้วย cardiologist และทีมสหสาขาเพื่อแนะนำการดูแลตนเองที่เหมาะสมที่บ้าน

ข้อมูลทั่วไป

ชายไทย อายุ 44 ปี รู้สีกตัวดี รูปร่างผอม สถานะโสด อาชีพ รับจ้าง รับการรักษาตั้งแต่ 31 มีนาคม66 ถึง 20เมษายน 2566 นอนพักบนเตียง On HFNC BT 34 flow 40-60L FiO2 0.1-4

อาการสำคัญ

4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลแน่นหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย ไอมีเสมหะ นอนราบไม่ได้

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

10 วันก่อนมาโรงพยาบาล รู้สึกแน่นๆ หน้าอก ใญ่ๆนานครั้ง นอนราบได้แต่ต้องลุกขึ้นมา กลางดึกต่อมามีอาการหายใจหอบเหนื่อยแน่นหน้าอกมากขึ้น จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคหัวใจล้มเหลว 1 ปี รักษาที่โรงพยาบาลปากช่องนานา มาตามนัดทุกครั้ง 1 ปีที่ผ่านมาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการแน่นหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ขาบวม แพทย์วินิจฉัย CHF พิจารณาให้ Admit 4 ครั้ง ปฏิเสธโรคประจำตัวอื่นๆ,โรคติดต่อทางกรรมพันธุ์, อุบัติเหตุร้ายแรง , การผ่าตัด และการแพ้ยา brufen เคยใช้สารเสพติด amphetamine

การประเมินสภาพร่างกาย

ระดับความรู้สึกตัว E4V5M6 รูปร่างผอมเล็ก ผิวเหลือง หายใจหอบ 22-26 ครั้งต่อนาที ไอมีเสมหะสีขาว On HFNC BT 34 flow 40-60L FiO2 0.1-4 อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 102 ครั้งต่อนาทีสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อ

นาที ความดันโลหิต 100/61 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 97 %

การประเมินสภาพจิตใจและสังคม

มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ เศรษฐฐานะที่เปลี่ยนแปลงเนื่องจากผู้ป่วยทำงานไม่ได้มา 1 ปี รวมถึงการที่ต้องพึ่งพิงญาติในเรื่องการดูแลผู้ป่วย

ผลการตรวจรักษา

CBC Hct 36.8 WBC 11.59 cells/cu.mm.Neutrophile 78 %, platelet 485X103 PT(Prothombin Time) 23. 8 se36.8 PTT(Patial Thombin Time) 44 sec.,aPTT ratio 1.60 ,INR 2.42 NT-proBNP >9000 BUN 17.9 Creatinine 0.7 eGFR 115 Na 136 mmol/L K 3.6 mmol/L Cl9.3 mmol/L CO2 29 mmol/L Calcium 8.7 mg/dl Phosphorus3.3 mg/dlMagnesium1.88mg/dl total protein 7.8 g/dl albumin 3.2 g/dl globulin 4.6 g/dl Direct Billirubin 0.59 mg/dl Total bilirubin 1.56 mg/dl SGOT 50 U/L SGPT36 U/L Alkaline phosphatase436 U/L LDH265 U/L, Melliod negative, Sputum AFB 3 day negative, MTB Xpert result not found

ผลการตรวจพิเศษ

EKG: Sinus tachycardia rate 120 ครั้งต่อนาที Nonspecific st-t change Possible left ventricular hypertrophy Possible left atrial enlargement Echocardiogram : HFrEF ,LVEF 15 % Chest X-ray: Plueral effusion +- exudate mass Right hilar

CT chest(12เมย.66) : suspect TB

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก ไอมีเสมหะ นอนราบไม่ได้ แพทย์วินิจฉัย CHF HFrEF u/d DCM with LV thrombus on warfarin+Lasix INR2.42 แพทย์ให้ Bed rest On HFNC BT 34 flow 40-

60L FiO2 0.1-4 พ่นยา Beradual forte NB ทุก 6 ชั่วโมง On DO-Bu-tamine INJ 250 mgAMP, DO-Bu-tamine 250 mg +D5W 125mliv drip 5 mcd/mim fix rate, Furosemide 40 mg V Stat Then ทุก 8 ชั่วโมง off warfarin +Lasix, Regular diet low salt, Restrict fluid < 1000 ml/day on Foley's catheter observe I/O ทุก 8 ชั่วโมง , Spirolactone 25 mg 1X1O pc เข้า ติดตามค่า INR ได้ 3.4,3.4,2.02,1.55 ผู้ป่วยได้รับ Wafarin 3 mg. 1X1O hs จันท์-ศุกร์ ค่า I/O สมดุล Off Foley's catheter ผู้ป่วยยังมีการหายใจหอบ

เมื่อมี activity On Oxygen Canular 4 ลิตรต่อ นาทีกว่า Chest X-ray มี Plueral effusion +- exudate mass Right hilar ผล CT Chest: suspect TB แพทย์ วินิจฉัย TB Pleura Start การ รักษา TB 2IRE/7IR ติดตามผล LFT และChest X-ray ดีขึ้น หลังจากได้รับการดูแลรักษาผู้ป่วยนอน โรงพยาบาล 20 วัน จึงจำหน่ายกลับบ้าน มีนัด TB Clinic , Cardio Clinic 1 สัปดาห์

กิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ปริมาตรเลือดที่ส่งออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง เนื่องจากการบีบตัวของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ S: ผู้ป่วยบอกเหนื่อย หายใจไม่สะดวก O: ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบ 22-26 ครั้งต่อนาที ผล Chest X-ray พบ Pleural effusion Lung Decrease Breath sound at Lt lung มีเสียง Creptitation สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 104/66 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 97 % , Capillary Refill มากกว่า 2 วินาที วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีเพียงพอที่จะไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆของร่างกาย เกณฑ์การประเมินผล 1.ระดับความรู้สึกตัวปกติ E4V5M6 สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 90/60-139/89 มิลลิเมตรปรอท 2.อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60-139/89 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว > 94 %	กิจกรรมการพยาบาล 1.ติดตามประเมินอาการ อาการแสดงของภาวะเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว สีผิวซีดเย็น ความชัดเจนสม่ำเสมอของชีพจรส่วนปลาย ความอุ่นของปลายมือ ปลายเท้า ทดสอบ Capillary Refill 2.ดูแลให้ได้รับออกซิเจน On HFNC BT 34 flow 40-60L FiO2 0.1-4 3.ดูแลให้ยาขับปัสสาวะ Furosemide 40 mg. และ DO-Bu-tamine INJ 250 mgAMP, DO-Bu-tamine 250 mg +D5W 125mliv drip 5 mcd/mim fix rate ตามแผนการรักษา 4.จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 30-60 องศา จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบและปลอดภัย 5.ดูแลให้รับประทานอาหารจัด หรือมีเกลือโซเดียมน้อยกว่า 4 กรัมต่อวัน 6.ควบคุมปริมาณน้ำดื่มให้น้อยกว่า 1,000 มิลลิลิตรต่อวัน 7.บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออก ทุก 8 ชั่วโมง หากพบปริมาณปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบ การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจหอบลดลง 22 ครั้งต่อนาที ฟังเสียงปอด Lung Decrease Breath sound at Lt lung มีเสียง Creptitation Decrease Breath sound อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22

3.เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ Capillary Refill น้อยกว่า 2 วินาที 4.Urine out put 0.5-1cc/kg/hr	ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60-100/60 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 98 % Capillary Refill 2 วินาที ยังมีไอห่าๆเสมหะสีขาว
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่2 เสี่ยงต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงระบบไหลเวียนในปอด จากการบีบตัวของหัวใจผิดปกติ ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบอกว่าหายใจลำบาก แน่นหน้าอก O : หายใจหอบ 22 ครั้งต่อนาที Lung Decrease Breath sound at Lt lung มีเสียง Crepitation Chest X-ray พบ Plural effusion Echocardiogram : HFrEF ,LVEF 15 % ผลCT: Suspect TB แพทย์วินิจฉัย CHF HFrEF u/d DCM with LV thrombus , TB วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอที่จะเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย เกณฑ์การประเมินผล 1.ระดับความรู้สึกตัวปกติ E4V5M6 สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 90/60-139/89 มิลลิเมตรปรอท 2.อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้งต่อนาที ชีพจรส่วนปลายแรงชัดเจน อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว ≥ 95 % 3.ไม่มีอาการหายใจลำบาก ไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที 4.ไม่มีภาวะ Cyanosis ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 95-100 % 5.เสียงหายใจปกติ Lung Clear	กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เช่น ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง กระสับกระส่าย หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียวริมฝีปากเขียว มี Cyanosis หดสติ เป็นต้น พร้อมทั้งประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง 2.บันทึกและสังเกตอาการแสดงที่ว่ามีปริมาณสารน้ำในร่างกายมากกว่าปกติ และรายงานแพทย์ทันทีถ้าพบความผิดปกติต่อไปนี้เป็นคือ มีอาการกระสับกระส่ายหรือเหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้ ฟังเสียงปอดมีเสียงผิดปกติ คือ Crepitation เมื่อนอนศีรษะสูง45 องศา เส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง (Neck Vein Engorged) ไอมีเสมหะสีชมพู 3.กำหนดระดับการมีกิจกรรมของผู้ป่วย bed rest เพื่อลดความต้องการการใช้ออกซิเจน จัดให่นอนในท่า semi หรือ fowler's position 30-45 องศา เพื่อช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซพร้อมทั้งให้คำแนะนำผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะ 4.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา On HFNC BT 34 flow 40-60L FiO2 0.1-4 เพื่อป้องกันภาวะ Hypoxemia 5.สอนผู้ป่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ และกระตุ้นให้อย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินผล ระดับความรู้สึกตัวปกติ E4V5M6 หายใจหอบลดลง สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 113/88 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 97 % ไม่มี Cyanosis ฟังเสียงปอด ช่างซ้ายมีเสียง Crepitation ช่างขวา Clear ขึ้น ไอห่าๆ เสมหะสีขาว ไม่มีอาการแน่นหน้าอก ปลายมือปลายเท้าอุ่น
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่3 มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากความบกพร่องในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจจากการมีภาวะหัวใจล้มเหลว ข้อมูลสนับสนุน	กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินการหายใจ เช่นหายใจเร็ว, หายใจลำบาก ,นอนราบไม่ได้ และสังเกตอาการไอเสมหะเป็นฟองสีชมพู ฟังเสียงปอด เช่น Crepitation , Wheezing

S: ผู้ป่วยบอกว่า เหนื่อยเพลีย ให้ประวัติแน่นหน้าอก นอนราบไม่ได้ ก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง O: ผล Chest X-ray พบ Pleural effusion Lung Decrease Breath sound at Lt lung มีเสียง Creptitation หายใจ 22-24 ครั้งต่อนาที แพทย์วินิจฉัย CHF วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสมดุลของสารน้ำในร่างกาย เกณฑ์การประเมินผล 1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 90/60-139/89 มิลลิเมตรปรอท 2. อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60-139/89 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว $\geq 95\%$ 3. ไม่มีภาวะ Cyanosis ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 95-100 % 4. ไม่มีอาการหายใจลำบาก ไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที 5. เสียงการหายใจปกติ Lung Clear เส้นเลือดดำที่คอไม่โป่งพอง (Neck Vein Engorged) 6. Electrolyte, BUN, Cr อยู่ในเกณฑ์ปกติ BUN=7.9-20.2mg/dl, Cr=0.6-1.3 mg/dl K=3.5-5.0 mmol/L Na=135-150 mmol/L Cl = 95-112 mmol/L , CO₂=22-32 mmol/L 7. ผล Chest X-ray ปอดปกติไม่มีภาวะน้ำคั่งในปอด หรือ improve ขึ้นจากเดิม	2. ประเมินอาการบวมบริเวณแขนขา ก้นกบ รอบกระบอกตา อย่างน้อยทุกแควร์ เส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง (Neck Vein Engorged) 3. ชั่งน้ำหนักวันละ 1 ครั้ง 4. จัดให้ออกซิเจนสูง 30-45 องศา 5. ดูแลให้ HFNC BT 34 flow 40-60L FiO₂ 0.1-4 ตามแผนการรักษา 6. จำกัดน้ำ <1000 มิลลิลิตรต่อวัน ตามแผนการรักษา 7. จำกัดโซเดียมในอาหารและเครื่องดื่มตามแผนการรักษา 8. ให้อาตามแผนการรักษา Lasix 40 mg V ทุก 8 ชั่วโมง ติดตามผลตรวจ Electrolyte หลังได้รับยาขับปัสสาวะ 9. บันทึก Urine out put ทุก 8 ชั่วโมง Keep 0.5-1cc/kg/hr การประเมินผล ระดับความรู้สึกตัวปกติ E4V5M6 หายใจหอบลดลง สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/68 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีภาวะ Cyanosis ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 96 % ฟังเสียงปอด ข้างขวามีเสียง Clear เล็กน้อย ข้างซ้าย Creptitation Intake 900 มิลลิลิตร Output 1,200 มิลลิลิตรต่อแควร์ I/O negative 300 มิลลิลิตรต่อวัน ไอห่างมีเสมหะสีขาวลดลง น้ำหนักลดลง 2.5 กิโลกรัม จากวัน Admit ไม่มีเส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง (Neck Vein Engorged) ผล Electrolyte , BUN/Cr BUN=20.8mg/dl, Cr=0.8 mg/dl K=3.9 mmol/L Na=135 mmol/L Cl = 92 mmol/L , CO₂=28 mmol/L ผล Chest X-ray Pleural effusion ลดลง ผู้ป่วยอาการทุเลา เปลี่ยนจากให้ HFNC BT 34 flow 40-60L FiO₂ 0.1-4 ในเวลา 3 วัน เป็นให้ออกซิเจน canular 4 ลิตรต่อนาที
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลงเนื่องจากมีพยาธิสภาพการติดเชื้อที่ปอด ข้อมูลสนับสนุน S : ไอมีเสมหะสีขาว แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม O: Chest X-ray พบ Pleural effusion CT chest (12 เมย.66) : suspect TB ฟัง Lung Decrease Breath sound at Lt lung มีเสียง	กิจกรรมการพยาบาล 1. จัดทำอนาศิริษะสูงเพื่อให้กะบังลมเคลื่อนต่ำลง ปอดขยายตัวได้เต็มที่เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ 2. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงเพื่อช่วยลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรม ช่วยลดอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย 3. สอนและสาธิตการหายใจเข้าออกลึกๆและช้าๆและปฏิบัติทุก 1-2 ชั่วโมง ส่งเสริมให้ถูกลมปอดขยายตัวอย่างเต็มที่

Crepitation หายใจ 22-24 ครั้งต่อนาที วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ได้รับออกซิเจนเพียงพอ เกณฑ์การประเมินผล 1.ไม่มีอาการของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว 2. อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ลักษณะการหายใจปกติไม่มีการหายใจเร็ว แรง ลึก 3.ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว $\geq 95\%$ 4.ทางเดินหายใจโล่งไม่มีเสมหะ	แลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีขึ้นและ/หรือให้ผู้ป่วยหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม 4.สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพลดการคั่งค้างของเสมหะที่ปอดทำให้ปอดขยายตัวเพิ่มขึ้น 5.เฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจนโดยติดตามสัญญาณชีพ ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้วทุก 2-4 ชั่วโมง 6.ดูแลให้ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ เช่น การตรวจเสมหะ, Chest X-ray , CT Chest การประเมินผล 1.ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว 2.อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 18-22 ครั้งต่อนาที ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีการหายใจเร็ว แรง ลึก 3.ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 96-98 % 4.ไอต่างๆ ขับเสมหะออกได้เอง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบอกว่าไอห่ามีเสมหะสีขาว และเหนื่อยมากหลังไอ O: ผล Chest X-ray พบ Pleural effusion CT chest(12 เมย. 66) : suspect TB วัตถุประสงค์ ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น เกณฑ์การประเมินผล 1.ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องทั้งขณะนอนโรงพยาบาลและกลับบ้าน 2.ไม่มีญาติและบุคลากรผู้ดูแลติดเชื้อเพิ่ม	กิจกรรมการพยาบาล 1.อธิบายเหตุผลและแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัย(Face mask) ที่ถูกต้องตลอดเวลาระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลและในชุมชน 1 เดือน หลังวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคแล้ว 2.ดูแลให้การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างปลอดภัยไม่มีการแพร่กระจายเชื้อ เมื่อต้องไปแผนกอื่นๆ 3.บ่งชี้สื่อสารการเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อแก่ทีมสุขภาพโดยมีการสื่อสารกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ 4.แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคโดยให้หลีกเลี่ยงการคลุกคลีใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัวไม่ควรพักร่วมห้องกับผู้อื่นเป็นเวลา 1 เดือน นับตั้งแต่เริ่มรับประทานยารักษาวัณโรคและควรอยู่ในห้องที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก หลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่ที่มีคนแออัด 5.ส่งเสริมการรับประทานยาวัณโรคให้ถูกต้อง ตรงเวลาและครบชนิดและถูกขนาดอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน ให้ข้อมูลการไม่พึงประสงค์และการจัดการอาการรบกวน 7.อธิบายผลดีของการมาตรวจตามนัดและอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ การประเมินผล 1.ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องทั้งขณะนอนโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน 2.ไม่มีรายงานบุคคลในครอบครัว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยวิตก

กังวลเนื่องจากพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมเมื่อกลับบ้าน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “ปีนี้เข้าออกนอนโรงพยาบาล 5 ครั้งแล้ว งานการก็ไม่ได้ทำ ทำไม่ไหว ไม่มีแรง เกรงใจน้องต้องมาเป็นภาระดูแลตัวเอง อีกนานไหมจะหายป่วย อากาศร้อนมากๆ ตื่นน้ำตามหอนะ นำไม่ได้นะ แต่จะพยายาม”

น้องสาวผู้ป่วยบอกว่า “ผู้ป่วยมีนิสัยเอาแต่ใจตัวเอง ไม่ทำตามคำแนะนำที่หมอและพยาบาลบอก ต้องการให้ผู้ช่วยอาการดีขึ้น เวลาที่มีผู้ป่วยอาการเห็นแล้วสงสาร”

O: จากการสังเกตการณ์ปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเมื่ออยู่โรงพยาบาลจะปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง แต่จะ Re-admit จากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในเรื่องการจำกัดน้ำ การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การรับประทานยาตามแผนการรักษา การสังเกตอาการผิดปกติ

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม
2. วางแผนการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเรมเพื่อลดการ Re-admit

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องการรับประทานอาหารและน้ำอย่างเหมาะสม
2. ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการรับประทานยาสามารถรับประทานยาตรงเวลาและถูกต้อง
3. ผู้ป่วยสามารถประเมินภาวะน้ำเกินโดยชั่งน้ำหนักตนเองและจดบันทึกทุกวัน
4. ผู้ป่วยสามารถสามารถสำรวจอาการผิดปกติของตนเองได้ถูกต้อง
5. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกอาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการกำเริบภาวะหัวใจล้มเหลวและจะรีบมาโรงพยาบาลทันที
6. ผู้ป่วยรู้และสามารถออกกำลังกายได้ถูกต้องเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

ประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเรม เกี่ยวกับทฤษฎีระบบการที่เน้นให้พยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ ความสำเร็จ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี แนวทางในการนำเสนอทฤษฎีของโอเรมมาประยุกต์ใช้ในการดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

1. สอดถามผู้ป่วยเกี่ยวกับอาหารมีผู้ป่วยบริโภคเป็นประจำและให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง
2. เน้นผู้ป่วยเรื่องการชั่งน้ำหนักและจดบันทึกทุกวัน
3. สร้างความเชื่อให้กับผู้ป่วยเรื่องการติดตามและปฏิบัติตามแผนการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นโดยให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความตระหนัก
4. เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวางแผนการรักษาและการดูแลตนเอง เช่น หาวิธีการในการป้องกันการล้มรับประทันยา
5. ให้เวลากับผู้ป่วยในการพูดคุยเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นก่อนแพทย์มาตรวจเยี่ยม
6. วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม
7. พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษาและคำแนะนำที่ผู้ป่วยได้รับสู่ชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความเข้าใจสามารถปรับพฤติกรรมได้ในเรื่องการงดอาหารรสเค็ม เรื่องจำกัดปริมาณน้ำดื่มได้ 1,000 มิลลิลิตรต่อวัน ชั่งน้ำหนักทุกวันและจดบันทึกลงสมุด รับประทานยาตรงเวลา สามารถบอกอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้ถูกต้อง หลังจากให้การดูแลผู้ป่วย 20 วัน ผู้ป่วยและญาติมาตรวจตามแพทย์นัด ไม่ได้มา Re-admit ด้วยเรื่องการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ตั้งแต่วันที่ 20 เดือนเมษายน 2566 ถึงปัจจุบัน จากการสอบถามและสังเกตจากทีม Cardiol Clinic ที่ แผนกผู้ป่วยนอกประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร รวมถึงน้องสาวผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง ญาติมีสีหน้าสดใส พึงพอใจ

7.ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้ายิ้มแย้ม พุดคุยกับพยาบาลที่ดูแลอย่างเป็นกันเอง 8.ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการจัดการกับอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวได้หากเกิดขึ้นที่บ้าน 9.ผู้ป่วยไม่Re-Admit ภายใน 28วัน จากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง	

สรุป

ทฤษฎีของโอเร็มเป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง ความบกพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งเกิดจากความสามารถไม่เพียงพอที่จะกระทำการดูแลที่จำเป็นทั้งหมดของตนเองได้ ระบบการพยาบาลจึงเข้าไปช่วยเหลือดังเช่นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบ

แผนการดำเนินชีวิตได้ จนเกิดความบกพร่องในการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องของตนเองด้วยวิธีกระทำให้ การชี้แนะ การสอน การสนับสนุน และส่งเสริมผู้ป่วย เพื่อรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ความผาสุก และคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข , กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพกองยุทธศาสตร์และแผนงาน . (2565). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2565. สืบค้น 1 มกราคม 2566, จาก<https://dohdatacenter.anamai.moph.go.th/Coverpage/fb2723a02584215397a686fd4f49b39a.pdf>
- ชานนท์ มหารักษ์. (2562). อัตราตายและอัตราการเข้ารักษาซ้ำของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ในโรงพยาบาลพังงา. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11, 33(2),311-325
- ปิยภัทร ชุณหวิทย์, อธิภัทร ยิ่งชนม์เจริญ, และรพีพล ภูษธร ณ ออยุธยา. (บ.ก.). (2562). แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ. 2562 (พิมพ์ครั้งที่1).สมุทรปราการ เนคสเทป ดีไซน์
- รพีพรณ อภิรมรัตน์. (2560). การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลโรคหัวใจ และทรวงอก, 28(2), 2-15.
- รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, และอรินทยา พรหมมินธิกุล. (2558). คู่มือการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแบบบูรณาการ Comprehensive Heart Failure Management Programe (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: คอนเซ็ปเมดิคส์.
- เรวัตร พันธุ์กิ่งทองคำ. (2559). บทที่ 4 Acute heart failure. ใน รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์ เรวัตร พันธุ์กิ่งทองคำ, ณัฐวุฒิ วงษ์ประภากรณ์, และอดิศักดิ์ มณีไสย์ (บ.ก.), Cardiac emergencies (2nd ed.) (น . 75-101) .นนท์บุรี:ม.ป.ท.
- วิชราพร เขยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : แนวคิดและการประยุกต์สู่ การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารแพทยนาวิ 44(3), 183-197.

ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Factors Associated with Mortality in Severe Traumatic Brain Injury Patients at King Narai Hospital

(Received: August 15,2023 ; Revised: August 21,2023 ; Accepted: August 23,2023)

ณัฐพงษ์ สุวรรณศิริโชค¹
Nattapong Suwansirichok¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ศึกษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2565 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรงที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จำนวน 318 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) และการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติก (Multiple logistic regression)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 216 คน (ร้อยละ 67.92) อายุ 31-45 ปี จำนวน 204 คน (ร้อยละ 64.16) สาเหตุของการบาดเจ็บจากจราจรทางบก จำนวน 198 คน (ร้อยละ 62.26) ลักษณะทางคลินิกพบว่าได้รับการวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็นเลือดออกเยื่อหุ้มสมองชั้นเหนือดุมรา จำนวน 187 คน (ร้อยละ 58.81) และมีลักษณะของการบาดเจ็บแบบกระแทก จำนวน 193 คน (ร้อยละ 60.69) ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี (OR=9.71, 95%CI 7.48 – 11.54, p<0.001) การไม่ได้นำส่งโดย EMS (OR=2.95, 95%CI 1.08 – 4.29, p<0.001) การดื่มแอลกอฮอล์ (OR=4.31, 95%CI 2.32 – 8.01, p<0.001) การไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกัน (OR=2.06, 95%CI 1.17 – 2.38, p<0.001) และการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด ≥ 750 มิลลิลิตร (OR=12.71, 95%CI 3.64 – 95.67, p<0.001)

คำสำคัญ : ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรง, การเสียชีวิต

Abstract

This study was retrospective study aimed to explore the factors associated with mortality in severe traumatic brain injury (TBI) patients at King Narai hospital. Conducted between 1 October 2018 to 30 September 2022. The purposive sampling technique was used following criteria which included 318 severe traumatic injury patients who diagnosed and received treatment at King Narai hospital. The instruments of this study were case record form. Data analysis was performed using descriptive statistics and multiple logistic regression.

The study found that the majority of participants were male (n=216, 69.72%), the age ranged from 31-45 years (n=204, 64.16%) and the leading causes of road traffic injury (n=198, 62.26%). The clinical characteristics were diagnosed with epidural hematoma (n=208, 58.81%), and blunt trauma (n=193, 60.69%). Factors associated with mortality in severe TBI patients were age > 60 years (OR=9.71, 95%CI 7.48 – 11.54, p<0.001), without EMS transport to hospital (OR=2.95, 95%CI 1.08 – 4.29, p<0.001), Consumed alcohol (OR=4.31, 95%CI 2.32 – 8.01, p<0.001), without wearing safety devices (OR=2.06, 95%CI 1.17 – 2.38, p<0.001), and surgical blood loss ≥ 750 ml (OR=12.71, 95%CI 3.64 – 95.67, p<0.001).

Keywords: Traumatic Brain Injury, TBI, Mortality

¹ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทนำ

จากสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนน ปี พ.ศ. 2563¹ โดยองค์การอนามัยโลก หรือ WHO พบว่า การบาดเจ็บและสูญเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยทั่วโลกมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 18 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน และประเทศไทยมีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงเป็นลำดับที่ 9 ของโลกและมีประมาณการผู้เสียชีวิตอยู่ที่ 32.7 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (60 คนต่อวัน) คิดเป็นจำนวนเฉลี่ยปีละ 22,491 คน เป็นประเทศที่มีผู้เสียชีวิตสูงที่สุดอันดับหนึ่งในเอเชียและในอาเซียน และจากข้อมูลสถิติจากกระทรวงคมนาคม พบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 8,366 ราย เสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุจำนวน 4,187 คน (ร้อยละ 50.05) และเสียชีวิตที่โรงพยาบาล 4,179 คน (ร้อยละ 49.95) และข้อมูลการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการขนส่งทางบกที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น (อปท) พบว่าในปี พ.ศ. 2563 มีผู้บาดเจ็บ 70,972 ราย เสียชีวิต 3,426 ราย ค่ารักษา 1,644 ล้านบาท และจำนวนผู้ป่วยในที่นอนรักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุมีจำนวนร้อยละ 65 ซึ่งการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุตายที่สำคัญที่สุดของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกประเภท ซึ่งการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head injury) เกิดจากศีรษะได้รับแรงกระทำจากภายนอกจนเกิดความกระทบกระเทือนต่อสมอง โดยความรุนแรงของการบาดเจ็บสามารถแบ่งเป็น 3 ระดับโดยสัมพันธ์กับระดับความรู้สึกตัวได้แก่ ระดับความรุนแรงมาก (Severe Head injury) ระดับความรุนแรงปานกลาง (Moderate Head injury) และระดับความรุนแรงน้อย (Mild Head injury) โดยมีระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score, GCS) 3-8, 9-12 และ 13-15 ตามลำดับ จึงนับได้ว่าการบาดเจ็บทางถนนเป็นปัญหาสำคัญของ

ประเทศทั้งในประเด็นจำนวนผู้บาดเจ็บ อัตราการเสียชีวิต และค่าใช้จ่ายในการรักษา

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 536 เตียง รับผู้ป่วยทั้งภายในจังหวัดที่รับผิดชอบ และที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลเครือข่าย มีแพทย์ศัลยประสาทจำนวน 3 ท่าน จากสถิติของโรงพยาบาล พบผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2562-2564 มีจำนวน 918, 933 และ 1,023 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นทุกปี² มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 8.06, 7.29 และ 7.43 ตามลำดับ มีค่ารักษาที่เกิดจากการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้เฉลี่ยสูงสุด 235,689 บาทต่อราย ซึ่งจากการศึกษาอัตราและระยะเวลาการรอดชีพของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง โดยมีการศึกษาในประเทศได้หวั่นพบว่าผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีพในช่วงที่รักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย ร้อยละ 74.5 และมีอัตราการรอดชีพในระยะเวลา 1, 3 และ 5 ปี เฉลี่ยร้อยละ 67.3 61.1 และ 57.8 ตามลำดับ โดยมีค่ามัธยฐานระยะเวลารอดชีพเท่ากับ 28 เดือน และมีการศึกษาการรอดชีพของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะระหว่างการนำส่งด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ (เฮลิคอปเตอร์) และภาคพื้นดิน (รถฉุกเฉิน) ที่พบว่า การนำส่งผู้ป่วยด้วยเฮลิคอปเตอร์จะเพิ่มโอกาสของการรอดชีพได้มากกว่าการนำส่งภาคพื้นดิน (OR=1.81, 95%CI=1.64-2.00) ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลอัตราและระยะเวลาการรอดชีพของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะที่ชัดเจน และไม่สามารถนำข้อมูลการวิจัยของต่างประเทศมาเปรียบเทียบกับของประเทศไทยได้ เนื่องจากบริบททั้งด้านภูมิศาสตร์ สังคมและเศรษฐกิจมีความแตกต่างกัน

จากสภาพปัญหาดังกล่าวจึงเป็นที่มาของการศึกษานี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรง เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มบาดเจ็บศีรษะ และพัฒนาแนวทางในการวางแผนมาตรการลดอัตราการเสียชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง
(Retrospective study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2565 จำนวน 3,831 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2565 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์

เกณฑ์การคัดเข้า

1. อายุ 15 ปี ขึ้นไป
2. บาดเจ็บศีรษะระดับความรุนแรงมาก (Severe Head injury)
3. เข้ารับการรักษาเป็นแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
4. ผู้ป่วยที่เสียชีวิต เพราะบาดเจ็บที่สมองรุนแรงเป็นสาเหตุหลัก

เกณฑ์การคัดออก

1. บาดเจ็บศีรษะระดับความรุนแรงปานกลาง (Moderate Head injury) และระดับความรุนแรงน้อย (Mild Head injury)
2. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากระบบอื่นที่เกิดร่วม เช่น blunt abdomen
3. ผู้ป่วยที่ส่งตัวมาถึงแล้วอาการไม่คงที่ไม่ได้ทำ CT brain แล้วเสียชีวิตไปก่อนที่จะทราบการวินิจฉัย
4. การลงบันทึกในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 318 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประกอบด้วย สถานะข้อขี้ สาเหตุของการบาดเจ็บ ลักษณะของการบาดเจ็บ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการนำส่งก่อนถึงโรงพยาบาล ประกอบด้วย นำส่งด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และระยะเวลาการนำส่ง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง ประกอบด้วย การรับประทานเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุทางการจราจร การใช้ยาที่มีฤทธิ์ต่อระบบประสาท

ส่วนที่ 5 ข้อมูลทางคลินิกและการรักษา ประกอบด้วย ระดับความรู้สึกตัว (GCS) ชนิดการผ่าตัด ระดับความเข้มข้นของเลือดก่อนผ่าตัด ระดับความเข้มข้นของเลือดหลังผ่าตัด การสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด (มิลลิลิตร) การให้เลือดเฉื่อยต่อราย (ยูนิต) สถานะการจำหน่าย จำนวนวันนอนและค่ารักษาพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ได้เท่ากับ 0.89 และความเชื่อมั่นโดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha-coefficient) ของครอน-บาคเท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลแจกแจงทดสอบโดย Chi-square, Fisher exact test ข้อมูลต่อเนื่องเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มใช้สถิติ t-test และสหสัมพันธ์ถดถอย Logistic regression มีค่า

นัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ในการวิเคราะห์ปัจจัยร่วมทำนาย

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 216 คน (ร้อยละ 67.92) อายุ 31-45 ปี จำนวน 204 คน (ร้อยละ 64.16) การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็น Epidural hematoma จำนวน 187 คน (ร้อยละ 58.81) สถานะเป็นผู้ขับขี่จำนวน 208 คน (ร้อยละ 65.41) สาเหตุของการบาดเจ็บส่วนใหญ่ Motorcycle Accident จำนวน 198 คน (ร้อยละ 62.26) ลักษณะของการบาดเจ็บเป็น Blunt trauma จำนวน 193 คน (ร้อยละ 60.69)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรง เมื่อศึกษาแบบปัจจัยเดียว พบว่า อายุ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้อุปกรณ์ป้องกัน นำส่งด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน Hct ก่อนผ่าตัด Hct หลังผ่าตัด การสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด และการให้เลือดเฉลี่ยต่อราย มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1) เมื่อศึกษาควาระหลายปัจจัย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ มากกว่า 60 ปี การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกัน การนำส่ง EMS การสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรง

ปัจจัย	กลุ่มรอดชีวิต (n-286)	กลุ่มเสียชีวิต (n-32)	Crude OR	95% CI	p-value
เพศ					
ชาย	194	22	1.00		
หญิง	92	10	1.38	0.17-3.33	0.346
อายุ					
15-30 ปี	61	18	1.00		
31-45 ปี	196	8	1.12	1.10-1.37	0.001*
46 ปี ขึ้นไป	29	6	1.38	1.19-1.88	0.003*
การดื่มแอลกอฮอล์					
ไม่ดื่ม	168	10	1.00		
ดื่ม	118	22	3.47	2.58-11.03	0.001*
การใช้อุปกรณ์ป้องกัน					
ใช้	184	18	1.00		
ไม่ใช้	102	14	4.92	3.44-9.87	0.000*
การใช้ยา					
ใช้	34	6	1.00		
ไม่ใช้	252	26	0.93	0.92-1.03	0.053
สถานะขับขี่					
ผู้ขับขี่	187	21	1.00		
ผู้โดยสาร	99	11	1.14	0.84-1.17	0.217
สาเหตุของการบาดเจ็บ					

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรง

ปัจจัย	กลุ่มรอดชีวิต (n-286)	กลุ่มเสียชีวิต (n-32)	Crude OR	95% CI	p-value
อุบัติเหตุทางถนน	261	19	1.00		
การหกล้ม/ถูกทำร้ายร่างกาย/ตกที่สูง	25	13	0.95	0.94-2.76	0.184
ลักษณะของการบาดเจ็บ					
Blunt trauma	175	18	1.00		
Penetrating	87	8	1.16	1.00-3.74	0.056
Blunt and penetrating	24	6	0.98	0.96-4.62	0.079
นำส่งด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน					
นำส่งโดย EMS	174	13	1.00		
ไม่ได้นำส่งโดย EMS	112	19	2.87	1.16-5.24	0.002*
ระยะเวลาการนำส่ง					
น้อยกว่า 1 ชั่วโมง	178	14	1.00		
1 ชั่วโมงขึ้นไป	108	18	3.02	0.97-1.45	0.328
Hct ก่อนผ่าตัด					
≤30%	28	5	1.00		
>30%	258	27	2.89	1.17-2.39	0.002*
Hct หลังผ่าตัด					
≤30%	97	10	1.00		
>30%	189	22	1.53	1.14-8.31	0.003*
การสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด					
<750	43	27	1.00		
≥750	243	5	11.74	3.72-92.74	0.000*
การให้เลือดเฉลี่ยต่อราย					
0	198	17	1.00		
1-2 ยูนิต	64	9	1.34	1.48-2.39	
3-4 ยูนิต	24	6	1.11	1.04-3.39	0.048*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.05)

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ปัจจัย	OR _{adj}	95% CI	p-value
อายุมากกว่า 60 ปี	9.71	7.48-11.54	0.001*
การไม่ได้นำส่งโดย EMS	2.95	1.08-4.29	0.002*
การดื่มแอลกอฮอล์	4.31	2.32-8.01	0.000*
การไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกัน	2.06	1.17-2.38	0.000*
การสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด ≥750 ml	12.71	3.64-95.67	0.005*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.05)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 10.06 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ คือ อายุ การนำส่งโดย EMS การตี้มแอลกอฮอล์ การใช้อุปกรณ์ป้องกัน และ การสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด ≥ 750 ml ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมบูรณ์ บุญกิตติชัยพันธ์ (2564)³ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Alagoz F และคณะ (2017)⁴ ที่อายุ การบาดเจ็บร่วม ระยะเวลาจากจุดเกิดเหตุจนถึงการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เป็นปัจจัย (predictive factor) ที่มีผลต่อการเสียชีวิต

อายุ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีอายุ 15-30 ปี พบว่า กลุ่มผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสเสี่ยงเสียชีวิต 9.71 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Harrison-Felix (2012)⁵ ทำการศึกษาการรอดชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง โดยมีความเสี่ยงการเสียชีวิต 1.06 (95%CI: 1.04-1.08) ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยในกลุ่ม 15-24 ปี และสอดคล้องกับการศึกษาของ R. Haring (2015) ที่ทำการศึกษาก่อนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง โดยผู้ป่วยในกลุ่มที่มีอายุ 70-74 ปี มีโอกาสเสี่ยงเสียชีวิต Adjusted OR = 1.19 (95% CI: 1.12-1.27) การไม่ได้นำส่งโดย EMS มีโอกาสการเสียชีวิตที่ 2.95 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tuma M. (2014)⁶ ที่ทำการศึกษาก่อนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง พบว่าการนำส่งโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีโอกาสดำเนินชีวิตน้อยกว่าผู้ป่วยที่ถูกนำส่งเอง เนื่องจากการนำส่งโดย EMS มีบุคลากรที่มีความรู้ในการช่วยเหลือ อุปกรณ์ที่ครบถ้วนพร้อมให้การช่วยเหลือ ผู้ที่ได้รับการบาดเจ็บรุนแรงจึงได้รับการช่วยเหลือ ได้แก่ ใส่ท่อช่วยหายใจได้เร็วส่งผลต่อ

การได้รับออกซิเจนของสมอง และได้รับการแก้ไขการบาดเจ็บเบื้องต้นได้รวดเร็ว

การตี้มแอลกอฮอล์พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต โดยผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นเพศชายซึ่งอยู่ในวัยรุ่นและวัยทำงาน ส่วนใหญ่มีการตี้มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อขับขี้นานพาหนะมักจะใช้ความเร็วในการขับขึ้นสูง ทำให้มีโอกาสเกิดการบาดเจ็บรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธิดา ธรรมรักษา, บุปผา ลาภทวี และอมรพล กันเลิศ (2559)⁷ ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของการบาดเจ็บในผู้ประสบอุบัติเหตุจราจร ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการบาดเจ็บในผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ความเร็วของการขับขี้นานพาหนะ การตี้มแอลกอฮอล์ และการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (หมวกนิรภัย/เข็มขัดนิรภัย)

การไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันโดยเฉพาะการสวมหมวกนิรภัย พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเสียชีวิต แสดงให้เห็นว่าการสวมหมวกนิรภัยไม่ถูกต้อง เช่น ปกป้องไม่ให้ถูกตำรวจจราจรจับ การสวมหมวกไม่รัดแน่นที่ไม่รัดคาง เมื่อเกิดอุบัติเหตุหมวกนิรภัยจึงหลุดจากศีรษะ จึงทำให้เหมือนกับไม่ได้ใส่ สอดคล้องกับการศึกษาของดวงใจ ผดุงเกียรติสกุล และเกษศิริรินทร์ พุฒิชัย⁸ พบว่าผู้ที่ไม่สวมหมวกนิรภัย และสวมหมวกนิรภัยแบบไม่เต็มใบมีโอกาสเกิดการบาดเจ็บที่สมอง และกระดูกใบหน้าหักมากกว่าผู้ที่สวมหมวกนิรภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหมวกนิรภัยแบบเต็มใบยังสามารถป้องกันได้ดีกว่าหมวกนิรภัยประเภทอื่น

การสูญเสียเลือดและภาวะช็อคเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนที่เข้ารับการรักษาผ่านด่านทางสมอง นำไปสู่ภาวะการพร่องของออกซิเจน ก่อให้เกิดการบาดเจ็บทางสมองเพิ่มขึ้น

(secondary brain injury) และมีผลต่อผลลัพธ์การรักษาและการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น ก่อนการผ่าตัด เราสามารถทำนายปริมาณเลือดที่ออกและผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้จากภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ที่พบว่าความหนาของเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดราที่มากกว่า 10 มิลลิเมตร เลือดที่ออกในสมองหรือสมองข้าขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 30 มิลลิเมตร การพบเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้น arachnoid หรือในโพรงสมอง นอกจากนี้การศึกษาของ Manley G และคณะ และการศึกษาของ John H Chi และคณะ⁹ พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองจากอุบัติเหตุทางถนนที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำ (hypotension) และภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) ก่อนมาถึงโรงพยาบาล จะมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. การประเมินสภาวะผู้ป่วยรวมถึงการให้การรักษาดังแต่จุดเกิดเหตุ (prehospital medical care) ตลอดจนถึงหลังการผ่าตัดจึงเป็นสิ่งจำเป็น

ควรประเมิน วินิจฉัยและให้การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองให้รวดเร็ว และแม่นยำ

2. ภาครัฐและเอกชนควรใช้มาตรการหลักในการลดอุบัติเหตุทางถนนได้แก่ บังคับใช้กฎหมายจราจรอย่างเคร่งครัดแก้ไขจุดเสี่ยงและสร้างสภาพแวดล้อมริมทางปลอดภัย พร้อมจัดตั้งจุดบริการอำนวยความสะดวกในการเดินทางคุมเข้มมาตรฐานความปลอดภัยของยานพาหนะทุกประเภทเตรียมพร้อมด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบการสื่อสาร การเชื่อมโยง การแจ้งเหตุ การส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่รวดเร็วและเข้าถึงทุกพื้นที่ตรวจสอบความปลอดภัยและความพร้อมของอุปกรณ์นิรภัย

3. ควรมีการรณรงค์สร้างจิตสำนึกความปลอดภัยทางถนนโดยมุ่งเน้นการลดพฤติกรรมเสี่ยง 3 ด้าน ได้แก่ เมาแล้วขับ ขับรถเร็ว และไม่ใช้อุปกรณ์นิรภัย (เข็มขัดนิรภัยและหมวกนิรภัย) โดยความร่วมมือของโรงพยาบาล และหน่วยงานในชุมชน ให้ความรู้ ให้คำปรึกษาโดยใช้หลักการ BA, BI ในการรับรู้ผลเสียและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Plan: Decade of Action for Road Safety 2021-2030 [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 2]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/road-traffic-injuries/global-plan-for-road-safety.pdf?sfvrsn=65cf34c8_35&download=true
2. หน่วยงานสถิติโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. (2564). จำนวนผู้ป่วยที่บาดเจ็บศีรษะระหว่างปี พ.ศ. 2552-25564.
3. สมบูรณ์ บุญกิตติชัยพันธ์. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนที่เข้ารับการผ่าตัดทางสมอง โรงพยาบาลกระบี่. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11; 35(1): 1-10.
4. Alagoz F, Yildirim AE, Sahinoglu M, Korkmaz M, Secer M, Celik H, et al. (2017). Traumatic acute subdural hematomas: analysis of outcomes and predictive factors at a single center. Turk Neurosurg ;27(2):187-91.
5. Harrison-Felix CL, Whiteneck GG, Jha A, DeVivo MJ, Hammond FM, Hart DM. (2012). Mortality over four decades after traumatic brain injury rehabilitation: a retrospective cohort study. Arch Phys Med Rehabil ;90(9):1506-13.

- 6.Tuma M, El-Menyar A, Abdelrahman H, Al-Thani H, Zarour A, Parchani A, et al. (2014). Prehospital Intubation in Patients with Isolated Severe Traumatic Brain Injury: A 4-Year Observational Study. *Critical Care Research and Practice*. 2014;2014:135986.
- 7.ธิดา ธรรมรักษา, บุษผา ลาภทวี และอมรพล กันเลิศ. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงและการบาดเจ็บในผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรในหอผู้ป่วยศัลยกรรม อุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ. *วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ* ; 1 (1):13- 25.
- 8.ดวงใจ ผดุงเกียรติสกุล, เกษศิริรินทร์ พุฒิชิต. (2560). อัตราสมองบาดเจ็บในผู้ป่วยอุบัติเหตุจักรยานยนต์ที่ใช้หมวกนิรภัยชนิดที่ แตกต่างกัน. *แพทย์สารทหารอากาศ*; 66(1).
- 9.Manley G, Knudson MM, Morabito D, Damron S, Erickson V, Pitts L. (2001). Hypotension, hypoxia, and head injury: frequency, duration, and consequences. *Archives of Surgery*. 2001;136(10):1118-23

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยความร่วมมือของภาคี
เครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ภูมิศึกษา บ้านนาทม - ห้วยทราย ตำบลป่าไร่ อำเภอดอนตาล
จังหวัดมุกดาหาร

Development of Care Model for Psychiatric Patients with High Risk of Violence by Network

Partners Participation: A Case Study Ban Na Tham - Huay Sai,

Pa Rai Subdistrict, Don Tan District, Mukdahan Province

(Received: August 15,2023 ; Revised: August 21,2023 ; Accepted: August 23,2023)

โกศล เจริญศรี¹
Kosol Charoensri¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research: AR) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร และศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร กลุ่มตัวอย่างคือ 1) ผู้มีส่วนได้เสียในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental with High Risk to Violence: SMI-V) รวม 52 คน 2) ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 26 คน 3) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 26 คน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่แบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคล แบบติดตามผู้ป่วย SMI-V ในชุมชน 10 ด้าน แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย SMI-V แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น แบบบันทึกการจัดการรายกรณี

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดคะแนนอาการทางจิตลดลง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 88.40 ญาติส่วนใหญ่มีความสุขเพิ่มขึ้นจากระดับความสุขต่ำกว่าคนทั่วไปเป็นมีความสุขเท่ากับหรือมากกว่าคนทั่วไป จำนวน 19 คน คิดเป็น ร้อยละ 73.00 และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขญาติผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนาด้วยสถิติทดสอบ Wilcoxon Signed ranks test เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 ($Z=4.511$, $p=.000$) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการทางจิตก่อนและหลังได้รับการดูแลด้วยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 ($Z= -4.903$, $p=.000$)และข้อมูลเชิงคุณภาพได้ แก่นสาระ คือ การจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติก่อความรุนแรงเป็นสิ่งที่ยาก การสนับสนุนของชุมชนยังไม่ได้ นวัตกรรมสุขภาพควรออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน และการจัดการรายกรณีควรถูกนำมาใช้ดูแลผู้ป่วยรายคน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวช มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

Abstracts

This action research aimed to study a care model for psychiatric patients with a high risk of violence by network partners' participation: a case study Ban Na Tham - Huay Sai, Pa Rai subdistrict, Don Tan district, Mukdahan province. Also, there was a study on the effects of a model of care for psychiatric patients at risk of violence with the participation of network partners, in Don Tan District, Mukdahan Province. The sample was 1) 52 stakeholders in the care of psychiatric patients at high risk of violence (SMI-V), 2) caregivers or relatives of psychiatric patients. 26 people at risk of violence and 3) 26 psychiatric patients at high risk of violence. Data collection was from April 2022 to April 2023, totaling a period of 1 year. Data collection measurements included personal information questionnaires, a follow-up questionnaire for patients at risk of violence (SMI-V) in the community in 10 areas, a Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) questionnaire, a -V Thai mental health index test, short version.

¹ พย.ม. ยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลดอนตาล อ.ดอนตาล จ.มุกดาหาร.ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ นางโกศล เจริญศรี Email: onumakaewkerd@gmail.com Tel: 081-9542418

The study found that most of the patients had a decrease in mental symptoms scores of 23 persons, representing 88.40%. Most of the relatives were happy from happiness levels lower than normal people. They were happy equal to or more than the general population of 19 people, representing 73.00 percent. The comparing the mean scores on the relative happiness index of the patients between pre- and post-development with the Wilcoxon Signed ranks test was significantly increased at .001 ($Z=4.511$, $p=.000$). The mean psychiatric symptoms found that after the model was decreased more than before using model significantly at .001 ($Z= -4.903$, $p=.000$). In addition, 3 themes were managing the care of patients with a history of psychiatry was difficult, and community lack of support. Therefore, health personnel should design psychiatric patients at high risk of violence taking into account the participation of network partners in the community in the community and case manager form of nurse should be applied to used.

Keywords: psychiatric patients, High risk of violence, Participation of network partners

บทนำ

จากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีเหตุการณ์สะเทือนขวัญความรุนแรงที่เกิดขึ้น ทั้งในครอบครัว หรือจากประชาชนทั่วไป โดยพบว่าผู้ก่อเหตุส่วนหนึ่งมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวหรือชุมชนส่วนใหญ่มักจะขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ปฏิเสธการเจ็บป่วยใช้สารเสพติด จึงทำให้มีอาการกำเริบและก่อความรุนแรง ดังเป็นข่าวตามสื่อต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ถือเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental with High Risk to Violence: SMI-V) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมากถึงร้อยละ 27.6 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ใช้สารเสพติดพบร้อยละ 8.5¹

นโยบายกรมสุขภาพจิต มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีระบบการดูแลใกล้บ้านและส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง ระบบการดูแลต้องมีการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัยและผู้พิการ² การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในชุมชนพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม คือ ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศและการมีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน ระดับความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด และระดับทัศนคติต่อผู้ป่วย โรคร่วมจิตเวชสารเสพติด และมีการนำการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ทำให้การกินยาสม่ำเสมอและความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น การดูแลผู้ป่วย

กลุ่มนี้ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรงยากจะซับซ้อนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะ ครอบครัวและมีความต่อเนื่องตอบสนองต่อความต้องการที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย โดยเน้นความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน การสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัวชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มนี้ จะต้องอาศัยความร่วมมือและดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ โดยภาคีเครือข่ายในระดับชุมชน¹ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานสาธารณสุข เครือข่ายภาคประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำหรือผู้นำชุมชน องค์กรการบริหารตำบล (อบต.) และหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนในชุมชน มีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกันเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องไม่ให้อาการทางจิตกำเริบซ้ำ สามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างมีคุณค่าและลดภาระของญาติการใช้การวิจัยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ³ ประกอบไปด้วย การวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observation) และการสะท้อนคิด (reflection) ซึ่งจะอาศัยกระบวนการของเครือข่ายในการเข้ามามีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ลักษณะภูมิศาสตร์ของอำเภอดอนตาล ที่เป็นอำเภอชายแดน มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดอย่างรุนแรง ผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยในปี พ. ศ. 2563 – 2565 มีจำนวน 176, 199 และ 221 ราย ตามลำดับ

ในจำนวนนี้มากกว่า ร้อยละ 50 กลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อเหตุความรุนแรงกับบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว และชุมชน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน โดยในปี 2563 – 2565 มีผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและก่อความรุนแรง จำนวน 84, 106 และ 111 ราย ตามลำดับ ซึ่งยังมีแนวโน้มสูงต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หรือส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย แต่เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนมักกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เนื่องจากปัญหาครอบครัวและสังคม ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง นำไปสู่การก่อความรุนแรงซ้ำ ทำให้คนในชุมชนเกิดความเดือดร้อนรำคาญ และหวาดกลัว และยากต่อการจับกุมผู้ค้ายา⁴ ส่งผลต่อการแพร่ระบาดของยาเสพติดอย่างแพร่หลาย จากการดำเนินงานในพื้นที่และการวิเคราะห์ปัญหา พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของญาติเท่านั้น ชุมชนและภาคีเครือข่ายยังไม่มีส่วนร่วม การดูแลในระดับอำเภอยังขาดการบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพอย่างจริงจัง หรือเป็นรูปแบบการสั่งการเชิงอำนาจ ขาดการประสานงานระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างชัดเจน ครอบครัวและชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวัง ดูแลและจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด พบว่า ส่วนใหญ่รูปแบบการดูแลเป็นหน้าที่ของญาติหรือคนในครอบครัว ส่วนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายยังไม่ชัดเจนและมีข้อจำกัด^{5,6} การศึกษาวิจัยน้อย และยังไม่มีการศึกษาถึงระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงอย่างชัดเจนและเป็นมาตรฐานที่ชัดเจน

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอตอนตล จังหวัดมุกดาหาร และศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอตอนตล จังหวัดมุกดาหาร

วิธีการศึกษา

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอตอนตล จังหวัดมุกดาหาร กรณีศึกษา บ้านนาทาม - ห้วยทราย ตำบลป่าไร่ อำเภอตอนตล จังหวัดมุกดาหารตั้งแต่ เดือนเมษายน พ. ศ. 2565 ถึง เมษายน พ. ศ. 2566 รวมระยะเวลา 1 ปี ดำเนินการ 2 วงรอบ ดังนี้ วงรอบที่ 1 ดำเนินการในช่วงเดือน เมษายน - ตุลาคม พ. ศ. 2565 และ วงรอบที่ 2 ดำเนินการในช่วง เดือนพฤศจิกายน 2565 – เมษายน พ. ศ. 2566)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาศึกษา

ประชากร คือ ชุมชนที่มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอตอนตล จังหวัดมุกดาหารทั้งหมด 111 คนกลุ่มตัวอย่างคือ อสม. จำนวน 26 คน ผู้นำชุมชน 8 คน ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง จำนวน 4 คน เจ้าหน้าที่ตำรวจสถานีตำรวจภูธรป่าไร่ 4 คน สถานีตำรวจภูธรตอนตล 3 คน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารตำบล 4 คน อาสาสมัครกู้ชีพ 2 คน แพทย์และพยาบาล 2 คน รวม 52 คน โดยเลือกแบบจำเพาะเจาะจง ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 26 คน ผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 26 คน โดยเลือกแบบจำเพาะเจาะจงคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร ดังนี้

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์ (Situation analysis) (เมษายน 2665 ระยะเวลา 1 เดือน)

ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช อำเภอตอนตาล . สํารวจข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ผลกระทบในชุมชน กำหนดกรอบแนวคิดและทบทวนวรรณกรรม (Conceptual framework) เตรียมความพร้อมให้กับผู้ช่วยวิจัย ชี้แจงผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ รายละเอียด ของเครื่องมือที่ใช้ วิธีการใช้เครื่องมือ การบันทึกคำตอบในแต่ละข้อ ชี้แจงให้ทราบถึงการพิทักษ์สิทธิ์ และการเก็บข้อมูลเป็นความลับ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยSMI-V ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับรพ.สต. อสม.ในพื้นที่ เพื่อประเมิน/คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้เกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 4 ด้าน แยกประเภท เชี่ยว เหลือง แดง จัดทำแผนที่ชุมชน ปักหมุดจุดพิกัดแผนที่ “กลุ่มเสี่ยง” จัดกลุ่มชุมชน เชี่ยว เหลือง แดง นำคืนข้อมูลในเวที ประชุมระดับอำเภอ พขอ. /การประชุมหัวหน้าส่วน/ศป.ปส.อ.ตอนตาล คัดเลือกชุมชนนำร่อง (พื้นที่สีแดง)

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 วงรอบ ๆ ละ 4 ขั้นตอน ดังนี้

วงรอบที่ 1 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอตอนตาล จังหวัดมุกดาหาร กรณีศึกษา บ้านนาทม - ห้วยทราย ตำบลป่าไร่ อำเภอตอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (พฤษภาคม พ. ศ. 2565)

ภายหลังผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหารแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอเก็บข้อมูลในพื้นที่ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) บุรณการนักวิจัยเข้ากับชุมชนโดยการเข้าไปทำความคุ้นเคย เรียนรู้ขนบธรรมเนียมประเพณีของชาวบ้าน สภาพสังคมและเศรษฐกิจ และ เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน ศึกษาสภาพปัญหาสถานการณ์ของผู้ป่วย ปักหมุดจุดพิกัดแผนที่ “กลุ่มเสี่ยง”ในชุมชน ศึกษาวิเคราะห์ความต้องการของ

พื้นที่ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMIV โดย
1) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการดูแลผู้ป่วยSMI-V ในพื้นที่ ศึกษาวิเคราะห์ นำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์ ศึกษาความเป็นไปได้ในการร่วมวางแผนพัฒนา

2) จัดเวทีประชาคม คืบข้อมูลให้ภาคีเครือข่ายรับรู้สถานการณ์ เห็นความสำคัญในการร่วมกันแก้ไขปัญหา ร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เตรียมชุมชน

3) จัดเวทีสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP Model) เริ่มจากการให้ข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

4) จัดการสนทนากลุ่ม โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Discussion ORID Method) (อมวส อัมพันศิริรัตน์, พิมพ์ล วงศ์ไชยา, 2560) โดยตั้งคำถามนำกลุ่ม เชื่อมโยงเข้ากับประเด็น ผู้ป่วยSMI-V ในกลุ่มการสนทนามีผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลตอนตาล ผอ.รพ.สต.และผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ใน รพ.สต.นาทม รพ.สต.ป่าไร่ อสม. ผอ.บพ.หมู่ที่ 7, 8 แกนนำชุมชน พัฒนาการชุมชน ตัวแทนญาติผู้ป่วยจิตเวช จนท.ตำรวจ สภ.ป่าไร่ จำนวน 52 คน นำผลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ข้อมูล และเกิดการวางแผนอย่างมีส่วนร่วมในการออกแบบกำหนดกิจกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) (มิถุนายน – กันยายน พ. ศ.2565)

1. อบรมให้ความรู้ประชาสัมพันธ์ในชุมชน การสร้างและดำเนินงานของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยง ดังนี้

1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็น แก่ญาติและภาคีเครือข่าย ได้แก่ การเฝ้าระวังอาการเตือน 5 อาการหลักสำคัญ การสร้างปัจจัยปกป้องด้วย 2 ย. 1ส (ยาดี/ญาติดี/

หลักเสียงสุรา สารเสพติด) ในวันที่ 2 และ 7 มิถุนายน พ.ศ.2565

2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ แก่ อสม.และ ตำรวจหน่วยนาคาพิทักษ์ ตามโปรแกรม อสม.พีเสียงระบบ DOT ในการกำกับดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช ในวันที่ 8 กรกฎาคม 2565

3) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ แก่ จนท.รพ.สต. ทุกแห่ง ได้แก่ การเฝ้าระวังอาการเตือน 5 อาการหลัก การเยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ในชุมชน 10 ด้าน และการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมในโปรแกรม care Transition ในวันที่ 14 กรกฎาคม พ.ศ.2565

4) การบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ เพื่อประกาศเจตนารมณ์การป้องกันการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

5) จัดการประชุมเพื่อร่วมกำหนดแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยง โดยมีภาคีเครือข่ายร่วมประชุม ในวันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ.2565

2. คัดกรอง/ค้นหาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด และนำสู่กระบวนการบำบัดรักษา โดยญาติ อสม. ชุดปฏิบัติการตำบล

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ทำการประเมินแบบติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ด้าน แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS)

4. ดูแล/ติดตาม เป็นระยะอย่างต่อเนื่องในชุมชนโดยอสม. จนท.รพ.สต. ตั้งกลุ่มไลน์ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยตำรวจ สภ.ป่าไร่

5. จัดประชุม สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และให้ข้อเสนอแนะ แนวทางพัฒนาต่อเนื่อง ในวันที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ.2565 และ วันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ.2565

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observing) (ตุลาคม พ.ศ.2565) เป็นขั้นตอนเข้าร่วมสังเกตการณ์ สนับสนุนให้คำแนะนำ เก็บรวบรวมผลที่ได้จากแผนงานกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) (พฤศจิกายน - ธันวาคม พ.ศ.2565)

สะท้อนผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการสนทนากลุ่ม ในวันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ.2565 ทั้งหมด 10 คน ตัวแทนผู้ป่วย 2 คน ตัวแทนญาติ ผู้ดูแล 2 คน ผู้นำชุมชน 2 คน ตำรวจ สภ.ป่าไร่ จำนวน 1 คน ทีมผู้วิจัย 1 คน จนท.รพ.สต. 2 คน และแพทย์ 1 คน แลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคเพื่อปรับปรุงรูปแบบดูแลให้มีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ นำรูปแบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้มีการปรับปรุง ไปปฏิบัติตามแผน สังเกตประเมินผล อีกครั้ง ในวงรอบที่ 2 เป็นระยะเวลา 4 เดือน โดยใช้กลุ่มอาสาสมัครกลุ่มเดิมนอกจากนั้นยังนำข้อมูล และข้อเสนอแนะ ที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และจุดแข็งที่ต้องเสริมพลังพัฒนาอย่างต่อเนื่องมากำหนดทิศทางร่วมกัน และเป็นแนวทางในการปรับแผนใหม่ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการสังเกต และการสะท้อนผล ในวงรอบถัดไปในการสะท้อนผลความรู้และทักษะที่จำเป็น แก่ อสม. ตามโปรแกรม อสม.พีเสียงระบบ คำเต็ม (DOT) และความรู้และทักษะที่จำเป็น แก่ จนท.รพ.สต. ได้แก่ การเยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน 10 ด้าน และการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมในโปรแกรม care Transition คะแนนยังน้อย ทำเพิ่มในวงรอบที่ 2

วงรอบที่ 2 การพัฒนาทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ดูแลครอบครัวจิตเวช

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) (เดือน. มกราคม 2566

วางแผนให้ความรู้และทักษะที่จำเป็น แก่ ผู้ดูแลที่เป็นบุคคลนอกครอบครัว กรณีผู้ดูแลในครอบครัวขาดศักยภาพวางแผนประชุมทุกสัปดาห์ ติดตามความรู้และทำนโยบายธรรมนูญตำบล

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) โดยจัดกิจกรรมปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ ดังนี้

1.อบรมให้ความรู้ประชาสัมพันธ์ในชุมชน การสร้างและดำเนินงานของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยง (เดือน กุมภาพันธ์ 2566)

2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ แก่ญาติและภาคีเครือข่าย ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน การชักซ้อมการปฏิบัติการเฝ้าระวังตามบทบาทที่กำหนด ในวันที่ 18 พฤศจิกายน 2565

3. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ แก่ อสม. และ ตำรวจหน่วยนาคาพิทักษ์ ตามโปรแกรม อสม. พี่เลี้ยงระบบ DOT ร่วมกับบัดดี้พี่พิทักษ์ ในการกำกับดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช รายที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และญาติขาดศักยภาพในการดูแล ในวันที่ 23 พฤศจิกายน 2565

4. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ แก่ จนท.รพ.สต. ใน การใช้การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเวชที่ยุงยาก ซับซ้อน ในวันที่ 30 พฤศจิกายน 2565

5. จัดการประชุมเพื่อร่วมทบทวนปัญหาและอุปสรรคในการนำสู่การปฏิบัติจริง และปรับปรุงแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยง วันที่ 14 ธันวาคม 2565

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observing)
โดย

ประเมินความร่วมมือจากการทำหน้าที่ตามบทบาทที่กำหนดจากกรอบที่ 1 ผลของการติดตามเยี่ยมบ้าน และได้ประชุมธรรมนูญหมู่บ้าน 2 รอบ จนได้ข้อสรุปเชิงนโยบาย ดังนี้ การคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยง และนำเข้าสู่การบำบัดรักษาโดยแกนนำชุมชน และ อสม. การติดตามผู้ป่วยที่ไม่ยอมกินยา โดยอสม. พี่เลี้ยงคู่กับบัดดี้พี่พิทักษ์ การห้ามร้านค้าในหมู่บ้านจำหน่ายสุราให้ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่ตรวจพบว่ายังใช้สารเสพติดให้แกนนำชุมชนนำเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟู ผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment : CBTx) ผู้ป่วยที่ต้องการฝึกอาชีพ ให้แกนนำชุมชนนำเข้าสู่ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม อำเภอดอนตาล

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ
(Reflecting) สะท้อนผลได้ผลลัพธ์ ดังนี้

ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร เปรียบเทียบรูปแบบใหม่และรูปแบบเดิม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเชิงปริมาณ ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลพัฒนาโดยผู้วิจัยประกอบด้วยเพศ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว

2. แบบติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ด้าน เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการช่วยเหลือให้การพยาบาล ประกอบด้วย การติดตามด้านอาการทางจิต การรับประทานยา ผู้ดูแล การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพในครอบครัว สิ่งแวดล้อม การสื่อสาร ความสามารถในการเรียนรู้ และการดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด ทดสอบความเชื่อมั่นได้ 0.70

3. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) เป็น เครื่องมือตรวจสอบอาการทางคลินิก ทั้งอาการทางด้านบวก และอาการทางด้านลบ ของ Overall and Gorham ป.ศ.1962 แปลเป็นภาษาไทย โดยพันธนา กิตติรัตน์ไพบูลย์ มีค่าความเชื่อมั่น (content validity) ทดสอบความเชื่อมั่นได้ 0.7

4. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล การตอบแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยระดับต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน ระดับสูงสุด เท่ากับ 5 คะแนน ทดสอบความเชื่อมั่นได้ 0.77

5. แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต ถามถึงประสบการณ์ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ให้สำรวจตัวเองและประเมินเหตุการณ์ อาการ ความคิดเห็นและความรู้สึกว่าอยู่ในระดับใด แล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริง มากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ผู้ตอบเลือกได้ เพียง

คำตอบเดียว การให้คะแนนพิจารณาข้อความหมายทั้งทางบวกและทางลบ โดยเกณฑ์ให้คะแนน ข้อความทางบวกตั้งแต่ “ไม่เลย” เท่ากับ 0 คะแนน จนถึง “มากที่สุด” เท่ากับ 3 คะแนน ส่วนข้อความทางลบให้คะแนนกลับกัน มีคะแนนเต็ม 45 คะแนนทดสอบความเชื่อมั่น ได้ 0.70

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ใช้แบบสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารตำราที่เกี่ยวข้อง **การวิเคราะห์ข้อมูล**⁷

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ใช้สถิติเชิงอนุมาน Wilcoxon Signed ranks test ในการเปรียบเทียบก่อน – หลังใช้รูปแบบการดูแล (เนื่องจากการแจกแจงข้อมูลของตัวแปรตามไม่เป็นโค้งปกติ) และข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย ร้อยละ 96.1 สถานภาพโสด ร้อยละ 53.8 หย่าร้าง ร้อยละ 26.9 สมรส ร้อยละ 19.2 และเกินกว่าครึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 69.2 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 30.7 การจำแนกประเภทผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ส่วนใหญ่มีประวัติใช้สุราหรือสารเสพติด ร้อยละ 80.7 ผู้ดูแล

ส่วนใหญ่เป็นพ่อ-แม่ ตายาย ร้อยละ 61.5 ผู้ดูแลขาดศักยภาพหรือไม่มีผู้ดูแลหลักที่เป็นบุคคลในครอบครัวจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 26.9

ส่วนที่ 2 การศึกษาสถานการณ์จากสถานการณ์และบริบทของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน พบว่าขาดการจัดการต่อเนื่องในชุมชน ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ปัญหาการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญต่อการก่อความรุนแรงซ้ำ ญาติขาดศักยภาพในการดูแล ต้องการความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่าย จากการติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชน 10 ด้าน ปรากฏว่าผู้ป่วยยังมีปัญหาด้านที่สำคัญ คือ ด้านการรับประทานยา ก่อนได้รับการดูแล รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 61.5 ด้านผู้ดูแล ผู้ดูแลขาดศักยภาพหรือไม่มีผู้ดูแลหลักที่เป็นบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 26.9 และด้านการใช้สารเสพติด (สุรา/ยาเสพติด) ก่อนได้รับรูปแบบการดูแล ส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่ทุกวัน ร้อยละ 61.5 ใช้อย่างใดอย่างหนึ่ง ทุกวัน ร้อยละ 19.2 หลังได้รับการจัดการรายการแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ไม่ใช่เลย ร้อยละ 42.3 และใช้อย่างใดอย่างหนึ่งไม่ทุกวัน ร้อยละ 26.9

ส่วนที่ 3 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เปรียบเทียบก่อนและหลังใช้รูปแบบการพัฒนาที่สร้างขึ้น (n=52)

การมีส่วนร่วม	ก่อนพัฒนารูปแบบ			หลังพัฒนารูปแบบ		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
ระดับการมีส่วนร่วม						
ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	1.92	0.55	น้อย	3.86	0.44	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ	2.42	0.49	น้อย	4.07	0.33	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	2.30	0.72	น้อย	3.94	0.23	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	1.55	0.50	น้อยที่สุด	3.46	0.50	มาก
ภาพรวมการมีส่วนร่วม	2.05	0.37	น้อย	3.83	0.18	มาก

จากตารางที่ 1 จะพบว่าคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายหลังพัฒนารูปแบบ เพิ่มขึ้น คะแนนอาการทางจิตลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการทางจิต ก่อนและหลัง ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน (n=26)

ประเด็น	ก่อน	หลัง	Z	p-value
	Median	Median		
ผู้ป่วยSMI-V คะแนน BPRS	44.5	32.0	-4.903	0.00

* $p < 0.001$, Significant from Wilcoxon Signed ranks test

ค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนาด้วยสถิติทดสอบ Wilcoxon Signed ranks test เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 ($Z=4.511$, $p=.000$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนา (n=26)

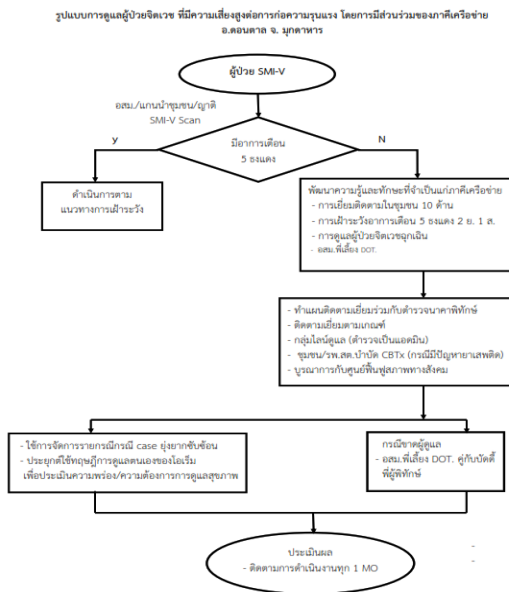
ดัชนีความสุข	Median	ระดับ	Z	P-value
ก่อน	22.5	ต่ำ	4.511	0.00
หลัง	29.0	ปกติ		

* $p < 0.001$, Significant from Wilcoxon Signed ranks test

ตารางที่ 4 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร เปรียบเทียบรูปแบบใหม่และรูปแบบเดิม

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1. ญาติและผู้ดูแล ดูแลตามแนวทางที่ได้รับมอบหมาย แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกมิติ	กรณีญาติเป็นผู้สูงอายุ/ขาดศักยภาพ/ขาดความมั่นใจในการดูแล มีระบบ อสม./พี่เลี้ยง(DOT)คู่กับบัดดี้พี่พิทักษ์ ครอบคลุมบำบัด empowerment ครอบคลุม
2. การพัฒนาความรู้และทักษะไม่ครอบคลุมตามประเด็นสำคัญที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย	1.การพัฒนาความรู้และทักษะครอบคลุมประเด็นที่จำเป็นแก่ญาติและภาคีเครือข่าย ได้แก่ การเฝ้าระวังอาการเตือน 5 อาการหลักสำคัญ การสร้างปัจจัยปกป้องด้วย 2 ย. 1ส (ยาดี/ญาติดี/หลีกเลี่ยงสุรา สารเสพติด) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน
3. ขาดการฝึกฝนทักษะความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย	2. พัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็น แก่อสม. ตามโปรแกรม อสม.พี่เลี้ยงระบบ DOT/บัดดี้พี่พิทักษ์
	3. พัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็น แก่จนท.รพ.สต.ได้แก่ การเยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน 10 ด้าน และการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมในโปรแกรม care Transition การจัดการรายกรณี
4.การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริงยังไม่ครอบคลุม	มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการดำเนินงาน โดยมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในอำเภอ แลกเปลี่ยนนวัตกรรมจากชุมชนต้นแบบ สู่ทุกตำบล

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อ.ดอนตาล จ. มุกดาหาร



ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการสนทนากลุ่ม ญาติผู้ป่วยจิตเวชและภาคีเครือข่าย พบว่าได้ 2 แก่นสาระ ดังนี้

แก่นสาระที่ 1 การจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติก่อความรุนแรงเป็นสิ่งที่ยาก หมายถึง ชุมชนมีทัศนคติทางลบกับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ดังคำกล่าวที่ญาติได้ยื่น “เอาออกไปอยู่นอกพื้นที่ ” (ญาติผู้ป่วยคนที่ 1, ญาติผู้ป่วยคนที่ 6) “เอามันไปไว้หม่องอื่นนานๆได้บ่อ” (ญาติผู้ป่วยคนที่ 5, ญาติผู้ป่วยคนที่ 26) “อยากให้คุณหมอฝากไปศูนย์สงเคราะห์นานๆ” (ญาติผู้ป่วยคนที่ 2, ญาติผู้ป่วยคนที่ 12) “น่าจะให้รักษาอยู่ในรพ.ตลอดไป (แก่นนำชุมชนคนที่ 2, อสม.คนที่ 1)”

แก่นสาระที่ 2 การสนับสนุนของชุมชนยังไม่ดี หมายถึง ครอบครัวจิตเวชอยู่ในชุมชนต่างคนต่างอยู่ การพัฒนารูปแบบจึงต้องอาศัยเครือข่ายหลายกลุ่มบุคคล ดังคำกล่าว “แต่ละบ้านทำมาหากิน ครอบครัวใครครอบครัวมัน” ญาติผู้ป่วยคนที่ 11, ญาติผู้ป่วยคนที่ 12) “ชุมชนอพยพมาอยู่รวมกันไม่เคยเป็นเครือญาติกันมาก่อน” (ญาติผู้ป่วยคนที่ 7, ญาติผู้ป่วยคนที่ 8) แก่นสาระที่ 3 “องค์กรทุกอย่างควรมีการสอยนำครอบครัวลำบาก” (ญาติผู้ป่วยคนที่ 17, ญาติผู้ป่วยคนที่ 21)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์ สถานการณ์ผู้ป่วย

จิตเวช ของอำเภอดอนตาล ผู้ป่วยจิตเวชมีเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จากการขาดยา การรักษาไม่ต่อเนื่อง การใช้สุรายาเสพติด ขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพ แม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจนอาการทางจิตสงบแล้ว แต่ชุมชนยังหวาดกลัว ไม่ยอมรับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ พิณณรัฐ ศรีหารักษา (2566)⁸ ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเวช มักมีอาการกำเริบซ้ำใน 28 วันหลังจำหน่าย เนื่องจากไม่มีผู้ดูแล ใช้สารเสพติด มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว เครือข่ายขาดความรู้ มีทัศนคติลบ หวาดกลัวผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย ซึ่งเป็นวัยทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ วชิรดิolk และคณะ(2561)⁹ ในผู้ป่วยจิตเวช ที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีแนวโน้มสูงขึ้นตลอดระยะเวลา 5 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย วัยทำงาน ดังนั้นภาคีเครือข่ายที่สำคัญในการนำผู้ป่วยจิตเวชเข้าสู่อการบำบัดรักษา คือ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2. พัฒนารูปแบบและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดคะแนนอาการทางจิตลดลง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 88.40 ญาติส่วนใหญ่มีความสุขเพิ่มขึ้น จากระดับความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป เป็นมีความสุขเท่ากับหรือมากกว่าคนทั่วไป จำนวน 19 คน คิดเป็น ร้อยละ 73.00 และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขญาติผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนาด้วยสถิติทดสอบ Wilcoxon Signed ranks test เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (Z=4.511, p=.000) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการทางจิต ก่อนและหลังได้รับการดูแลด้วยรูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 (Z= -4.903, p=.000) ผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวช

กลุ่มเสี่ยง ได้รับการดูแลต่อเนื่อง มีคะแนนอาการทางจิตลดลง และ ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ สอดคล้องกับแนวคิด Vulnerability-Stress-Protective Factor Model of Mental Disorders¹⁰ ที่อธิบายว่า การที่ผู้ป่วยจิตเวชมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มีอาการทางจิตกำเริบบ่อย เพราะเกิดความไม่สมดุลกันระหว่างปัจจัยอ่อนแอกับปัจจัยปกป้อง โดยมีปัจจัยอ่อนแอกว่าปัจจัยปกป้อง ซึ่งผู้ป่วยทุกคนยังเสี่ยงที่จะมีอาการทางจิตกำเริบอีก เนื่องจากยังมีปัจจัยอ่อนแอ (vulnerability factor) จากการเจ็บป่วยทางจิตอยู่แล้ว ประกอบกับตัวกระตุ้นจากสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social environmental Stressors) คือ การใช้สารเสพติด ขาดการยอมรับจากชุมชน ขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพ ขาดการสนับสนุนจากชุมชน ไม่มีงานทำ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการเสริมปัจจัยปกป้องโดยปรับรูปแบบการดูแล โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จึงเป็นการส่งเสริมปัจจัยปกป้อง

อีกทั้งการนำการจัดการรายกรณีโดยกระบวนการพยาบาล มีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ประสานการดูแลที่ชัดเจน ประเมิน วินิจฉัยปัญหา วางแผนดูแล ลงมือปฏิบัติ ร่วมกับชุมชนตามบทบาทที่กำหนด ทำให้การมีส่วนร่วมโดยรวมของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะด้านการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิณณัฐ ศรีหารักษา (2566)⁹ ที่ใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน จากประชุมวิเคราะห์ วางแผนการดูแล กำหนดบทบาทหน้าที่ ของเครือข่ายชุมชน พบว่า ชุมชนสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วย และมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นหลังปฏิบัติตามแผนการดูแล เช่นเดียวกับการศึกษานี้ ญาติส่วนใหญ่มีความสุขเพิ่มขึ้น จากระดับความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป เป็นมี

ความสุขเท่ากับหรือมากกว่าคนทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตมี ชุตพิมาย (2565)¹¹ ถึงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังมีสมรรถภาพทางจิตเวชเพิ่มขึ้น เป็นการลดภาระญาติ ทำให้ญาติมีความสุขเพิ่มขึ้น และการนำนวัตกรรม อสม.พี่เลี้ยง DOT คู่กับบัดดี้พี่พิทักษ์ มาใช้แก้ปัญหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่มีอาการกำเริบซ้ำซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยกาญจน์ เสี่ยงเพราะ (2564)¹² ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำ โดยมีจิตอาสารับผิดชอบดูแลผู้ป่วย 1 ต่อ 1 ดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับญาติอย่างชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน กินยาสม่ำเสมอ และลดอัตราการ Re-Admit แก่นสาระของข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า การจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีประวัติจิตเวชเป็นสิ่งที่ยาก การสนับสนุนของชุมชนยังไม่ดี จะเห็นได้ว่าความร่วมมือของภาคีเครือข่ายจึงเป็นสิ่งสำคัญ หรือการมีส่วนร่วมของชุมชนในการช่วยกันจัดระบบผู้ป่วยจึงสำคัญ^{4,6}

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาลบุคลากรสุขภาพ ควรออกแบบผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของญาติในการใช้ทักษะการพยาบาลของโอแรม
2. ด้านการวิจัยควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเชิงลึกความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้ป่วยจิตเวชเพื่อเป็นการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ต่อเนื่องและระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. (2566) มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. กรุงเทพฯ:บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
2. กรมสุขภาพจิต. (2561) คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริสพลัส.

3. Kemmis S, Mc Taggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1998.
4. นิภาวรรณ ตติยนันทพร. (2565).การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดยาเสพติดอำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 . 16(2): 581-596.
5. กิริติยา อุ่นเจริญ. (2560). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจิตเวชสารเสพติดในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม.สารนิพนธ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
6. ศักดิ์ หนูริมา และบุญเอื้อ บุญฤทธิ์. (2562). การจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันปัญหาเสพติดในกรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษาเขตสวนหลวง.วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี, 13(2), 13-24.
7. Hair,F. J., Black, C.W., Babin, J.B. & Anderson, E.R. (2010). Multivariate Data Analysis. (7th ed). New Jersey:
8. พิณณัฐ ศรีหารักษา. (2566) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร : กรณีศึกษาตำบลหมื่น อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 8(1): 430-447.
9. พรทิพย์ วชิรดิolk, อีระ ศิริสมุด, อนุรัตน์ สมตน. (2561). ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 32(2):69-83.
10. Liberman. (2008). Recovery From Disability Manual of Psychiatric Rehabilitation.Washington, D. C.: American Psychiatric Pub.Hair,F. J., Black, C.W., Babin, J.B. & Anderson, E.R. (2010). Multivariate Data Analysis. (7th ed). New Jersey:
11. รัศมี ชุตพิมาย. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 16(3): 851-867.
12. หทัยกาญจน์ เสียงเพราะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 36(2): 413-426.

ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง
โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง

The effect of a self-efficacy awareness program on the level of health care behavior and control
Blood glucose levels in type 2 diabetic patients in Muang Community Health Center, Trang
Hospital, Trang Province.

(Received: August 15,2023 ; Revised: August 21,2023 ; Accepted: August 23,2023)

อัญชิสา ช่วยมี¹ นันทยา เสนีย์²
Anchisa Chuaymee¹ Nantaya Seni²

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ชนิดศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในศูนย์บริการสุขภาพ โรงพยาบาลตรัง ที่สมัครใจเป็นกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 50 คน ให้กลุ่มตัวอย่าง 25 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่าง 25 คนถัดมาเป็นกลุ่มทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมจำนวน 4 ครั้งโดยใช้เวลาในการทดลองทั้งหมด 12 สัปดาห์ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ซึ่งมีความตรงตามเนื้อหา และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) และทดสอบนัยสำคัญทางสถิติโดยค่าที (paired sample test)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, พฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ABSTRACT

This quasi-experimental two study groups were measured before and after this experiment. The aims to study the compare level of health care behavior and Perceived self-efficacy on level blood glucose control of type 2 diabetic patients who treated at the health service network in Trang Hospital Hospital. The participants were 50 patients with type 2 diabetic patients at Trang hospital. The first 25 patients were assigned to a control group and another twenty five were in an experimental group. Both groups were matched in term of gender, age, and level of education. The control group received conventional nursing care where as the experimental group joined the 12-week perceived self-efficacy promoting program. Data collection instruments were Questionnaire about health care behavior, which is consistency reliability determined by Cronbach's alpha coefficients was 0.88. Data were analyzed using mean, percentage, standard deviation, and independent t-test.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง จังหวัดตรัง

The findings showed that the the experimental group have the mean score of health care behaviors was significantly higher than that of the control group ($p < .05$). The level of perceived efficacy to control blood sugar levels was significantly higher than that of the control group ($p < .05$). And The blood glucose level the experimental group was significantly lower than that of the control group ($p < .05$).

Keywords: Perceived Self-Efficacy, health care behaviors

บทนำ

โรคเบาหวานเกิดขึ้นจากการที่ตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้เพียงพอหรือสร้างไม่ได้เลยหรือสร้างได้ แต่ออกฤทธิ์ไม่ได้ดีเท่าที่ควร แบ่งเบาหวานเป็น 2 ชนิดคือ เบาหวานชนิดที่ 1 ชนิดพึ่งพาอินซูลิน (Insulin dependent diabetes mellitus: IDDM) และเบาหวานชนิดที่ 2 ชนิดไม่พึ่งพาอินซูลิน (Non-insulin dependent diabetes mellitus: NDDM) ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ จากการตรวจระดับน้ำตาลในพลาสมาหลังอดอาหารนาน 8 ชั่วโมง (Fasting plasma glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 mg/dL อย่างน้อย 2 ครั้งในวันที่ต่างกันหรือระดับน้ำตาลในพลาสมาที่ไม่เจาะเจาะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dL โรคเบาหวานชนิดที่ 2 นี้มีความสัมพันธ์กับความอ้วน อายุที่เพิ่มขึ้น ความเครียด การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ โรคอ้วน คนอ้วนมักมีระดับอินซูลินในเลือดสูงแต่จำนวนอินซูลินรีเซปเตอร์ (Insulin receptor) ในเซลล์ไขมันและเซลล์ไขมันกล้ามเนื้อลดลง หรือเป็นความผิดปกติในระดับหลังต่อรีเซปเตอร์ (post receptor) เป็นผลให้อินซูลินที่หลั่งออกฤทธิ์ไม่ได้ เซลล์จึงต้องทำงานมาก เพื่อผลิตอินซูลินให้มากขึ้นจนตับอ่อนเสื่อมสมรรถภาพและในที่สุดไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอ จึงทำให้เกิดโรคเบาหวาน ความเครียด ทำให้ฮอร์โมนแคทีโคลามีนถูกหลั่งมากกลูโคสจึงสูง การขาดการออกกำลังกาย ทำให้จำนวนอินซูลินรีเซปเตอร์ลดน้อยลงเกิดโรคเบาหวาน การสูบบุหรี่นิโคตินและสารเสพติดอื่นๆ ในควันบุหรี่จะขัดขวางการออกฤทธิ์ของอินซูลินในร่างกาย¹⁻³

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน มีปัจจัยที่แตกต่างกันไปตามการศึกษาและพื้นที่ที่ศึกษาทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ประวัติการเป็น

โรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม พบว่า อย่างไรก็ตามปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้มีเพียงปัจจัยทางด้านพฤติกรรมสุขภาพหรือการดูแลตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับ น้ำตาลที่สำคัญ คือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาควบคุมระดับน้ำตาล โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ แม้ความรู้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่สามารถอธิบายการแสดงพฤติกรรมของบุคคลได้ครอบคลุม มีการศึกษาที่ยืนยันว่าความรู้จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ต้องผ่านความรู้สึกนึกคิด (Self-referent thoughts) ของบุคคลก่อน การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิดและเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำ มีบทบาทสำคัญในการเป็นศูนย์กลางทางจิตใจและก่อให้เกิดความรู้สึกว่า “ฉันทำได้” (I can do) Bandura (1997)⁴ อธิบายว่า การที่มนุษย์จะรับเอาพฤติกรรมใดไว้ขึ้นอยู่กับปัจจัยสองประการคือ การรับรู้ความสามารถของตน (Efficacy expectations) หมายถึง ความมั่นใจของบุคคลว่าจะสามารถแสดงพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม และความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectations) หมายถึง การคาดคะเนของบุคคลว่า ถ้าทำพฤติกรรมนั้นแล้ว จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนคาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน^{2,3}

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อระดับพฤติกรรมการดูแล

สุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง ทั้งนี้ เพื่อเสริมสร้างความสามารถการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การลดภาวะแทรกซ้อน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 3 อ. 2 ส. สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม
2. หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม
3. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง จะมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest- Posttest control group design) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยหลัก 3 อ. 2ส. และเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุม

ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม

ก่อนและหลังการทดลอง โดยทำการศึกษาเชิงทดลองแบบPretest-Posttest Control กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการศูนย์บริการสุขภาพ โรงพยาบาลตรัง จำนวน 50 คน มีอายุตั้งแต่ 35-70 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และรับยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังมื้ออาหารและน้ำ 8 ชั่วโมงอยู่ระหว่าง 160 mg/dl ขึ้นไป สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดี ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์กำหนด รวมทั้งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันที่สุด กลุ่มละ 25 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม จากการจับสลาก ถ้าได้เลขคู่เข้ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง จับฉลากได้เลขคี่เข้ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. เป็นผู้ป่วยอายุระหว่าง 35 - 70 ปี มีสติสัมปชัญญะ สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทย
2. ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) 160 Mg/dl ขึ้นไป
3. ยินยอมให้ความร่วมมือ และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุด

ทำการวัดผล ก่อน-หลังการทดลองใช้โปรแกรมด้วยแบบสอบถาม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. จำนวน 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1 (ก่อนการวิจัย) และเก็บข้อมูลหลังการทดลอง จำนวน 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 12 (สิ้นสุดการวิจัย)

สำหรับในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ต่อระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับความรู้ด้วยวิธีปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ความรู้ในประเด็นความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยใช้วิธีดีโอ และนำเสนอตัวแบบผู้ป่วยชายและหญิงที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและยั่งยืน พร้อมแจกแผ่นพับ เรื่องโรคเบาหวาน และแจกคู่มือเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานให้อ่าน หลังจากนั้นสาธิตการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองโดยใช้ blood glucose strip โดยสาธิตให้เห็นแต่ละขั้นตอนของการเจาะเลือด หลังจากนั้นแบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มเล็กกลุ่มละ 7-8 คน ทำการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค และการแก้ไขปัญหของการทดสอบระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ภายใต้การดูแลจากผู้วิจัย

ครั้งที่ 2 เป็นการเสนอประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ผู้วิจัยสอนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ถึงภาวะแทรกซ้อน การรักษาโรคเบาหวาน และสอนให้เรียนรู้เพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง หรือต่ำ และอาการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ หลังจากนั้นแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มเล็กๆ ให้ร่วมกันอภิปรายถึงประสบการณ์ที่ได้รับจากการรักษาปัญหาอุปสรรคและการแก้ไขปัญห

ครั้งที่ 3 เป็นการเสนอต้นแบบที่ประสบความสำเร็จ ในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อเพิ่มความมั่นใจ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างต้นแบบกับผู้ร่วมทดลองพูดคุยซักถามปัญหา อุปสรรค พร้อมแนวทางแก้ไขปัญห ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยสอนในเรื่องของการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายที่ถูกต้อง หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำต้นแบบซึ่งเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตัว เน้นการควบคุมอาหาร

และการออกกำลังกายที่ถูกต้องมาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการเลือกรับประทานอาหารและการควบคุมอาหาร ตลอดเวลาของการอภิปรายกลุ่ม ผู้วิจัยทำหน้าที่ช่วยเหลือแก้ไขปัญห และกระตุ้นให้มีการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการควบคุมอาหาร

ครั้งที่ 4 เป็นการจัดการความพร้อมของสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ผู้วิจัยสอนในประเด็นการดูแลตนเอง การจัดการความเครียดที่เกิดจากการป่วยด้วยโรคเบาหวาน โดยการใช้วิธีดีโอ หลังจากนั้นแบ่งกลุ่มเล็กๆ อภิปรายผลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยผู้วิจัยทำหน้าที่ช่วยเหลือแก้ปัญหาดังกล่าว และหลังจากนั้นผู้วิจัยทำหน้าที่กระตุ้นเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง และให้รางวัลเมื่อมีแนวคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพไปในทางที่ถูกต้อง และยั่งยืน

สำหรับในเดือนที่ 2 และ 3 เป็นกิจกรรมการกระตุ้นเตือนและการชักจูงด้วยคำพูดจากผู้วิจัย โดยการเสริมสร้างให้กำลังใจ พูดคุย การให้สุศึกษา โดยการให้คำปรึกษารายบุคคลทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องจนครบ 3 เดือน โดยมีแผนติดตามอย่างน้อยที่สุด 2 สัปดาห์ต่อครั้ง ในประเด็นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และถ้าหากพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองคนใด มีปัญหาเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือด ผู้วิจัยจะติดตามเป็นพิเศษ ระยะเวลาที่ใช้ในการสนทนาทางโทรศัพท์ประมาณ 5-15 นาที ขึ้นอยู่กับปัญหาของผู้ป่วย แต่ละคน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือสถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระดับน้ำตาลในเลือด โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และต่อระดับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. และระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนและหลัง

การทดลอง พร้อมทั้งทำการทดสอบค่าที่ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired sample test or dependent sample) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบมีกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest Posttest control group design) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบมีกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง และเพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. และระดับน้ำตาลในเลือด

ของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม รวมทั้งเพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังทดลองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในศูนย์บริการสุขภาพ โรงพยาบาลตรัง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) จำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุม (Control Group) จำนวน 15 คน ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมตามที่ผู้วิจัยกำหนด ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 12 สัปดาห์ โดยการเก็บข้อมูลก่อนและหลังทดลอง นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมทางสถิติ

ตาราง 1 ข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระดับน้ำตาลในเลือด	กลุ่มควบคุม (n=25) กลุ่มทดลอง (n=25)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนทดลอง				
160-179 mg/dl	3	12.00	2	8.00
180-199 mg/dl	7	28.00	8	32.00
200 mg/dl ขึ้นไป	15	60.00	15	60.00
กลุ่มควบคุม min –max = 169.00-251.00, x = 203.06, S.D.= 21.42				
กลุ่มทดลอง min –max = 178.00-264.00, x = 208.46, S.D.= 22.52				
หลังทดลอง				
160-179 mg/dl	3	12.00	20	80.00
180-199 mg/dl	10	40.00	3	12.00
200 mg/dl ขึ้นไป	12	48.00	2	8.00
กลุ่มควบคุม min –max = 164.00-344.00, x = 221.53, S.D.= 51.17				
กลุ่มทดลอง min –max = 112.00-186.00, x = 142.53, S.D.= 20.81				

จากตาราง 1 พบว่า ก่อนทดลอง ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมพบว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 200 mg/dl ขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาคือ ระหว่าง 180-199 mg/dl คิดเป็นร้อยละ 28.00 และระหว่าง 160-179 mg/dl น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 12.00 ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็น

กลุ่มทดลอง พบว่า มีระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่าง 200 mg/dl ขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาคือ ระหว่าง 180-199 mg/dl คิดเป็นร้อยละ 32.00 และระหว่าง 160-179 mg/dl น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 8.00

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลัง
ทดลอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง				t	p-value
	x	S.D.	x	S.D.		
กลุ่มทดลอง (n=25)	63.06	4.97	112.80	7.09	25.82	.000*
กลุ่มควบคุม (n=25)	62.26	6.64	62.06	6.54	1.87	.082

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนการทดลองเฉลี่ย 63.06 คะแนน ส่วนหลังการทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เฉลี่ย 112.80 คะแนน เปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม พบว่ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการทดลองเฉลี่ย 62.26 คะแนน ส่วนหลังการทดลองมีการรับรู้

สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เฉลี่ย 62.06 คะแนน และหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หลังจากการทดลองไม่เปลี่ยนแปลงไปจากก่อนการทดลอง

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.ก่อนและหลังทดลอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.	ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง				t	p-value
	x	S.D.	x	S.D.		
กลุ่มทดลอง (n=25)	66.46	2.09	81.20	0.41	26.09	.000*
กลุ่มควบคุม (n=25)	68.53	2.47	68.40	2.41	1.46	.16

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 3 พบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ก่อนการทดลองเฉลี่ย 66.46 คะแนน ส่วนหลังการทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. เฉลี่ย 81.20 คะแนน เปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม พบว่า มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.ก่อนการทดลองเฉลี่ย 68.53 คะแนน ส่วนหลังจากการทดลองมีการรับรู้สมรรถนะ

แห่งตนต่อระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.เฉลี่ย 68.40 คะแนน และหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. หลังการทดลองไม่เปลี่ยนแปลงไปจากก่อนการทดลอง

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังทดลอง ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด	ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง				t	p-value
	x	S.D.	x	S.D.		
กลุ่มทดลอง (n=25)	221.53	51.17	142.53	20.81	6.38	.000*

กลุ่มควบคุม (n=25)	203.06	21.42	208.46	22.52	1.15	.26

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 4 พบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการทดลองเฉลี่ย 221.53 mg/dl ส่วนหลังการทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 142.53 mg/dl เปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม พบว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการทดลองเฉลี่ย 203.06 mg/dl ส่วนหลังการทดลองมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

เฉลี่ย 208.46 mg/dl และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองไม่เปลี่ยนแปลงไปจากก่อนการทดลอง

ตาราง 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. และระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง

ประเด็น	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		t	p-value
	x	S.D.	x	S.D.		
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	62.06	4.97	112.80	7.09	25.82	.000*
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.	68.40	2.41	81.20	0.41	20.19	.000*
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)	142.53	20.81	208.46	22.52	8.45	.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 5 พบว่า
หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เฉลี่ย 112.80 คะแนน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เฉลี่ย 62.06 คะแนน จากการทดสอบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วย 3อ. 2ส. เฉลี่ย 81.20 คะแนน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วย 3อ. 2ส. เฉลี่ย 68.40 คะแนน จากการทดสอบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ระหว่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง มีระดับน้ำตาลในเลือด เฉลี่ย 142.53 mg/dl ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม มีระดับน้ำตาลในเลือด เฉลี่ย 208.46 mg/dl จากการทดสอบความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปและอภิปรายผล

หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 3 อ. 2 ส. สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็น

กลุ่มทดลองได้รับทราบและมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตอนเจ็บป่วยและจากกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้สอดแทรกให้ที่โรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของดวงสมร นิลตานนท์ และจุฬารักษ์ โสตะ⁵ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนและกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเอราวัณ อำเภอเอราวัณ จังหวัดเลยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองหลังทดลอง มีคะแนนระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 3 อ. 2 ส. สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มตัวอย่างอาจจะรับรู้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจากสื่อต่าง ๆ ที่มีอยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชนและจากกิจกรรมที่ผู้วิจัยสอดแทรกให้ที่โรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของของพรนภา ไชยอาสา และคณะ⁶ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่า หลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง จะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 3 อ. 2 ส. สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง มีความรู้ความเข้าใจและมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของพรนภา ไชยอาสา และคณะ⁶ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่า

คะแนนการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง จะมีคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจจะเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองเมื่อรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจากสื่อต่าง ๆ ที่มีอยู่ในหมู่บ้านหรือการเข้าร่วมประชุมชี้แจงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพได้ดีกว่าที่เป็นอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของดวงสมร นิลตานนท์ และจุฬารักษ์ โสตะ⁵ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนและกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเอราวัณ อำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง จะมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับค่าระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 น่าจะเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองเมื่อได้รับรู้รับทราบถึงวิธีการปฏิบัติตนต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จากกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำและฝึกปฏิบัติ รวมถึงรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจากสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์และสื่ออื่น ๆ จะมีผลกระทบต่อการปฏิบัติตนได้ดีกว่าที่เป็นอยู่และส่งผลกระทบต่อค่าระดับน้ำตาลในเลือดตามมา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของโมรียามา และคณะ⁷ พบว่า ผลการเข้าร่วมกิจกรรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จะมีผลต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ต่อระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือด ที่มุ่งเน้นให้ความรู้แก่ผู้ป่วย
เบาหวาน ที่ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องและ
สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้

2. ควรประยุกต์โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะ
แห่งตนต่อระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการ
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กับผู้ป่วยเบาหวานใน
พื้นที่ใกล้เคียงหรือพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

3. ควรจัดโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ต่อระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือด แก่ผู้ป่วยหรืออาจจะเป็นญาติ
บุคคลอื่น ๆ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมักจะเป็นผู้สูงอายุ
จำเป็นต้องมีผู้รู้และดูแลอย่างใกล้ชิด

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ สำเร็จลงได้เพราะได้รับความ
ร่วมมือด้วยดี จากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับ
การรักษาพยาบาลในศูนย์บริการสุขภาพ โรงพยาบาล
ตรัง ที่กรุณาตอบแบบสอบถามด้วยความเต็มใจ และ
ขอขอบคุณคุณจำเริญ ชานัญชัย นักวิชาการสาธารณสุข
ชำนาญการพิเศษ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ตรัง ที่ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ
และขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน
ศูนย์บริการสุขภาพ โรงพยาบาลตรัง ที่ให้กำลังใจ
สำหรับผลประโยชน์ที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้ ขอมอบ
แต่ผู้มีพระคุณทุกท่านที่ได้กล่าวมา

เอกสารอ้างอิง

1. กองสุศึกษา, กระทรวงสาธารณสุข. ระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่ม
ปกติ กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประเทศไทย : นโยบายสู่การปฏิบัติสำหรับสถาน
บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร; 2558.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11
(พ.ศ. 2555 - 2559); 2555.
3. กิ่งกาญจน์ คำเจริญ และอังสุมาลิน ประดิษฐ์สุวรรณ. แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ
พ.ศ. 2561 จังหวัดตรัง. เขตสุขภาพที่ 12; 2561.
4. Bandura A. Social Learning Theory. Engle Wood Cliffs : New Jersey Prentice Hall. วารสารราชชนรินทร์;
2558. ปีที่ 20(1) : 19-20.
5. ดวงสมร นิลตานนท์ และจุฬารักษ์ โสตะ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถ
แห่งตนและกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเอราวัณ อำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย. ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
6. พรนภา ไชยอาสา และคณะ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อ
พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. พยาบาลสาร; 2551. ปีที่
35(3) : 59.
7. Moriyama M., Nahano N, Kuroe Y, Nin K, Wiitani M and Nakaya T. Efficacy of a self-management
education program for people with type 2 diabetes : results of a 12 month trial. Jpn J NursSci : 2009.
Jun; 6(1) : 51-52.

ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อปรับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

The Empowerment Program Application for Self - Care Behaviors of Type II Diabetes Patients at Kantharawichai Hospital, Mahasarakham Province.

(Received: August 19,2023 ; Revised: August 24,2023 ; Accepted: August 26,2023)

ประมวล พลชำนาญ¹

Pramuan Phonchamni¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การดูแลสุขภาพทั่วไป โดยเฉพาะที่เท้า การรับประทานยา การมาตรวจตามแพทย์นัด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 70 คน ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 140 mg/dl ขึ้นไป ได้มาโดยการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้แล้วสุ่มอย่างง่าย แล้วแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง มีกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการ 4 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง ห่างกันครั้งละ 1 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ คือ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้ารับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน แล้ว กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การดูแลสุขภาพโดยทั่วไปของตนเอง โดยเฉพาะที่เท้า การรับประทานยา การมาตรวจตามแพทย์นัดอยู่ในระดับดีซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและ ยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ,ปรับพฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ABSTRACT

This quasi-experimental research was to assess the effectiveness of an empowerment program application for self – care behaviors of Type II Diabetic patients including knowledge, self-efficacy and self – care behavior regarding dietary control, exercise, relaxation, take – care of personal hygiene particularly the foot care, taking medication and keeping appointment. The sample consisted of 70 diabetic patients having fasting blood sugar more than 140 mg/dl, They were selected by specific criteria and a simple random sampling technique. and they were divided into two groups an experimental group of 35 patients was given health education program by the researcher, and a control group of 35 patients was not received the program. Three activities with 3 hours each and once in a month were conducted. The data were collected using the questionnaire and analyzed using percentage, mean standard deviation, Paired t – test and Independent t – test

The results of the study indicated that, after receiving empowerment Program Application for self – care behaviors, the experimental group showed gains in knowledge, self-efficacy and self – care behavior regarding dietary control, exercise, relaxation taking care of personal hygiene, taking medication and keeping doctor appointment, which were at a good level, from before the experiment and were higher than the control group at of significance at .05 level.

Key Words: Empowerment Program, Application for Self - Care Behaviors, Type II Diabetes Patients

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด มีแนวโน้มของอัตราการเจ็บป่วยและตายสูงขึ้นทุกปี ดังที่ได้กล่าวมา จึงต้องอาศัยการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ตลอดจนต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แบบแผนในการดำรงชีวิต และมีข้อจำกัดหลายประการในการควบคุมโรค จึงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณค่าถูกควบคุม ถูกจำกัดในกิจกรรมบางอย่าง เช่น การควบคุมอาหาร ต้องรับประทานยาลดระดับน้ำตาลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ รวมทั้งต้องได้รับการรักษาไปตลอดชีวิต ผู้ป่วยจึงเกิดความ รู้สึกกังวล เครียดเบื่อหน่าย ท้อแท้ หดงำลังใจ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า และรู้สึกว่าเป็นภาระของผู้อื่น¹ ด้านบทบาททางสังคม โรคเบาหวานทำให้ผู้ป่วยสูญเสียหน้าที่ เช่น มีการเปลี่ยนสถานะอาชีพและสังคม มีการสูญเสียรายได้จากการทำงานสมรรถภาพในการทำงานเสื่อมลง และถ้าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนด้วยแล้วมักทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีปัญหาจากการเพิ่มค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว ซึ่งสมาชิกโรคเบาหวานพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนจะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนถึง 3 เท่า นับว่าเป็นการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากเกินไปจนเกินความจำเป็น²

รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อ จังหวัดมหาสารคาม ตั้งแต่ ปี 2560 - 2564 พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นทุกปี โดยปี 2562 พบผู้ป่วยจำนวน 18,055 ราย อัตราป่วย 1,314.20 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 130 ราย อัตราป่วยตาย 9.39 ต่อแสนประชากร ปี 2563 พบผู้ป่วยจำนวน 18,255 ราย อัตราป่วย 1,329.89 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 108 ราย อัตราป่วยตาย 7.86 ต่อแสนประชากร และปี 2564 พบผู้ป่วยจำนวน 19,635 ราย อัตราป่วย 1,430.42 ต่อแสนประชากร³

การดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลกันทรวิชัย ตำบลโคกพระ ได้จัดรูปแบบการบริการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพ ตามเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนดโดยการจัดการบริการในรูปแบบ

ของ PCU โดยยึดประชาชนเป็นหลักในการจัดบริการ ปฐมภูมิจากผลการดำเนินงานให้การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลกันทรวิชัย ตำบลโคกพระ พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3 ปี ย้อนหลังดังต่อไปนี้ ปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 268 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.02 ปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 300 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.26 และปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 358 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.72 ซึ่งมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ

คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลกันทรวิชัย เริ่มเปิดให้บริการคลินิกเบาหวานเมื่อ เดือนตุลาคม 2560 ทุกวันพุธที่สามของทุกเดือน เวลา 08.30 – 12.00 น. มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรับการรักษาเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 72 ราย คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลกันทรวิชัย มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานจำนวน 8 คน หมุนเวียนสับเปลี่ยนหน้าที่ในการซักประวัติ คัดกรองผู้ป่วยก่อนรับการตรวจจากพยาบาลเวชปฏิบัติ และนัดมารับการรักษาต่อตามนัด และมีการให้คำแนะนำความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแต่ยังไม่เป็นรูปแบบแน่นอนและเป็นมาตรฐาน เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมาก โดยเฉพาะกิจกรรมการสอน และการให้คำแนะนำผู้ป่วยเบาหวาน ยังไม่มีแบบแผนและขาดความต่อเนื่องและ ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มสัมภาษณ์เชิงเจาะลึกข้อมูลทางด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการต่อเนื่องในคลินิกเบาหวานที่โรงพยาบาลกันทรวิชัย จำนวน 15 คน ในเดือน ตุลาคม 2564 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 10 คน มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องในเรื่องของการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการดูแลสุขภาพทั่วไปโดยเฉพาะเท้า จากการสอบถามรายละเอียดถึงสาเหตุ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ในการดูแลตนเอง เนื่องจากได้รับคำแนะนำในช่วงแรกไม่ต่อเนื่อง ขาดความชัดเจน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงแนวทางที่นำไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิต ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยจะได้รับการสอนให้ควบคุมอาหาร ผู้ป่วยได้ทราบเพียงแต่ว่าไม่ให้รับประทานอาหารหรือผลไม้ที่มีรส

หวานมาก รับประทานอาหารประเภทแป้ง ข้าวให้น้อยลงรับประทานผักมากขึ้นแต่ในรายละเอียดผู้ป่วยไม่ทราบว่าในแต่ละวัน หรือแต่ละมื้อผู้ป่วยควรรับประทานอาหารประเภทใด ปริมาณเท่าใด หรือในเรื่องของการออกกำลังกาย ผู้ป่วยเคยได้รับคำแนะนำให้ออกกำลังกาย แต่ผู้ป่วยไม่ทราบว่าจะออกกำลังกายด้วยวิธีใด หรืออย่างไรจึงจะถูกต้องและเหมาะสม ส่วนในเรื่องการรับประทานยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยทราบแต่เพียงว่าให้รับประทานก่อนอาหาร ผู้ป่วยจึงรับประทานทันทีที่ตื่นนอน เพราะกลัวลืม โดยไม่คำนึงถึงเวลาที่รับประทานอาหารและไม่ทราบว่าจะต้องรับประทานก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง ส่วนเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไปโดยเฉพาะทำผู้ป่วยทราบแต่เพียงว่าต้องไม่ให้เกิดแผลที่เท้าแต่ไม่ทราบวิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง⁴

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การขาดความรู้ความเข้าใจและวิธีปฏิบัติในการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสที่จะเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาได้จากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอยู่เป็นเวลานานหรือมีภาวะควบคุมโรคไม่ดี ก็จะมีปัญหาภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้มาก สิ่งสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวานให้ได้ผลดีนั้นต้องกระทำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตลอดระยะเวลาของการเป็นโรค ดังนั้นจุดมุ่งหมายที่สำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานนั้นไม่ได้อยู่ที่การรักษาให้หายขาด แต่เป็นการส่งเสริมและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง คือ การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ลดระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ และเนื่องจากผู้ป่วยต้องเป็นผู้นำแผนการรักษาไปปฏิบัติ รวมทั้งปรับเปลี่ยนแปลงกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ให้สามารถมีชีวิตอยู่กับภาวะการเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข ดังคำขวัญขององค์การอนามัยโลก ที่ว่า “ถึงแม้ว่าจะเป็นเบาหวานชีวิตก็เป็นสุขได้” โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดรับประทานมาศึกษา เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ ถ้ามีการ

ดูแลสุขภาพตนเองดีและมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง คือ มีความสมดุลในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา ผู้ป่วยจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่วนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จะมีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลที่มีความแปรปรวนมากในแต่ละวันและในแต่ละเวลา โดยอาจจะไม่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายและขนาดของยารักษาเบาหวานที่ได้รับ⁵ จากที่กล่าวมาข้างต้น การที่จะให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้นั้น ควรจะเริ่มจากการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้โดยการให้ผู้ป่วยเบาหวานแต่ละคนนั้น ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ร่วมกันตระหนักถึงปัญหาและช่วยกันแก้ไขปัญหาเพื่อปรับแนวคิด ความเชื่อ เจตคติ การปฏิบัติตนให้การดูแลตนเองเป็นไปในทางที่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยได้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาประยุกต์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองโดยผ่านกระบวนการ 5 ขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Bishop คือ 1) การระลึกประสบการณ์ที่ผ่านมา 2) การระบุประสบการณ์ 3) วิเคราะห์ประสบการณ์ 4) วางแผน 5) ปฏิบัติ⁶ และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ซึ่งแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม มี 3 ด้าน คือ 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ 3) การดูแลตนเองที่จำเป็นในระยะเจ็บป่วย⁷ การประยุกต์ทฤษฎีดังกล่าวโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถดูแลตนเอง และควบคุมโรค ตลอดจนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ภายใต้การสนับสนุนข้อมูลและทักษะอย่างเพียงพอจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ มีการตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น และยังช่วยลดปัญหา

ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

2. เพื่อศึกษา ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

สมมติฐานของการวิจัย

1. ภายหลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และระดับการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

2. ภายหลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และระดับการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research)⁸ แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 35 คน มีการดูแลตามปกติระยะเวลาในการศึกษา คือ เดือนมกราคม – มีนาคม 2566

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดรับประทานและส่งต่อให้มารับบริการในคลินิกเบาหวาน ในเครือข่ายของโรงพยาบาล

กันทรวิชัย ตำบลโคกพระ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม รวมทั้งสิ้น 329 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่คุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยกลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลกันทรวิชัย ตำบลโคกพระ จำนวน 72 คน สุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีจับฉลากจากบัตรประจำตัวผู้ป่วย ได้กลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลขามเรียง จำนวน 71 คนสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีจับฉลากจากบัตรประจำตัวผู้ป่วย ได้กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 35 คนโดยกลุ่มเปรียบเทียบมีคุณลักษณะทางประชากรและสภาวะสุขภาพใกล้เคียงกับกลุ่มทดลองมากที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและประวัติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย ญาติที่เป็นเบาหวาน การออกกำลังกาย และวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การวินิจฉัยโรค การรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของร่างกายในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การดูแลสุขภาพทั่วไป การใช้ยา และการมาตรวจตามแพทย์นัด จำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลด้านการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ในด้านการควบคุม

อาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การดูแลสุขภาพทั่วไป การใช้จ่าย และการมาตรวจตามแพทย์นัด จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลการปฏิบัติเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การดูแลสุขภาพทั่วไป การใช้จ่าย และการมาตรวจตามแพทย์นัด จำนวน 27 ข้อ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมการ

1.1 ศึกษาข้อมูลงานวิจัย ทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวกับประเด็นปัญหาและวัตถุประสงค์การวิจัย

1.2 ศึกษาข้อมูลบริบทในพื้นที่

1.3 จัดทำโครงการวิจัย

1.4 ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินงาน

1.5 ติดต่อประสานงานกลุ่มตัวอย่าง

1.6 จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงานและเตรียมความพร้อมของทีมวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการ คือการดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจัดกิจกรรมโดยประยุกต์ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจและทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ด้วยกิจกรรม 5 ขั้นตอน ด้วยกิจกรรม 5 ขั้นตอน และโดยจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มทดลองจำนวน 4 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 ระยะสรุปผล คือตามแผนการจัดกิจกรรม หลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามหลังการจัดกิจกรรม โดยให้ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตอบแบบสอบถาม (Post-test) และประเมินผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อทดสอบตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์⁸ ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด Paired t-test และ Independent t-test

จริยธรรมการวิจัย/การพิทักษ์สิทธิ์

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 3 ประการ⁹ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect for Person) 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และ 3) หลักยุติธรรม (Justice) โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์เข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยแจ้งสิทธิในการตอบรับ ปฏิเสธและบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา และการเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูลและบุคคลที่เกี่ยวข้องผลการวิจัยจะใช้ประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้นไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูล และกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.30) มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 68.60) อายุต่ำสุด 44 ปี อายุสูงสุด 65 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 82.90) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 85.70) ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 71.40) รายได้ครอบครัวส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 48.6) รายได้สูงสุด 10,000 บาท รายได้ต่ำสุด 2,000 บาท ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่อยู่ช่วง 6-10 ปี (ร้อยละ 57.1) รองลงมาคือ 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 25.7) ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 140-180 mg/dl (ร้อยละ 82.86) รองลงมาได้ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด อยู่ใน ระดับมากกว่า 180 mg/dl ขึ้นไป (ร้อยละ 17.14) ค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง

25.0-29.99 กก./ม (ร้อยละ 51.4) รองลงมามีค่าดัชนีมวลกายอยู่ที่ 18.5 - 22.99 กก./ม (ร้อยละ 22.9) ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีญาติเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 57.1) ผู้ป่วยเบาหวานมีการออกกำลังกาย (ร้อยละ 60) โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีออกกำลังกายแบบเดิน (ร้อยละ 25.7) และนอกจากการกินยาแล้วผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ไม่ได้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยวิธีใดเลย (ร้อยละ 62.9)

กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 35 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 88.60) มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 65.70) อายุต่ำสุด 45 ปี อายุสูงสุด 65 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 85.70) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 80.00) ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 65.70) รายได้ครอบครัวส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 71.40) รายได้สูงสุด 10,000 บาท รายได้ต่ำสุด 2,000

บาท ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่อยู่ช่วง 6-10 ปี (ร้อยละ 65.7) รองลงมาคือ 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 28.6) ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 140-180 mg/dl (ร้อยละ 85.71) รองลงมาได้ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด อยู่ใน ระดับมากกว่า 180 mg/dl ขึ้นไป (ร้อยละ 14.29) ค่าดัชนีมวลกาย ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 25.0-29.99 กก./ม (ร้อยละ 48.6) รองลงมามีค่าดัชนีมวลกายอยู่ที่ 18.5 - 22.99 กก./ม (ร้อยละ 34.3) ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีญาติเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 60.0) ผู้ป่วยเบาหวานมีการออกกำลังกาย (ร้อยละ 54.30) โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีออกกำลังกายแบบเดินและทำงานบ้าน (ร้อยละ 20) และนอกจากการกินยาแล้วผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ไม่ได้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยวิธีการใดเลย (ร้อยละ 48.6)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลอง

ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่ม	ความรู้	n	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความรู้	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	35	17.94	2.94	น้อย	34	13.90	<0.0001*
	หลังการทดลอง	35	25.42	1.14	ดี			
กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนการทดลอง	35	17.74	3.61	น้อย	34	1.74	0.045*
	หลังการทดลอง	35	18.08	3.32	ปานกลาง			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า ภายหลังจากทดลอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลอง มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับดี ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองที่อยู่ในระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองที่อยู่ในระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่ม	การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง	n	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการรับรู้	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	35	2.19	0.14	ปานกลาง	34	27.35	<0.0001*
	หลังการทดลอง	35	2.85	0.06	ดี			
กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนการทดลอง	35	2.21	0.10	ปานกลาง	34	1.40	0.084
	หลังการทดลอง	35	2.22	0.12	ปานกลาง			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ภายหลังจากทดลอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลอง มีระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองที่อยู่ในระดับปานกลาง อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองก่อนการทดลองและหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลอง ภายใกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่ม	การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง	n	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการรับรู้	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	35	2.21	0.08	ปานกลาง	34	38.06	<0.0001*
	หลังการทดลอง	35	2.85	0.06	ดี			
กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนการทดลอง	35	2.22	0.11	ปานกลาง	34	1.77	0.043*
	หลังการทดลอง	35	2.23	0.11	ปานกลาง			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ภายหลังจากทดลอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลอง มีระดับการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองที่อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่ม	การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง	n	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการรับรู้	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	35	17.94	2.94	น้อย	68	0.25	0.400
	หลังการทดลอง	35	17.74	3.61	น้อย			
กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนการทดลอง	35	25.42	1.14	ดี	68	12.34	<0.0001*
	หลังการทดลอง	35	18.08	3.32	ปานกลาง			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับน้อย ไม่แตกต่างกัน ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลอง มีระดับ

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน อยู่ในระดับดี ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่ม	การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง	n	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการรับรู้	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	35	2.19	0.14	ปานกลาง	68	0.52	0.300
	หลังการทดลอง	35	2.21	0.10	ปานกลาง			
กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนการทดลอง	35	2.85	0.06	ดี	68	27.18	<0.0001*
	หลังการทดลอง	35	2.22	0.12	ปานกลาง			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 5 พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลอง กลุ่ม

ทดลอง มีระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

	การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง	n	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการรับรู้	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	35	2.21	0.08	ปานกลาง	68	0.35	0.363
	หลังการทดลอง	35	2.22	0.11	ปานกลาง			
กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนการทดลอง	35	2.85	0.06	ดี	68	26.97	<0.0001*
	หลังการทดลอง	35	2.23	0.11	ปานกลาง			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 6 พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มี

ระดับการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ที่อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า

ระดับน้ำตาลในเลือด	กลุ่มทดลอง (n=35)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
70-120 (ดี)	-	-	33	94.30	-	-	-	-
121-140 (พอใช้)	-	-	2	5.70	-	-	-	-
141-180 (ปรับปรุ้ง)	29	82.90	-	-	30	85.70	30	85.70
> 180 (ไม่ดี)	6	17.10	-	-	5	14.30	5	14.30

จากตารางที่ 7 พบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 94.30) ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง ที่อยู่ในระดับต้องปรับปรุง (ร้อยละ 82.90) และกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง อยู่ในระดับต้องปรับปรุงเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 85.70)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 การที่ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้

เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้อาจเป็นผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการรำลึกถึงประสบการณ์ การระบุประสบการณ์ การวิเคราะห์ การวางแผน และการปฏิบัติ ซึ่งการจัดกิจกรรมในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการจัดกิจกรรมกลุ่มและวิธีการฝึกทักษะโดยการปฏิบัติจริง ได้แก่ ในกิจกรรมครั้งที่ 1 จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ทั่วไป รวมไปถึงการดูแลตนเองในด้านต่างๆ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพทั่วไปโดยเฉพาะเท้า ประกอบกับให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพิจารณาบทพจน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม โดยผู้วิจัยสรุปประเด็นเนื้อหาที่สำคัญ พร้อมทั้งอธิบายประกอบการชี้แจงรายละเอียดวิธีการลงบันทึกกิจกรรมในสมุดบันทึกสุขภาพ แบบบันทึกการรับประทานอาหารและแบบบันทึกการออกกำลังกาย ให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติที่บ้านทุกวัน เพื่อให้ประเมินผลการปฏิบัติการดูแลตนเอง ผู้วิจัยแจกคู่มือการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยเบาหวานได้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในการจัดโปรแกรมการดูแลตนเองในครั้งนี้ผู้ป่วยจะได้รับประสบการณ์ตรง คือผู้ป่วยได้มีการฝึกปฏิบัติการจัดมื้ออาหารการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย การฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพเท้า จากนั้นผู้วิจัยสรุปความเข้าใจและทบทวนความรู้อีกครั้งเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันและถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานตระหนักว่าความรู้เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเกิดความมั่นใจในความรู้ที่ได้รับนำไปสู่การดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พจนารถ ดวงคำน้อย⁹ (2560) พบว่าหลังการจัดโปรแกรมการดูแลตนเอง ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วาสนา เหนือผุยผาย¹⁰ (2562) พบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวาน

กลุ่มทดลองมีความรู้สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พูนศิริ อรุณเนตร¹¹ (2561) พบว่า กิจกรรมการสอน โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 2 การที่ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการจัดกิจกรรมตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยจัดให้กับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการค้นหาปัญหาร่วมกันโดยให้ผู้ป่วยระลึกประสบการณ์ที่ผ่านมา ระบุปัญหาและแก้ไขปัญหา แล้วนำไปปฏิบัติให้เหมาะสมกับปัญหาของตนเอง นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวานยังได้ฝึกทักษะการดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียด การดูแลสุขภาพทั่วไปโดยเฉพาะเท้า ผู้ป่วยได้นำไปปฏิบัติแล้วบันทึกลงในสมุดบันทึกสุขภาพ นำผลที่ได้มาวิเคราะห์ร่วมกัน และผู้ป่วยยังได้ฟังตัวแบบเล่าประสบการณ์ทำให้เกิดแนวทางการปฏิบัติจากตัวแบบมาเปรียบเทียบกับตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าทำได้ ถ้ามีความตั้งใจ และพยายาม ซึ่งเป็นการเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธิตา ศิริ¹ (2561) พบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการเพิ่มพลังอำนาจมีการรับรู้ความสามารถในตนเองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิตยา เพ็ญศิริ

นภา⁶ (2560) พบว่า หลังการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการแลกเปลี่ยนความรู้ความคิด และการวิเคราะห์ปัญหาที่เป็นจริง ที่อยู่ในความสนใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถได้รับการยอมรับนับถือ นำไปสู่ความรู้สึกมีพลัง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อูรา สุวรรณรักษ์¹² (2562) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการเพิ่มพลังอำนาจมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง
ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 จากผลของการปฏิบัติตนทำให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าลดลงกว่าก่อนการทดลองการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองที่เกิดขึ้น เนื่องจากการการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง วิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ปัญหา ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองภายในกลุ่ม ภายใต้บรรยากาศที่เป็นกันเอง การได้เห็นตัวแบบและแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมถูกต้อง อันได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การดูแลสุขภาพทั่วไปโดยเฉพาะเท้า การใช้ยา และมาตรวจตามแพทย์นัด ซึ่งเมื่อผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสมแล้ว ก็สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ลดลงอยู่ในระดับปกติได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ มยุรี สมอาษา¹³ (2561) พบว่า หลังการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้รูปแบบการสร้างพลังทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองดีกว่า

ก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธิตา ศิริ¹ (2561) พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กนกรัตน์ เรววรรณ¹⁴ (2562) พบว่า หลังการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเพิ่มพลังอำนาจต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเบาหวาน มีการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองและลดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิมล นิติวรางกุล¹⁵ (2563) พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานมีการปฏิบัติตนสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถในการการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานไปใช้ในศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) อย่างต่อเนื่อง ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1.1 การจัดกิจกรรมจะต้องมีความพร้อมในด้านเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) โดยตรงในเรื่องจัดโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจเพื่อปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่และควรจัดอบรมทักษะในเรื่องการใช้โปรแกรมแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขภายใน

ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) เพื่อให้มีทักษะในการนำโปรแกรมไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

1.2 การจัดบรรยากาศในการเรียนรู้ ควรเป็นห้องที่เป็นส่วนตัว สงบเงียบ อากาศถ่ายเทได้สะดวก เพื่อให้สมาชิกมีสมาธิในการทำกิจกรรม

1.3 การอภิปรายกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยได้การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น รวมทั้งได้ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ตลอดจนร่วมกันอภิปรายหาแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาดังกล่าวจึงนับว่าเป็นวิธีการที่ดีสามารถช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองได้เหมาะสม

1.4 ควรนำแบบบันทึกการรับประทานอาหารและแบบบันทึกการออกกำลังกายไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ต้องควบคุมอาหารและส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยจัดทำแบบบันทึกให้ง่ายต่อการ

บันทึก ประหยัดเวลา และน่าสนใจ และควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดทำจะทำให้ผู้ป่วยสนใจและเห็นคุณค่าของการบันทึกมากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษากการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาให้มากขึ้น เพื่อติดตามผลและยั่งยืนของพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป

2.2 ควรมีการศึกษากการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไปศึกษากับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด เป็นต้น ที่มีบริบทคล้ายๆ กัน

เอกสารอ้างอิง

1. ธิศา ศิริ. (2561). โปรแกรมการสร้างพลังร่วมกับการตั้งเป้าหมายเพื่อปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
2. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2560). สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ : อูษาการพิมพ์.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. สรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (สุขภาพดีวิถีไทย). มหาสารคาม : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.
4. โรงพยาบาลกันทรวิชัย. สรุปผลการปฏิบัติราชการประจำปี 2565 (KPI). กันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม : สังกัดในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.
5. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2551). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท.
6. นิตยา เพ็ญศิริณภา. (2560). รูปแบบการศึกษาเพื่อสร้างพลัง. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : กองสุกศึกษากระทรวงสาธารณสุข.
7. สมจิต หนูเจริญ. (2543). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ 4. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : วี เจ พรินต์.
8. บุญชม ศรีสะอาด. (2535). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.
9. พจนารถ ดวงคำน้อย. (2560). การจัดโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลไชยบุรี อำเภอกาฬสินธุ์ จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ ส.ม.มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
10. วาสนา เหนือผุยผาย. (2562). การเปรียบเทียบผลของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานระหว่างการใช้สื่อ ประสม และการให้ความรู้ตามปกติ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัย มหาสารคาม.

11. พูนศิริ อรุณนตร. (2561). ผลการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
12. อูรา สุวรรณรักษ์. (2562). การเพิ่มพลังอำนาจต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาล สทิงพระ จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
13. มยุรี สมอาษา. (2561). รูปแบบการสร้างพลังต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ ส.ม. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
14. กนกรัตน์ เรวรรณ. (2562). การประยุกต์รูปแบบการเพิ่มพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
15. วิมล นิติวรางกูร. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการวิเคราะห์พฤติกรรมทฤษฎี ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วยที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ผลการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉวยโอกาสวัณโรค โรงพยาบาลศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

The results of caring system development for HIV infected people with tuberculosis infection Sriwilai Hospital Bueng Kan Province

(Received: August 19,2023 ; Revised: August 24,2023 ; Accepted: August 26,2023)

เกษณพงษ์ ชุมพล¹ Kritsanapong Chumphon¹

ไพศาล ไกรรัตน์² Paisan Krairat²

ฐิตารีย์ สร้อยศรี³ Thitaree Soisri³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉวยโอกาสวัณโรค รวมถึงการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉวยโอกาสวัณโรค โรงพยาบาลศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ ผู้ให้บริการ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล วิชาชีพ เจ้าหน้าที่และบุคลากรสาธารณสุข และผู้รับบริการ ประกอบด้วยผู้ป่วยและญาติ รวมจำนวน 130 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยจากการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านผู้ให้บริการพบว่า บุคลากรผู้ให้บริการจะมีพยาบาลวิชาชีพหลัก 1 คน ซึ่งไม่เพียงพอต่อการให้บริการและมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลผู้รับบริการ ประกอบกับเจ้าหน้าที่มีภาระงานหลายหน้าที่ทำให้การปฏิบัติงานมีความล่าช้า เช่น การบันทึกข้อมูลโปรแกรม NAP plus เป็นต้น ในส่วนผู้รับบริการพบว่า ผู้ป่วยมีการขาดนัดและการขาดยา เนื่องจากการเดินทางลำบากและบางรายมีการเดินทางไปทำงานต่างจังหวัดเป็นประจำ เป็นต้น

ผลการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีวัณโรคร่วม พบว่า มีการจัดบริการผสมผสานระหว่างการรักษาที่คลินิกในโรงพยาบาลและการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยมีการจัดระบบส่งยาให้ถึงที่บ้านในกรณีที่มาตามนัดไม่ได้และมีการจัดตั้งกลุ่มโฮมไจ (เพื่อช่วยเพื่อนในการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันโดยมีบุคลากรสาธารณสุขให้การสนับสนุนส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรับบริการถึงระดับมากที่สุด (Mean= 4.76, SD=0.45)

คำสำคัญ: ติดเชื้อ HIV วัณโรค

ABSTRACT

The purpose of research was to study the situation and care system for HIV-infected persons with opportunistic tuberculosis infection. Including the development of a care system for people with HIV infected with opportunistic tuberculosis in Sriwilai Hospital Bueng Kan Province and using action research methodology. The sample group for data collection was service providers consisting of doctors, pharmacists, nurses and public health officials and service recipients consist of 130 patients and their relatives. Data were analyzed using a computer program to find frequency, percentage, mean, standard deviation. The research findings from the analysis of the service provider situation result: Service personnel will have 1 main nurse, which is insufficient to provide services and has limited access to service recipient information. In addition, the officers have many workloads causing delays in operations such as the NAP plus recording program data. In the part of service recipients, it was found that Patients have missed appointments and missed medication. Due to difficult travel and some people have to travel to work in other provinces on a regular basis.

¹ นายแพทย์ระดับชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

² นักวิชาการสาธารณสุขระดับชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

³ พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ โรงพยาบาลศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

The results of the development of a care system HIV-infected persons with opportunistic tuberculosis infection found that There is a system to deliver medicines to the home in case the appointment cannot be made. The Home Jai group was established (to help friends) to help each other with support from health personnel, resulting in patient satisfaction with the service at the highest level. (Mean= 4.76, SD=0.45)

Keyword: HIV infected, Tuberculosis

บทนำ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อฉวยโอกาสวัณโรคทั้งสองโรคนี้มีความสัมพันธ์และผลกระทบซึ่งกันและกัน วัณโรคเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ผู้ป่วยวัณโรคลุกลามขึ้นเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายอ่อนแอลง ยิ่งไปกว่านั้นการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มการป่วยเป็นวัณโรคซึ่งจากสาเหตุการลุกลามของเชื้อวัณโรคเดิมหรือการรับเชื้อวัณโรคใหม่เข้าไปในร่างกายทำให้มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อการระบาดและการควบคุมโรคอย่างมาก เพื่อลดอัตราการตายและผู้ป่วยรายใหม่ที่จะเกิดขึ้น การส่งเสริมความเข้มแข็งกลไกการประสานความร่วมมือระหว่างงานวัณโรคและเอดส์ที่จะทำให้ระบบการดูแลรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2559 ประเมินการว่าประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ 119,000 ราย โดยมีผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี 10,000 ราย และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา RR/MDR-TB 4,7000 ราย ขณะที่กองวัณโรค รายงานผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559 ระบุว่าผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค (ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) 70,114 ราย โดยผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 6,794 ราย (ร้อยละ 11 ของผู้ที่ตรวจหาเชื้อเอชไอวี) ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน 955 ราย และวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก 13 ราย โดยมีผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำร้อยละ 82.9 และรายงานวัณโรคของโลกปี พ.ศ. 2563 (Global Tuberculosis Report 2020 - ข้อมูลปี พ.ศ. 2562 โดยองค์การอนามัยโลกประมาณว่าประชากร 10

ล้านคน (ช่วงระหว่าง 8.9 - 11 ล้านคน) ป่วยจากวัณโรค ในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นตัวเลขที่ลดลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยในปีเดียวกันมีประมาณ 1.2 ล้านคน (ช่วงระหว่าง 1.1 - 1.3 ล้านคน) ที่เสียชีวิตจากวัณโรค ซึ่งลดลงจาก 1.7 ล้านคน จากปี พ.ศ. 2543 และประมาณ 208,000 คน (ช่วงระหว่าง 177,000 - 242,000 คน) เป็นการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี (ลดลงจาก 678,000 คน ในปี พ.ศ. 2543) เป็นเพศชายที่อายุ 15 ปี หรือมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 56 ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในปี พ.ศ. 2562 ในขณะที่เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 32 และเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ร้อยละ 12 โดยในจำนวนเหล่านี้ร้อยละ 8.2 เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี สำหรับประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศ ที่องค์การอนามัยโลกจัดเป็นกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High Burden Countries) ได้แก่ ภาระโรควัณโรค (Tuberculosis: TB) วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (Tuberculosis in HIV:TB/HIV) และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug Resistant Tuberculosis:MDR-TB) ในรายงานองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2563 (WHO, Global TB Report 2020) มีการคาดประมาณทางระบาดวิทยาว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำประมาณ 105,000 ราย หรือคิดเป็น 150 ราย ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) จำนวน 10,000 ราย ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึง 11,000 ราย มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานหรือดื้อยา Rifampicin (Multidrug and Rifampicin-Resistant Tuberculosis:MDRV/RR-TB) 2,500 ราย ซึ่งคาดประมาณว่าจะพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา MDR/RR-TBคิดเป็นร้อยละ 1.7 ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่มี

ประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน ในขณะที่มีการรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่เพียงร้อยละ 0.41

จึงมีการกำหนดแนวนโยบายเพื่อการดำเนินงานที่เป็นมาตรฐานของประเทศโดยองค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะหลักการดำเนินงานด้านวัณโรคและเอดส์ ประกอบด้วย 1.การจัดตั้งและส่งเสริมความเข้มแข็งกลไกการประสานความร่วมมือระหว่างแผนงานวัณโรคและเอดส์ โดยจัดให้มีคณะกรรมการหรือกลไกประสานความร่วมมือของงานวัณโรคและเอดส์ทั้งในระดับชาติ เขต จังหวัด อำเภอและในสถานบริการสาธารณสุข มีการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรคและความชุกของวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนบูรณาการแผนงานและการให้บริการงานวัณโรคและเอดส์ทั้งการกำหนดบทบาทหน้าที่และรูปแบบการให้บริการในสถานบริการสาธารณสุขและในชุมชน 2.ลดปัญหาของวัณโรคในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีการจัดระบบเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวัณโรคและระบบการรักษาการติดเชื้อวัณโรคในระยะแฝงตามเกณฑ์การรักษารวมถึงระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายและติดเชื้อวัณโรคในสถานบริการสาธารณสุข 3.ลดปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค มีการจัดบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการสาธารณสุข การส่งเสริมสนับสนุนให้ความรู้การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแก่ผู้ป่วยวัณโรครวมถึงการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องทั้งด้านสังคมและจิตใจ¹

สถานการณ์วัณโรคจังหวัดบึงกาฬ ผลการดำเนินงานปี 2562 – 2565 พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา (ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) จำนวน 374,358,302 และ 263 รายตามลำดับ มี (1) อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษา (TB Treatment Coverage) ร้อยละ 56.67 (ของค่าประมาณการ 156 ต่อแสนประชากร) ร้อยละ 55.31 (ของค่าประมาณการ 153 ต่อแสนประชากร) ร้อยละ 57.48 (ของ

ค่าประมาณการ 150 ต่อแสนประชากร) ร้อยละ 41.55 (ของค่าประมาณการ 150 ต่อแสนประชากร) (2) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เท่ากับร้อยละ 87.84, 89.19, 83.60 และ 83.33 ตามลำดับ ปี 2564 ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ 85) ปี 2565 ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ 88) (3) ร้อยละการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงเน้นการค้นหาในกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม ปีงบประมาณ 2565

สำหรับสถานการณ์วัณโรคอำเภอศรีวิไล ย้อนหลัง 3 ปี (2563 – 2565) มีอัตราป่วย 140.24 , 111.40 , 146.50 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งมีอัตราป่วยด้วยโรควัณโรคสูงทุกปี จากแนวทางคัดกรองวัณโรค Pulmonary tuberculosis ด้วย verbal screening และ CXR 1 ครั้ง/ปี และตรวจ Viral load ปีละครั้ง ผู้ป่วยไม่ได้มาตรวจตามเป้าหมาย ทำให้ขาดยา กินยาไม่ต่อเนื่องและมีกรณีผู้ป่วยรายใหม่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสขาดการติดต่อ จึงมีโอกาสเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส วัณโรคได้ ซึ่งจากสรุปรายงานประจำปี 2565 พบว่าผู้ป่วยเอชไอวีมีการขาดนัดรับยา ร้อยละ 4.35 เนื่องจากมีภาระหน้าที่ในการดำเนินชีวิตและการทำงานเลี้ยงชีพอยู่ต่างจังหวัด ทำให้การเดินทางมารับบริการไม่สะดวกและล่าช้า และพบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อฉวยโอกาสจากการขาดยาและทานยาไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยบางคนที่พักปิดข้อมูลและยังไม่รับยาต้านไวรัส ทำให้เข้าถึงบริการล่าช้าและไม่สามารถให้บริการตามเกณฑ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และระบบการดูแลรักษาการติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉวยโอกาสวัณโรค โรงพยาบาลศรีวิไล จังหวัด บึงกาฬ
2. เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉวยโอกาสวัณโรค โรงพยาบาลศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉวยโอกาสวัณโรค โรงพยาบาลศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

วิธีการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของ เคมมิส และแมคแทกกาท (Kemmis & Mc Taggart, 1990) ระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือนมิถุนายน 2564 - เดือนกันยายน 2565 รวม 16 เดือน โดยกำหนดวิธีดำเนินการวิจัยไว้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาบริบท วิเคราะห์สถานการณ์การบริหารจัดการและการสำรวจปัญหาการดำเนินงานคลินิกเอดส์และวัณโรคของโรงพยาบาลศรีวิไล รวมถึงการกำหนดแนวคิดความร่วมมือ การวางแผนแนวทางการวิจัย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยเก็บข้อมูลจากผู้บริหารและบุคลากรเป้าหมายที่เกี่ยวข้องด้วยการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม (Focus group discussion) จำนวน 1 กลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างจำนวน 3 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive selection) และการศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเอดส์และวัณโรค ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีการกำหนดให้มีผู้สัมภาษณ์หลัก (Moderator) ผู้จดบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ (Note taker) และใช้เครื่องบันทึกเสียง ซึ่งได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลแล้วตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมการ (Preparation) การเตรียมจัดประชุมเพื่อการวางแผนการวิจัยโดยพิจารณาด้านบุคลากร งบประมาณ วิธีการ และระยะเวลา

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผน (Planning) มีการกำหนดประเด็นปัญหาที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 โดยร่วมกันอภิปรายโดยใช้หลักการบูรณาการเพื่อการพัฒนาไปสู่การพิจารณาในการจัดทำแผนปฏิบัติการที่ครอบคลุมทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติ (Acting) นำแผนปฏิบัติการที่ได้จากขั้นตอนที่ 3 ไปปฏิบัติให้บรรลุผลโดยกำหนดให้มีการบันทึกผลการติดตามความก้าวหน้าและการปรับปรุงแก้ไข มีการจัดประชุมเพื่อสรุปผลในขั้นตอนนี้ร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 5 การสังเกตผล (Observing) จัดประชุมเพื่อประเมินผลที่เกิดขึ้นซึ่งขั้นตอนนี้จะทำความเข้าใจกับการปฏิบัติโดยใช้การสังเกตของผู้วิจัยโดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามผู้ให้บริการและผู้รับบริการ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และแบบบันทึกการสังเกต

ขั้นตอนที่ 6 การสะท้อนผล (Reflecting) มีการจัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อสรุปผลการดำเนินการ การถอดบทเรียน และการให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบบริการเอดส์และวัณโรคต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นบุคลากรในโรงพยาบาลศรีวิไล ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรค

กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรในโรงพยาบาลศรีวิไล ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรค จำนวน 35 คน และผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 63 คน ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับผู้ให้บริการ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความพึงพอใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความพึงพอใจมาก
2.61 – 3.40	มีความพึงพอใจปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความพึงพอใจน้อย
1.00 - 1.80	มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยนำเครื่องมือ (แบบสอบถาม) ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหาร จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือวัดทางจิตวิทยา จำนวน 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบข้อคำถามแต่ละข้อว่าวัดได้ตรงกับพฤติกรรมที่กำหนดไว้ จากนั้นนำผลที่ได้ไปคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item objective congruence index : IOC) โดยคัดเลือกข้อที่มีค่าดัชนีตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับสถานบริการสาธารณสุขอื่นภายในจังหวัดซึ่งไม่ใช่กลุ่มผู้ให้ข้อมูล จำนวน 30 คน นำมาหาอำนาจจำแนกรายชื่อของแบบสอบถาม โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งหมด (Item-total Correlation) โดยพบว่ามีค่าเท่ากับ 0.94 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.93 คัดเลือกข้อคำถามที่มีความเหมาะสมตามเกณฑ์ข้างต้น แล้วปรับปรุงนำมาจัดทำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์

2. แบบสอบถามสำหรับผู้รับบริการ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับผู้รับบริการ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความพึงพอใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความพึงพอใจมาก
2.61 – 3.40	มีความพึงพอใจปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความพึงพอใจน้อย
1.00 - 1.80	มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยนำเครื่องมือ (แบบสอบถาม) ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหาร จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือวัดทางจิตวิทยา จำนวน 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบข้อคำถามแต่ละข้อว่าวัดได้ตรงกับพฤติกรรมที่กำหนดไว้ จากนั้นนำผลที่ได้ไปคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item objective congruence index : IOC) โดยคัดเลือกข้อที่มีค่าดัชนีตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับสถานบริการสาธารณสุขอื่นภายในจังหวัดซึ่งไม่ใช่กลุ่มผู้ให้ข้อมูล จำนวน 30 คน นำมาหาอำนาจจำแนกรายชื่อของแบบสอบถาม โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งหมด (Item-total Correlation) โดยพบว่ามีค่าเท่ากับ 0.97 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.91 คัดเลือกข้อคำถามที่มีความเหมาะสมตามเกณฑ์ข้างต้น แล้วปรับปรุงนำมาจัดทำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indept Interview) การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม

(Focus group discussion) และจากการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ผลการวิจัย

1. ในมิติผู้ให้บริการมีความคิดเห็นว่าการปฏิบัติงานเข้าเบื้องต้นในการจัดบริการในภาพรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.30, SD=0.48) หากแยกพิจารณารายหัวข้อพบว่าบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องเอดส์และวัณโรค การได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดบริการผู้บริหารให้การสนับสนุนการดำเนินงานทั้งบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ และเวลาที่เพียงพออยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานรวมถึงนโยบายและเป้าหมายขององค์กรมีความสอดคล้องกับการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ส่วนกระบวนการดำเนินงานในภาพรวมมีความเหมาะสมในระดับมาก (Mean = 4.12, SD=0.52) หากแยกพิจารณารายหัวข้อพบว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการบริหารจัดการอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาเป็นกำหนดวัตถุประสงค์และนโยบายอย่างชัดเจนและการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัดการอบรมหรือการศึกษาดูงานอยู่ในระดับมาก ส่วนผลลัพธ์ในภาพรวมอยู่ในระดับมากเมื่อพิจารณารายหัวข้อพบว่า การบรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ การสามารถควบคุมการแพร่ระบาดของเอดส์และวัณโรคอยู่ในระดับมาก

2. ในมิติผู้รับบริการ พบว่า การปฏิบัติตัวดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรค โดยเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.94, SD= 0.56) เมื่อพิจารณารายประเด็นจะเห็นว่าการรับประทายด้านไวรัสและยารักษาวัณโรคตรงเวลา รวมถึงการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับมากที่สุด แต่ก็มีกลุ่ม

รับประทายบ้างในบางวัน อยู่ในระดับน้อย (Mean=2.17, SD= 0.35) สำหรับความพึงพอใจในการรับบริการคลินิกเอดส์และวัณโรคในโรงพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.78, SD= 0.45) หากพิจารณาในรายประเด็นพบว่า แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่มีบริการที่เป็นกันเอง ยิ้มแย้มแจ่มใส พุดจาสุภาพ การอธิบายเรื่องโรคและขั้นตอนและวิธีการรักษา รวมถึงเภสัชกรมีการแนะนำเรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้องและมีความเอาใจใส่ บริการด้วยมิตรไมตรีอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาเป็นระยะเวลารอคอยรอรับยาและค่าใช้จ่ายที่มารับบริการอยู่ในระดับมาก

3. กลไกการดำเนินงาน

3.1 การกำหนดนโยบายด้านวัณโรคและเอดส์ โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการในการขับเคลื่อนและดำเนินการเรื่องนี้ประกอบด้วย 1. คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย (PCT) 2. คณะกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC) 3. คณะกรรมการควบคุมป้องกันเอดส์และวัณโรคอำเภอศรีวิไล โดยคณะกรรมการ PCT จะพิจารณาในการวางระบบบริการให้ได้มาตรฐานและบริบทสอดคล้องกับการทำงานของคณะกรรมการ IC และมีการเชื่อมต่อประสานกับคณะกรรมการควบคุมป้องกันเอดส์และวัณโรคอำเภอศรีวิไล ซึ่งจะมีบุคลากรจากเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการ ได้แก่ ผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)

3.2 การประชุมที่มวัณโรคและเอดส์เพื่อชี้แจงนโยบายและแลกเปลี่ยนความรู้และแนวทางการดำเนินงานตลอดจนการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

3.3 การจัดทำแนวทางการประสานและการส่งต่อรวมทั้งการประสานงานกับเครือข่ายบริการสาธารณสุข ได้แก่ สสอ. รพ.สต. เพื่อติดตามผลการดูแลรักษาและการติดตามเยี่ยมบ้าน

3.4 การกำกับติดตามประเมินผล

4. การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อวัณโรค โรงพยาบาลศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ซึ่งการจัดบริการโดยให้คลินิกวัณโรคและเอ็ดส์เป็นคลินิกเดียวกันมีทีมงานเป็นทีมเดียวกันมีการประสานการดำเนินงานร่วมกันในการดูแลรักษาโดยมีการกำหนดแนวทางดังนี้

4.1 การดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมป้องกันเอ็ดส์และวัณโรคอำเภอศรีวิไล

4.2 การประชุมชี้แจงนโยบายและการดำเนินงาน ประกอบด้วย การประชุมหารือ การประชุมชี้แจง การประชุมติดตามงาน และการประชุมติดตามผลและถอดบทเรียน

4.3 การจัดบริการ ซึ่งประกอบด้วย

4.3.1 การค้นหาและคัดกรองวัณโรคและเอ็ดส์ ประกอบด้วย การคัดกรองวัณโรคในผู้รับบริการที่คลินิกเอชไอวีคลินิกบริการรักษาที่ให้บริการเกี่ยวกับเอชไอวี การตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค

4.3.2 การตรวจวินิจฉัยวัณโรคและเอ็ดส์ที่รู้ผลในวันเดียว

4.3.3 การดูแลรักษาวัณโรคและการให้ยาต้านเอชไอวีในผู้ป่วยที่พบว่า เป็นวัณโรคและเอ็ดส์

4.3.4 การป้องกันการเป็นวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

4.3.5 การส่งเสริมการกินยารักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่องโดยใช้ระบบ DOT (Directly Observed Treatment) การติดตามเยี่ยมบ้านและการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม เศรษฐกิจให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ป่วยเป็นวัณโรคและครอบครัว ซึ่งมีทั้งระบบ onsite และ ระบบ DOT Telemedicine ไปยัง รพ.สต.

4.3.6 จัดตั้งกลุ่มโฮมใจ (เพื่อนช่วยเพื่อน) ในการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันของผู้ป่วย

4.4 การติดตามประเมินผล ประกอบด้วย เวทีประชุมและระบบรายงานผู้บริหารทุกเดือน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า บุคลากรผู้ให้บริการในคลินิกวัณโรคและเอ็ดส์มีระดับความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อแยกรายประเด็นพบว่า ด้านปัจจัยนำเข้าเบื้องต้นอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาเป็นด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ที่อยู่ในระดับมาก ซึ่งเมื่อพิจารณาในแต่ละด้านจะเห็นว่าปัจจัยนำเข้าเบื้องต้นที่บุคลากรผู้ให้บริการมีความรู้ความสามารถและการได้รับการพัฒนาศักยภาพทั้งความรู้และทักษะอย่างเพียงพอ ประกอบกับการได้รับสนับสนุนจากผู้บริหารทั้ง วัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณ และการมีส่วนร่วมในการออกแบบการจัดบริการทำให้การจัดบริการเป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุจกัลยา ชาวเขา (2562)³ ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรคหัดของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล พบว่า การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ในการดำเนินงานควบคุมโรคหัดในพื้นที่ ผลการประเมินภาพรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับดี มีระบบบริหารจัดการในการวางแผนประเมินผลการปฏิบัติงานและเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากรบุคคล งบประมาณ ระบบข้อมูล เทคโนโลยีสารสนเทศ วัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอพร้อมใช้และเหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งกระบวนการดำเนินงานบุคลากรและเครือข่ายมีศักยภาพในการปฏิบัติงานและได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหาร ส่งผลให้ผลลัพธ์ในการดำเนินงานควบคุมการระบาดของโรคหัดในพื้นที่ประสบความสำเร็จเมื่อพบผู้ป่วยสามารถควบคุมไม่ให้เกิดการระบาดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของปนัดดา ไชยชมภู และธันวดี รุ่งชอบ (2555)² ที่ศึกษาการประเมินผลโครงการพัฒนาต้นแบบอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนในพื้นที่สาธารณสุขเขต 14 ที่พบว่า ด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินการ และผลผลิตของโครงการล้วนมีส่วนสนับสนุนให้การดำเนินโครงการประสบความสำเร็จสอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ นโยบายขององค์กรและเครือข่าย การมีปัจจัยเบื้องต้นคือ ความพร้อมด้าน

ทรัพยากรบุคคลที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน ความพร้อมด้านเทคโนโลยี ความพร้อมด้านงบประมาณทำให้การดำเนินโครงการสามารถตอบสนองวัตถุประสงค์ได้เป็นอย่างดี แต่แตกต่างจากการศึกษาของ มนัสศรา อัจฉริยะเมธากุล (2562)⁴ ที่ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ด้านปัจจัยนำเข้าที่มีทั้งทรัพยากรบุคคล งบประมาณ เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ การบริหารจัดการ มีระบบดูแลที่มีความเหมาะสมและเพียงพอ ตลอดจนบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจและมีความสามารถเฝ้าต่อการจัดระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนกระบวนการมีการวางแผนดูแลรายบุคคล มีการจัดบริการดูแลที่บ้าน และชุมชน มีทีมครอบครัวดูแลอย่างเป็นระบบในภาพรวมอยู่ในระดับมากแต่ผลผลิตพบว่า มีความครอบคลุมการได้รับสิทธิประโยชน์และความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

สำหรับมิติผู้รับบริการการปฏิบัติตัวดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรค โดยเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และจากการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลจะเห็นว่ามีการจัดระบบบริการและระบบติดตามที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก มีการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการรับบริการ ได้แก่ การร่อนบัตร รอตรวจ และรอรับยาไม่นาน สถานที่มีความสะอาด สะดวกสบาย บุคลากรผู้ให้บริการมีการพูดคุยอย่างเป็นกันเอง ยิ้มแย้มบริการด้วยมิตรไมตรี การพัฒนาระบบการติดตามโดยการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล

(Telemedicine) และการมีกลุ่มเพื่อช่วยเพื่อนในการดูแลซึ่งกันและกัน ทำให้ความพึงพอใจของผู้รับบริการอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรัสวดี กลิ่นชั้น (2553)⁶ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามขั้นตอนการปรึกษาเพื่อการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรคของเจ้าหน้าที่งานวัณโรคโรงพยาบาลของรัฐ พบว่า สิ่งแวดล้อมองค์กรที่สนับสนุนเจ้าหน้าที่งานวัณโรคมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามขั้นตอนการปรึกษาเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและปัจจัยนี้สามารถใช้ในการทำนายการปฏิบัติตามขั้นตอนของการปรึกษาด้วยพบว่า ปัจจัยองค์กรที่เป็นอุปสรรคคือระบบการจัดการในการให้การปรึกษาที่ควรได้รับการแก้ไขเพื่อส่งผลต่อการปฏิบัติตามขั้นตอนของการปรึกษาให้ดียิ่งขึ้นและสอดคล้องกับการศึกษาของ แมน แสงภักดิ์ (2555)⁵ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการขาดการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ จังหวัดยโสธร พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขาดการขึ้นทะเบียนวัณโรคมีการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐไม่มีความสะดวก ร้อยละ 85.7 และระยะทางถึงโรงพยาบาลที่รับการรักษามีระยะทาง 11-20 กิโลเมตร ร้อยละ 27.2 สำหรับพาหนะที่ใช้ในการเดินทางส่วนใหญ่เป็นการเดินหรือขี่จักรยานมากที่สุด ร้อยละ 100 รองลงมาคือรถจักรยาน ร้อยละ 55.6 ซึ่งระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางตั้งแต่ 61 นาทีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 66.7 ส่วนค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษาแต่ละครั้งเท่ากับ 150 บาทขึ้นไป ร้อยละ 26.5

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมควบคุมโรค (2565) แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีวัณโรคร่วม.สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ ดีไซน์ สิงหาคม 2565.
- 2.ปนัดดา ไชยชมภู และธันวดี รุ่งรอบ (2555) โครงการพัฒนาต้นแบบอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนในพื้นที่สาธารณสุขเขต14 ปี 2555.กลุ่มพัฒนาภาคีเครือข่าย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัด

นครราชสีมา.

3. รุจกัลยา ขาวเขาะ. (2562). ปัจจัยความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรคหัดของอำเภอเมือง จังหวัดสตูล. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. วิทยานิพนธ์.

4. มนัสศรา อัจฉริยะเมธากุล (2562) การประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. การศึกษาค้นคว้าอิสระตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

5. แมน แสงภักดี (2555) ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการขาดการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

เสมหะพบเชื้อรายใหม่ จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

6. สุรัสวดี กลิ่นชั้น (2553) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามขั้นตอนการปรึกษาเพื่อการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรคของเจ้าหน้าที่งานวัณโรคโรงพยาบาลของรัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วย
เบาหวานโรงพยาบาลหนองหาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะแบง
อำเภอหนองหาน จ.อุดรธานี

Development of a health promotion behavior program with community participation for
uncontrolled diabetic patients Sabang Health Promoting Hospital
Amphur Nonghan Udonthani.

(Received: August 21,2023 ; Revised: August 26,2023 ; Accepted: August 27,2023)

วลัยพร รุ่งเรือง¹ รจนา วรวิทย์สรangkun² อรุณา จันธานี³
Walaiporn Rungrueang¹, Rojana Worawitsarangkun², Onuma Chanthani³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 35 ราย จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรม ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน paired t-test

ผลการศึกษา พบว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จ.อุดรธานี ซึ่งประกอบด้วย 1) participation: สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) Information: สนับสนุนข้อมูลความรู้ และ 3) Nonghan self-management: รูปแบบการจัดการตนเอง ผลการประเมินรูปแบบการจัดการตนเอง (Nonghan self-management) พบว่า พฤติกรรม 5 ด้าน คือ การจัดการตนเองด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ด้านการรับประทานยา ด้านการสูบบุหรี่ และดื่มสุราระดับดี-สูงทั้งหมด และพบว่าการจัดการตนเองด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด แตกต่างจากก่อนการพัฒนาในรูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ป่วยเบาหวาน

ABSTRACT

This research was participatory action research aimed to study the situation and self-management problems of diabetic patients. To develop and evaluate the effectiveness of a self-management model in behavior modification of diabetic patients on glycemic control by community participation. The sample group was diabetic patients. Thirty-five diabetic patients with uncontrolled blood glucose levels were calculated from the sample size. The results were evaluated using a behavioral questionnaire. The accumulated sugar level in the blood Analyze the data with Descriptive statistics Inferential statistics paired t-test.

The results of the study found that the self-care behavior promotion program with community participation to control sugar for diabetic patients at Nong Han Hospital, Nong Han District, Udon Thani Province, consisting of 1) participation: create community participation, 2) Information: support information, knowledge, and 3) Nonghan self-management: self-management model. The results of self-management model evaluation (Nonghan self-management) found that the behaviors in 5 aspects are food self-management; exercise Emotional side of drug taking side of smoking and drinking alcohol at a good-high

¹ วลัยพร รุ่งเรือง พว.ชำนาญการ โรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน ,

² รจนา วรวิทย์สรangkun พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการสอน) ชำนาญการพิเศษ ,

³ อรุณา จันธานี พว. ชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะแบง

level, all and found that food self-management Exercise, mood and blood sugar levels Different from before the model development was statistically significant at the significance level of 0.05.

Keywords: self-care behavior promotion program community involvement diabetic patients

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากมีความผิดปกติของการหลั่งของอินซูลิน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของร่างกาย¹ การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมักพบภาวะแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจในด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

องค์การอนามัยโลก (W H O) ได้ประมาณการณ์ว่า ร้อยละ 11.00 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดในประเทศไทย ถูกจัดสรรให้กับการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ซึ่งใกล้เคียงกับประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคเดียวกัน และคาดการณ์ว่าตัวเลขนี้จะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 41.00 ภายในปี 2573 ซึ่งทำให้สังคมรับภาระจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึงสองเท่า และพบว่ารัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานสูงถึง 3 หมื่นล้านบาท และหากรวมการรักษาโรคแทรกซ้อน เช่น เบาหวานขึ้นตา ไตวาย โรคหัวใจ ค่าใช้จ่ายอาจเพิ่มสูงถึงแสนล้านบาทต่อปีโดยเฉพาะโรคอัมพฤกษ์อัมพาตเพิ่ม ขึ้นปีละ 150,000 คน ทำให้เสียค่าใช้จ่ายดูแลรักษาประมาณ 75,000 ล้านบาท ซึ่งเป็นภาระแก่ประเทศและครอบครัวของผู้ป่วยที่ค่อนข้างจะสูงมาก² จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาของโรคเบาหวานนั้นมีค่าใช้จ่ายสูง สิ่งหนึ่งที่จะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาที่เหมาะสม ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นผลช่วยให้ระดับน้ำตาลใน เลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนั้น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง จาก

รายงานสถิติผู้ป่วยของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 2557-2561 พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็น 1,032.50, 1,233.46, 1,292.79 1,344.95 และ 1,439.04 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ³

ในขณะที่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ คาดว่าจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 151 ล้านคน⁴ จากรายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบอัตราผู้ผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี 2557 และร้อยละ 9.5 ในปี 2563 เมื่อพิจารณาความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาล (ประเมินจาก HbA1C < 7.0) ควบคุมได้ ร้อยละ 34.37³ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ 40) โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี เป็นโรงพยาบาลขนาด M2 ประชากรในพื้นที่จำนวน 116,249 คนอัตราผู้โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นในปี 2563-2565 ร้อยละ 5.2, 5.5 และ 5.8 ตามลำดับ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นในปี 2563-2565 อัตรา 539.64, 557.11 และ 727.72 ตามลำดับ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.74 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 46.11 ในปี 2564 ลดลงเหลือร้อยละ 24.54 ในปี 2565⁵

เมื่อพิจารณาการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่ามีอุบัติการณ์ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตัดนิ้วเท้า ตัดเท้า ตัดขารายใหม่ในปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – พฤษภาคม 2566) จำนวน 4 ราย⁶ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะแทรกซ้อนทางไตรายใหม่ในปี 2563-2565 ร้อยละ 9.79, 7.86 และ 7.60 ตามลำดับ⁵ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีโอกาสเกิดภาวะโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน (diabetic kidney disease, DKD) ร้อยละ 20-40 และมีโอกาสพัฒนาเป็นภาวะไตวายเรื้อรัง (chronic kidney disease,

CKD) และเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease, ESRD) ในที่สุด⁷

จากการเก็บข้อมูลการให้บริการที่คลินิกเบาหวานย้อนหลัง 3 เดือน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ถึงเดือนเมษายน 2566 มีผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการจำนวน 1,372, 1,620 และ 1,186 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะเลือดเป็นกรด (Diabetes Ketoacidosis: DKA) ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 1.40, 1.59 และ 2.73 ตามลำดับ⁷ จากสรุปรายงานของโภชนาการที่มาให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับคำปรึกษามีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ร้อยละ 37.06 และสรุปรายงานของเภสัชกรที่มาให้คำปรึกษาด้านการใช้ยา (Drug Related Problems: DRP) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยาร้อยละ 26.60 ซึ่งพฤติกรรมควบคุมอาหารและการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้⁸

โรงพยาบาลหนองหานจัดให้มีคลินิกเบาหวานให้บริการเฉพาะโรค มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น รูปแบบบริการปกติ คือ ผู้ป่วยลงทะเบียนเข้ารับบริการ ประเมินอาการโดยการวัดสัญญาณชีพ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ชักประวัติโดยพยาบาล เข้าพบแพทย์ รับใบนัด/คำแนะนำการดูแลตนเองที่บ้าน รับประทานยา ซึ่งในระหว่างรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะทำหน้าที่คัดผู้ป่วยที่มีค่าน้ำตาล FBS>250 มก.ดล และหรือ HbA1C > 8.0 เข้าพบเภสัชกรและโภชนาการเพื่อให้คำปรึกษารายบุคคล แต่ถึงแม้จะจัดให้มีกิจกรรมให้คำแนะนำโดยทีมสหวิชาชีพ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากร และปริมาณผู้ป่วยที่มาใช้บริการจำนวนมากต่อวันทำให้ไม่สามารถให้คำแนะนำเฉพาะบุคคลได้ครอบคลุม เมื่อผู้ป่วยรับประทานยาที่บ้านโดยไม่ได้รับคำแนะนำที่สอดคล้องกับ

ปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย อาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอยู่ที่บ้านของผู้ป่วยสูงต่อเนื่องเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตน (Diabetes Ketoacidosis : DKA) ผู้ป่วยจะสูญเสียน้ำและเกลือแร่จากทางปัสสาวะ ความดันโลหิตต่ำ ช็อค และถึงแก่ชีวิตได้ สะท้อนให้เห็นว่าถึงแม้การจัดบริการที่โรงพยาบาลจะดำเนินการตามมาตรฐานที่ผู้ป่วยควรได้รับแต่ผลลัพธ์ด้านการควบคุมระดับน้ำตาลยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด

จากสภาพการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ ว่าแนวโน้มการป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้วิจัยจึงทำการแก้ปัญหาดังกล่าว เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จ.อุดรธานีและเพื่อนำผลที่ได้มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยอันจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยในอำเภอหนองหาน จ.อุดรธานีต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จ.อุดรธานี
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จ.อุดรธานี
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จ.อุดรธานี

สมมุติฐานการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาล

ผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จ.อุดรธานี ทำให้ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้านสูงขึ้น

2. โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาล ผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จ.อุดรธานี ทำให้ผลลัพธ์ด้านระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยได้นำแนวคิด การจัดการตนเอง⁹ ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีกระบวนการที่เสริมสร้างพลังอำนาจในการควบคุมชีวิตของตนเอง แก่ปัญหาของตนเอง และใช้ทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อให้เกิดความรู้สึกละสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ เป็นเครื่องมือในการวิจัย โดยใช้กระบวนการแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed Method) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการศึกษาสภาพปัญหาการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

1.1 การศึกษาสถานการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จ.อุดรธานีจำนวน 109 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ด้านข้อมูลพื้นฐาน ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานและนำมาแยกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และกลุ่มผู้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

1.2 การศึกษาปัจจัยด้านพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน คือ พฤติกรรมด้านอาหาร พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้าน

การรับประทานยา พฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านการสูบบุหรี่และดื่มสุรา จำนวน 47 ข้อ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

1.3 การศึกษาสภาพปัญหาการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม โดยคัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ กลุ่มละจำนวน 15 ราย สัมภาษณ์จนข้อมูลอิ่มตัว โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จัดบันทึก และ/หรือ บันทึกเทป

1.4 การวิเคราะห์การใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ แนวทางการให้สุขศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน ศึกษาข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพ แนวทางการให้สุขศึกษา จากเอกสารและข้อมูลจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) ดังนี้ 1) กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ หลัก 3อ.2ส. 3 อ. 2) กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการให้สุขศึกษา 3) การส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ป้องกัน จราจรชีวิต 7 สี เป็นระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน¹⁰

ระยะที่ 2 จัดทำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จ.อุดรธานี มีการดำเนินงานทั้งหมด 3 ขั้นตอน คือ

2.1 จัดเวทีประชุมเพื่อคืนข้อมูลจากข้อค้นพบในระยะที่ 1 กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวาน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการตนเอง และเพื่อเป็น ข้อมูลพื้นฐาน

2.2 กระบวนการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จ.อุดรธานี โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action

research) คือ การสร้างการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวาน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมแสดงความคิดเห็น เสนอแนะแนว ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 40 ราย โดยแบ่งออกเป็นการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) จำนวน 2 กลุ่มๆ ละ 20 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาจากคุณสมบัติ ความสามารถในการให้ข้อมูล กล้าแสดงความคิดเห็น มีการเลือกที่หลากหลาย กระจายให้ครอบคลุม เป็นตัวแทนกลุ่มต่างๆ ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

2.3 ประชาพิจารณ์ (Public hearing) การรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยเบาหวาน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสังเคราะห์หาข้อสรุปรูปแบบการจัดการตนเอง กลุ่มประชาพิจารณ์ จำนวน 25 ราย

ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลหนองหาน อำเภอนองหาน จ.อุดรธานี มีการดำเนินงานทั้งหมด 2 ขั้นตอน คือ

3.1 การทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอนองหาน จ.อุดรธานี

3.2 ประเมินโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอนองหาน จ.อุดรธานี

วิธีการในการศึกษา ผู้วิจัยใช้การศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 96 ราย คำนวณโดย Power analysis โดยใช้ผลการศึกษาที่ผ่านมาที่ลักษณะใกล้เคียงกัน¹¹ หาค่า effect size ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 ราย เกณฑ์การคัดเข้า 1) ผู้ที่ได้รับตรวจสุขภาพตามแบบประเมินสุขภาพ และขึ้นทะเบียนว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 2) สมัครเข้าร่วมโดยสมัครใจและยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการทำวิจัย 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่เป็นผู้พิการและทุพพลภาพ ไม่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ 4) สามารถอ่านออกเขียนได้ 5) คนในครอบครัวต้องรับรู้ผู้ป่วยเบาหวาน ได้มาเข้าร่วมการทดลอง เกณฑ์คัดออก 1) เกิดภาวะเจ็บป่วยขณะเข้าร่วมกิจกรรม 2) ขาดการเข้าร่วมกิจกรรม 1 ครั้งขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลหนองหาน อำเภอนองหาน จ.อุดรธานี (Nonghan Model) การดำเนินประกอบด้วย กิจกรรมทั้งหมด 7 กิจกรรม ระยะเวลา 16 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยศึกษาเอกสารแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ตามหลักการ 3อ.2ส.ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ การรักษาโรคเบาหวาน ระยะเวลาการเจ็บป่วยและกรรมพันธุ์จากญาติสายตรงที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง จำนวน 47 ข้อ ประกอบไปด้วย ข้อมูลพฤติกรรมด้านอาหาร ด้านอารมณ์ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการ

ปฏิบัติตัว การสูบบุหรี่และดื่มสุรา ลักษณะข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน (rating scale) ใช้วิธีการประเมินผล การศึกษาของเบทส์¹²

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังดำเนินรูปแบบการจัดการตนเอง การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความตรงตามโครงสร้าง โดยปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำมาแก้ไขปรับปรุง ทดลองใช้ (Try Out) วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination) ทดลองใช้ (Try Out) ซ้ำ และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงในพฤติกรรมด้านอาหาร ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 ด้านอารมณ์ ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.82 ด้านการรับประทานยา การออกกำลังกาย การปฏิบัติตัวด้านสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.74

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้เชี่ยวชาญกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำการชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนและกระบวนการรวบรวมข้อมูลระยะเวลา รวมถึงให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นโดยกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับทั้งสิ้นหากกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึง

ให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจึงเริ่มกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 สถานการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 56 - 65 ปี เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมรายได้เฉลี่ย 5,428 บาท และพบว่าค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ร้อยละ 78.70

ปัจจัยด้านพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า พฤติกรรม ทั้ง 5 ด้าน ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำหรือปานกลาง ในด้านการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานพบประเด็นสำคัญในการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย พฤติกรรม 5 ด้าน ความต้องการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีความต้องการในเรื่องการไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของตา ไต เท้า ที่สำคัญ คือ การดูแลเรื่องการรับประทานยาที่เหมาะสม ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ยังเห็นถึงความสำคัญในการออกกำลังกายเพราะส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด แต่ต้องออกอย่างเหมาะสม อีกทั้งจำเป็นต้องดูแลในเรื่องของจิตใจ รวมถึงการรับประทานยา และเมื่อวิเคราะห์การใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ แนวทางการให้สุขศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กิจกรรมส่งเสริม 3๐.2๘. ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ดังนั้นจึงควรหาวิธีการเพื่อสร้างรูปแบบให้เกิดการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ต่อไป

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จ.อุดรธานี ผู้วิจัยได้ดำเนินการ จัดประชุมและการทำ Focus group discussion ในการคืนข้อมูลกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี มีผู้เข้าร่วมรับฟังทั้งสิ้น 109 ราย โดยเนื้อหาเป็นข้อมูลที่ได้จากการวิจัยทั้งหมด เช่น ลักษณะทางประชากร ปัจจัยด้านพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน สภาพปัญหาการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การสังเคราะห์การใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน แนวทางการให้สุศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน การให้ความรู้ เป็นต้น นอกจากนี้ ในการจัดการกระบวนการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จ.อุดรธานี ผู้วิจัยสนับสนุนเรื่องปัจจัยด้านพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน สภาพปัญหาการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การสังเคราะห์การใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน แนวทางการให้สุศึกษา การให้ความรู้ในผู้ป่วยเบาหวาน นำไปสู่ Nonghan Model คือ

1. Participation: สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน 3 ร่วม คือ 1) ร่วมออกแรงมีการร่วมกันดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จากญาติผู้ดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน 2) ร่วมสนับสนุนงบประมาณ มีการสนับสนุนงบประมาณขับเคลื่อนงานการดูแลผู้ป่วย การดำเนินงานวิจัย 3) ร่วมสนับสนุนข้อมูล แนวทางและสร้างคู่มือการจัดการตนเองจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข

2. Information: สนับสนุนข้อมูลความรู้ในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ไม่ได้โดยใช้กลวิธีด้วยการแยกผู้ป่วยเป็นกลุ่มสีต่างๆ คือ สีเขียว สีเหลือง สีส้ม สีแดง จากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

3. Nonghan self-management: สนับสนุนการจัดการตนเอง องค์ความรู้การจัดการตนเอง ในโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม Nonghan Self-management มีการดำเนิน ประกอบด้วย กิจกรรมทั้งหมด 7 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และการตั้งเป้าหมาย

กิจกรรมครั้งที่ 2 การจัดการตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 3 ประเมินผลการจัดการตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 4 การตัดสินใจเกี่ยวกับสถานะสุขภาพและการเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

กิจกรรมครั้งที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ

กิจกรรมครั้งที่ 6 การจัดการตนเองเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อน

กิจกรรมครั้งที่ 7 กิจกรรม Family Care Team

ระยะเวลา 16 สัปดาห์ และเมื่อผู้วิจัยได้ดำเนินการทำประชาพิจารณ์ ผู้เข้าร่วมเห็นด้วยกับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม Nonghan Model ร้อยละ 100

3.1 ประเมินการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จ.อุดรธานี ผลการศึกษาการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88.57 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 54.27 ปี อายุต่ำสุด 36 ปี อายุสูงสุด 71 ปี ร้อยละ 88.57 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 ร้อยละ 68.58 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้เฉลี่ย 6,572 บาทต่อเดือน รายได้ต่ำสุด 3,000 บาทต่อเดือน รายได้สูงสุด 18,700 บาทต่อเดือน ร้อยละ 42.86 รับการรักษาโรคเบาหวานและมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นเวลาน้อยกว่า 5 ปี และร้อยละ

65.71 ไม่มีกรรมพันธุ์จากญาติสายตรงที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ภายหลังการวิเคราะห์พบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมี

ส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอนองหาน จ.อุดรธานี 5 ด้าน อยู่ระดับดี-สูง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 พฤติกรรมในการดูแลตนเองภายหลังดำเนินการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม (n = 35)

พฤติกรรมในการดูแลตนเอง 5 ด้าน	$\bar{x}$	SD	ระดับ
พฤติกรรมด้านอาหาร	5.52	0.88	สูง
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	2.68	0.18	ดี
พฤติกรรมด้านอารมณ์	3.65	0.31	สูง
พฤติกรรมด้านการรับประทานยา	2.90	0.26	ดี
พฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านการสูบบุหรี่และดื่มสุรา	2.90	0.26	ดี

ในการเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม 5 ด้าน พบว่า คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย คะแนนพฤติกรรม ด้านอารมณ์ทั้ง 3 ด้านเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.005$ ในส่วนของคะแนนพฤติกรรมด้านรับประทานยาและคะแนนการปฏิบัติตัวด้านการ

สูบบุหรี่และดื่มสุรา พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน $p = 0.160$ และ $p = 0.353$ ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่า ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังดำเนินการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 8.87 เป็น 8.36 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม (n = 35)

พฤติกรรม	M	S.D.	t	P-value
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร				
ก่อนดำเนินการใช้โปรแกรม	4.55	0.982	11.01	0.000**
หลังดำเนินการใช้โปรแกรม	5.52	0.886		
พฤติกรรมการออกกำลังกาย				
ก่อนดำเนินการใช้โปรแกรม	2.22	0.573	4.39	0.000**
หลังดำเนินการใช้โปรแกรม	2.68	0.183		
พฤติกรรมด้านอารมณ์				
ก่อนดำเนินการใช้โปรแกรม	3.16	0.528	5.46	0.000**
หลังดำเนินการใช้โปรแกรม	3.65	0.315		
พฤติกรรมด้านรับประทานยา				
ก่อนดำเนินการใช้โปรแกรม	2.81	0.385	1.42	0.160
หลังดำเนินการใช้โปรแกรม	2.90	0.266		
การปฏิบัติตัวด้านการสูบบุหรี่และดื่มสุรา				
ก่อนดำเนินการใช้โปรแกรม	2.84	0.359	0.94	0.353
หลังดำเนินการใช้โปรแกรม	2.90	0.265		
ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม				
ก่อนดำเนินการใช้โปรแกรม	8.87	1.93	3.07	0.004
หลังดำเนินการใช้โปรแกรม	8.36	1.72		

หมายเหตุ : ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า 0.05

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอนองหาน จ.อุดรธานี นี้ส่งผลให้พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน แตกต่างจากก่อนการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยพบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีพฤติกรรมจัดการตนเอง สมรรถนะการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญระดับ 0.05¹³ และในส่วนของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมปฏิบัติตัวด้านการรับประทานยา ด้านการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ไม่แตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการปฏิบัติตัวด้านการสูบบุหรี่หรือการดื่มสุราเหมาะสมและดีอยู่แล้ว จึงทำให้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเองไม่แตกต่างกันจากการทำวิจัยนี้ได้เกิดรูปแบบการจัดการตนเอง ส่งผลให้พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น สามารถนำไปสร้างเป็นนโยบายหรือข้อตกลงร่วม เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอนองหาน จ.อุดรธานี นี้ตามโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม Nonghan Model ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนให้ครอบคลุมและทั่วถึง

เอกสารอ้างอิง

- 1.Wattanayingcharoen S. Mohanamai Diabetic Patients. Mohanamai. 2000; 9(4):17-32. 2.
- 2.WDD 2013-DIABETES: PROTECT OUR FUTER. [online].[Cited 2013 Sep 22] ; Available from : URL: <https://www.idf.org/ouractivities/advocacy-awareness/diabeteson-the-global-agenda.html>.
- 3.Non-communicable diseases data [Internet]. Nonthaburi: Beareau of NonCommunicable Disease; 2010. [cited 2022 Mar 1]. Available from: <http://www.thaincd.com/informationstatistic/non-communicable-diseasedata.php>.
- 4.International Diabetes Federation. Diabetes atlas. Eighth edition. (online) 2020 (cited 2022)
- 5.ฐานข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เข้าถึงเมื่อวันที่ 16 พ.ค. 2566 เวลา 11.05 น. https://udn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=e71a73a77b1474e63b71bccf727009ce&id=186c06d932b112d342a5c133fbb4ef75
- 6.เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ . รายงานตติ์นั้เท้า ตัดเท้า ตัดขารายใหม่ในปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – พฤษภาคม 2566). สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เมื่อ 12 พฤษภาคม 2566.
- 7.ฐานข้อมูล HosXp version 4. โรงพยาบาลหนองหาน ณ.วันที่ 23 พฤษภาคม 2566

- 8.ธีรศักดิ์ พาจันทร, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, บุญสัน อนารัตน์, นรินทร์ ธาระคร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2565. หน้า 285-298.
- 9.Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health promotion international. 2000;15: (3), 259-67.
- 10.Piliwan Yodprasit. Health Behaviors Modification Program for Self-caring of Non-insulin Dependent Diabetes Mellitus Patients. Diabetic Clinic; Chiang Rai Prachanucroa Hospital Mueang District, Chiang Rai Province: [dissertation]. Changmai;, Changmai University Of Thailand;2002.
- 11.Lampang Provincial Health Office. Noncommunicable diseases data [Internet]. [cited 2019 Mar 1]. Available from: <https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- 12.Best, John. (1977).Research in Education. New Jersey:Prentice Hall, Inc.1977.
- 13.Namphathai S. The effects of a diabetes self-management program on glycemic control behaviors and hemoglobin A1c of uncontrolled type 2 diabetic patients. [dissertation]. Nakhon Pathom: Christian University of Thailand;2018.

ผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

Effect of home visits to HbA1C levels in uncontrolled diabetic patients, Dong Luang Subdistrict, Mukdahan Province, 2023.

(Received: July 28,2023 ; Revised: August 5,2023 ; Accepted: August 6,2023)

จุฬาลักษณ์ ลินทุเขต¹
Julalak Sintukhate

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment) แบบวัดก่อนหลัง (Pre – Post test design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 และการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่าง เดือน มกราคม ถึง มิถุนายน 2566 รวม 7 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร มี HbA1C > 7 ในเขตตำบลดงหลวง ในปี 2565 ที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 20 ราย เก็บข้อมูลจากแบบบันทึก HbA1c วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Dependent t – test และ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ก่อนดำเนินการ มีระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) มากกว่า 7 ร้อยละ 100 หลังดำเนินการ มีระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) มากกว่า 7 ร้อยละ 75.00 และระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ดีขึ้น

คำสำคัญ: การเยี่ยมบ้าน HbA1c

ABSTRACT

This study was a quasi-experiment with pre-post test design. The objective was to study HbA1c in uncontrolled diabetic patients in Dong Luang Subdistrict, Mukdahan Province in 2023. Home visit to patients on cumulative glucose levels (HbA1c) in uncontrolled diabetic patients, Dong Luang Subdistrict, Mukdahan Province, 2023. There was a study period between January and June 2023, totaling 7 months. Sample size were 20 patients with uncontrolled diabetes in Dong Luang Subdistrict, Mukdahan Province with HbA1C > 7 in Dong Luang Subdistrict in 2022 who volunteered to participate in the program. Data were collected from the HbA1c record and analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Dependent t-test and content analysis.

The results of the study showed that the cumulative glucose level (HbA1c) in uncontrolled diabetic patients, Dong Luang Subdistrict, Mukdahan Province, 2023 before the operation. Accumulated sugar level (HbA1 c) more than 7 100 percent after operation There was an accumulation of sugar levels (HbA1 c) of more than 7, 75.00 percent and the accumulation of sugar levels (HbA1 c) in diabetic patients who could not control sugar levels, Dong Luang Subdistrict, Mukdahan Province, 2023 before and after the operation. There was a statistically significant difference at the .05 level, with the mean cumulative glucose score (HbA1c) after the operation.

Keywords: home visit, HbA1c

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลดงหลวงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

บทนำ

โรคเบาหวาน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ^{1,2} ความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมซึ่งมีลักษณะสำคัญ คือ ระดับน้ำตาลสูงในเลือด³ สรุปรูปโรคเบาหวาน หมายถึง ความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมที่ทำให้ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ สมาคมเบาหวานแห่งอเมริกา⁴ ร่วมกับองค์การอนามัยโลก⁵ จัดประเภทของโรคเบาหวานไว้ 4 ประเภท ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Diabetes mellitus type 1) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Diabetes mellitus type 2) โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะอื่น ๆ (Other specific type of diabetes) และโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus) ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบมากในประเทศไทยประมาณร้อยละ 95 ของโรคเบาหวานทุกชนิด⁶.

สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยพบว่า ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจากจีน อินเดีย ญี่ปุ่น และจากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2552 กับปี 2557 พบคนไทยเป็นเบาหวานมากขึ้นทุกช่วงอายุ จากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 8.9 ที่น่าเป็นห่วงคือช่วงวัยรุ่นและวัยทำงาน โรคนี้ได้คุกคามเข้าไปในกลุ่มของเด็กๆ มากขึ้น โดยเฉพาะโรคเบาหวานจากภาวะอ้วน อันเกิดจากพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่ออกกำลังกาย จนทำให้การหลั่งและการทำงานของอินซูลินมีปัญหา นอกจากนี้ในประเทศกำลังพัฒนาโรคเบาหวานยังเป็นโรคที่พบมากขึ้นเนื่องจากลักษณะของการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปตามแบบตะวันตก ทำให้ได้รับอาหารที่มีไขมันและคาร์โบไฮเดรตมากขึ้น⁷

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเนื่องจากอินซูลินไม่ เพียงพอ

หรือออกฤทธิ์ไม่ได้นั้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับเมตาบอลิซึมคาร์โบไฮเดรต ทำให้ระดับกลูโคสออกมากในกระแสเลือด บนผนังของเซลล์มีหน่วยรับอินซูลิน (insulin receptor) ซึ่งถ้ามีจำนวนน้อยแม้ว่าในร่างกายจะมีอินซูลินมาก เช่นในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อ้วน อินซูลินก็ไม่สามารถออกฤทธิ์ได้ นอกจากนั้นยังมีความผิดปกติที่ post receptor ด้วยการเปลี่ยนแปลงของไขมันทำให้โคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และกรดไขมันเพิ่มขึ้น จากการที่มี hyperlipoproteinemia ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดในชั้น intima และ endothelial lining ซึ่งนำไปสู่การตีตันของหลอดเลือดเล็ก (microvascular change) มี arteriosclerosis เกิดขึ้นทั่วร่างกาย หลอดเลือดใหญ่ก็มี atheromatous change ทำให้หลอดเลือดแข็งและตีบ กลูโคสถูกเปลี่ยนเป็นซอพิทอลด้วยเอนไซม์ aldose reductase ซอพิทอลอ้วนน้ำไว้ เมื่อเข้าไปแทรกอยู่ในเนื้อเยื่อ เช่น กระจกตา เส้นประสาทตา เส้นประสาท ประสาทจะมีการอักเสบในตอนต้นๆ เมื่อมี ระดับน้ำตาลในเลือดสูงก็จะมีอาการชาเกิดขึ้น เมื่อเป็นนานๆ nerve ก็จะมีผลต่อ sheath Schwann cells ทำให้เกิด neuritis เป็นได้ทั้งประสาทส่วนปลายและประสาทส่วนกลางที่ออกจากสมอง กลูโคสจับตัวกับโปรตีนในร่างกายด้วย เช่น จับกับฮีโมโกลบิน พยาธิสเกิดขึ้นยืงนานก็ยืงเป็นมากขึ้น โรคไตผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetic nephropathy: DN) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเพียงร้อยละ 1.9 ทราบว่าตนป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง เป้าหมายที่สำคัญในการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรัง คือ การป้องกันหรือการชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้เข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ดังนั้น การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงและให้การดูแลรักษาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง⁸

การดูแลและการควบคุมโรคเบาหวาน คือ การที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลที่เหมาะสมและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับ

ที่เหมาะสมได้⁹ ซึ่งจะต้องมีการประเมินผลการดูแลเป็นระยะ นำผลที่ได้จากการประเมินมาพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพซึ่งเกิดจากการผสมผสานขององค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ (1) การจัดการระบบบริการสุขภาพ (2) การประสานงานกับชุมชน (3) การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย (4) การออกแบบระบบบริการสุขภาพใหม่ (5) การมีระบบฐานข้อมูลทางคลินิก (6) การมีระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกของคณะผู้บริการ และการประเมินกิจกรรมดำเนินการให้เกิดผลในทางปฏิบัติ ในแบบประเมินจึงประเมินกิจกรรมในส่วนที่ (7) การบูรณาการทุกองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง¹⁰ ซึ่งการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care) จึงเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว รายหนึ่ง ๆ โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วยที่บ้าน การประสานงานกับทีมรักษาว่าจะรักษาที่บ้าน ที่โรงพยาบาล หรือส่งต่อการมอบหมายให้หน่วยงานหรือแผนกต่าง ๆ รับผิดชอบหน้าที่ใดบ้างเพื่อการดูแลผู้ป่วยรายนั้น ๆ ร่วมกัน การประเมินความต้องการด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่จะสามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ตามปกติ เช่น หุงหาอาหาร ไปซื้อข้าวของ ทำความสะอาดบ้านเรือน ซักเสื้อผ้า น้ำกิน น้ำใช้ ไฟฟ้า ความปลอดภัยของทรัพย์สินในบ้าน เป็นต้น¹¹

จากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร พบว่ายังขาดแนวทางการดูแล ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยารักษาโรค ซึ่งส่งต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย การสร้างการรับรู้และความเข้าใจในพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้กระบวนการเยี่ยมบ้าน

จึงเป็นพื้นฐานของแนวความคิดสำคัญในการดูแลตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งมีความเชื่อมโยงเป็นเหตุและผลต่อกัน เป็นผลรวมมาจากการปฏิสัมพันธ์ทั้งระบบ ร่วมกับกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นมาตรการที่สำคัญและจำเป็นอย่างหนึ่งในการควบคุมป้องกันลดอัตราการป่วยและตายจากโรคเบาหวาน

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ซึ่งผลการศึกษานำองค์ความรู้ ไปเป็นพื้นฐานในการพัฒนาระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในการควบคุมป้องกันโรค และให้การสนับสนุนการดำเนินงานทั้งภาครัฐและภาคประชาชนให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566
2. เพื่อศึกษาการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566
3. เพื่อศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

วิธีการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment) แบบวัดก่อนหลัง (Pre – Post test

design) มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่าง เดือนมกราคม ถึง มิถุนายน 2566 รวม 7 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร มี HbA1C > 7 ในเขตตำบลดงหลวง ในปี 2565 ที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 20 ราย

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยเรื่อง ผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 โดยมีกิจกรรมในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 จำนวน 7 ครั้ง รวม 16 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึก ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. จัดทำโครงงานงานวิจัย (เดือนมกราคม 2566)

2. จัดทำเครื่องมือและกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 (เดือนกุมภาพันธ์ 2566)

3. ดำเนินการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 โดยมีกิจกรรมในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 จำนวน 7 ครั้ง รวม 16 สัปดาห์ ดังต่อไปนี้ (เดือนมีนาคม - มิถุนายน 2566)

ครั้งที่ 1 ใน สัปดาห์ที่ 1 ให้ อสม. เจาะระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการเยี่ยม ใช้เวลา 30 นาที เพื่อให้ข้อมูลระดับน้ำตาล และ สัมภาษณ์อาหารที่รับประทาน ใน 1 สัปดาห์ และ เสนอเมนูอาหารที่เหมาะสมพร้อมระบุปริมาณแคลลอรี่ในอาหาร ตาม Card อาหาร (เมนูในท้องถิ่น)

ครั้งที่ 2 ใน สัปดาห์ที่ 2 ให้ อสม. เจาะระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการเยี่ยม ใช้เวลา 30 นาที เพื่อให้ข้อมูลระดับน้ำตาล และ ให้ข้อมูลผลเสีย และผลกระทบจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง แล้ว ให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกเปลี่ยนเมนูอาหาร ตาม Card อาหาร (เมนูในท้องถิ่น)

ครั้งที่ 3 ใน สัปดาห์ที่ 4 ให้ อสม. เจาะระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการเยี่ยม ใช้เวลา 30 นาที เพื่อให้ข้อมูลระดับน้ำตาล ให้ข้อมูลผลดี / ผลเสีย ของเมนูอาหารที่ไม่เหมาะสม ชื่นชมให้กำลังใจ ในรายที่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมและสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้

ครั้งที่ 4 ใน สัปดาห์ที่ 6 ให้ อสม. เจาะระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการเยี่ยม ใช้เวลา 30 นาที เพื่อให้ข้อมูลระดับน้ำตาล ชื่นชมให้กำลังใจ ในรายที่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมและสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้

ให้ข้อมูลผลดี / ผลเสีย ของเมนูอาหารที่ไม่เหมาะสม แก่รายที่ระดับน้ำตาลยังไม่ลดลง

ครั้งที่ 5 ใน สัปดาห์ที่ 8 ให้ อสม. เจาะระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการเยี่ยม ใช้เวลา 30 นาที เพื่อให้ข้อมูลระดับน้ำตาล

ครั้งที่ 6 ใน สัปดาห์ที่ 10 ให้ อสม. เจาะระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการเยี่ยม ใช้เวลา 30 นาที เพื่อให้ข้อมูลระดับน้ำตาล และชื่นชม ให้กำลังใจ

ครั้งที่ 7 นัดผู้ป่วยเข้ามาเจาะ HbA1C ใน สัปดาห์ที่ 12 – 16

4. สรุปการดำเนินการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 (เดือน มิถุนายน 2566)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้นำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคำนวณ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ได้แก่ เปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ก่อนและหลังการดำเนินงาน โดยใช้ Dependent t – test การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา

1. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาล

ไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 โดยมีกิจกรรมในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 จำนวน 7 ครั้ง รวม 16 สัปดาห์ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 ใน สัปดาห์ที่ 1 (มีนาคม 2566) ให้ อสม. เจาะระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการเยี่ยม ใช้เวลา 30 นาที เพื่อให้ข้อมูลระดับน้ำตาล และสัมภาษณ์ อาหารที่รับประทาน ใน 1 สัปดาห์ และเสนอเมนูอาหารที่เหมาะสมพร้อมระบุปริมาณแคลลอรี่ในอาหาร ตาม Card อาหาร (เมนูในท้องถิ่น) (รายละเอียดในภาคผนวก)

ครั้งที่ 2 ใน สัปดาห์ที่ 2 (มีนาคม 2566) ให้ อสม. เจาะระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการเยี่ยม ใช้เวลา 30 นาที เพื่อให้ข้อมูลระดับน้ำตาล และให้ข้อมูลผลเสีย และผลกระทบจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง แล้ว ให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกเปลี่ยนเมนูอาหาร ตาม Card อาหาร (เมนูในท้องถิ่น) (รายละเอียดในภาคผนวก)

ครั้งที่ 3 ใน สัปดาห์ที่ 4 (มีนาคม 2566) ให้ อสม. เจาะระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการเยี่ยม ใช้เวลา 30 นาที เพื่อให้ข้อมูลระดับน้ำตาล ให้ข้อมูลผลดี / ผลเสีย ของเมนูอาหารที่ไม่เหมาะสม ชื่นชมให้กำลังใจ ในรายที่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมและสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้

ครั้งที่ 4 ใน สัปดาห์ที่ 6 (เมษายน 2566) ให้ อสม. เจาะระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการเยี่ยม ใช้เวลา 30 นาที เพื่อให้ข้อมูลระดับน้ำตาล ชื่นชมให้กำลังใจ ในรายที่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมและสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ให้ข้อมูลผลดี / ผลเสีย ของเมนูอาหารที่ไม่เหมาะสม แก่รายที่ระดับน้ำตาลยังไม่ลดลง

ครั้งที่ 5 ใน สัปดาห์ที่ 8 (เมษายน 2566) ให้ อสม. เจาะระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการเยี่ยม ใช้เวลา 30 นาที เพื่อให้ข้อมูลระดับน้ำตาล

ครั้งที่ 6 ใน สัปดาห์ที่ 10 (พฤษภาคม 2566) ให้ อสม. เจาะระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการเยี่ยม ใช้เวลา 30 นาที เพื่อให้ข้อมูลระดับน้ำตาลและชื่นชม ให้กำลังใจ

ครั้งที่ 7 นัดผู้ป่วยเข้ามาเจาะ HbA1C ใน สัปดาห์ที่ 12 – 16 (มิถุนายน 2566)

2. ผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566

2.1 ระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ก่อนและหลังดำเนินการ

ตารางที่ 1 ระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวงจังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ก่อนและหลังดำเนินการ

รายชื่อ	HbA1C ก่อนดำเนินการ	HbA1C หลังดำเนินการ
1	12.38	6.95
2	10.79	6.77
3.	7.98	5.98
4	7.97	6.41
5	7.38	6.93
6	8.24	6.60
7	7.50	6.23
8	9.18	8.90
9	7.42	6.29
10	7.20	5.87

ตารางที่ 1 ระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวงจังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ก่อนและหลังดำเนินการ

รายชื่อ	HbA1C ก่อนดำเนินการ	HbA1C หลังดำเนินการ
11	10.40	9.42
12	11.27	8.78
13	10.47	6.87
14	7.33	6.85
15	8.23	6.27
16	8.92	6.56
17	8.50	5.58
18	9.85	6.80
19	11.68	8.80
20	9.91	8.66
ระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) มากกว่า 7 จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.00		

จากตารางที่ 1 ระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 พบว่า ก่อนดำเนินการ มีระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) มากกว่า 7 ร้อยละ 100 หลังดำเนินการ มีระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) มากกว่า 7 ร้อยละ 75.00

2.2 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ก่อนและหลังดำเนินการ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ก่อนและหลังดำเนินการ (Dependent t - test)

ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
9.13	1.61	7.07	1.15	19	6.994	.000	1.43929	2.66871

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ดีขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า . ระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ก่อนดำเนินการ มีระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) มากกว่า 7 ร้อยละ 100 สอดคล้องกันกับการศึกษาของ นลิน จรุงชนะกิจ.(2564). ผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณพิเศษ (โควิด-19) โรงพยาบาลไทรงาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.8 อายุเฉลี่ย 54.74 ± 10.75 ปี ค่าเฉลี่ย FBS ก่อนและหลังให้บริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณพิเศษฯ เท่ากับ 149.55 ± 45.41 mg/dL และ 156.69 ± 46.27 mg/dL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.007) ค่าเฉลี่ย HbA1c ก่อนและหลังให้บริการตามแนวทาง เท่ากับ $7.67 \pm 2.3\%$ และ $7.94 \pm 2.17\%$ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.039) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำการศึกษาเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 มีกิจกรรมในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 จำนวน 7 ครั้ง รวม 16 สัปดาห์ และทำให้เกิดนวัตกรรม การดูแลสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน¹¹ ส่งผลให้ ระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบล

ดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 หลังดำเนินการ มีระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) มากกว่า 7 ร้อยละ 75.00 และ ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ดีขึ้น สอดคล้องกันกับการศึกษาของ อุบล ศรุตธนาเจริญ (2557)¹² ศึกษาการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกลุ่มตัวอย่างคือญาติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำ จำนวน 50 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีความรู้อยู่ในระดับดี (เฉลี่ย = 17.56, SD = 2.29) มีทัศนคติอยู่ในระดับดี (เฉลี่ย=2.57, SD = 0.18) มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง (เฉลี่ย= 2.86, SD = 0.58) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพได้แนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือการจัดนิทรรศการเรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน การสาธิตอาหารที่ควรบริโภคในผู้ป่วยเบาหวาน การประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลทำ การบริหารทำการดูแลบาดแผลเบื้องต้น การสาธิตการนวดฝ่ามือลดความเครียดเพื่อสุขภาพ และการเยี่ยมบ้านผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษครั้งนี้สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานตระหนักถึงการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นและมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ อดิญา ลาอุณ บุษพร วิรุณพันธ์. (2564)¹³ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแก้งครก จังหวัดชัยภูมิ ผลการวิจัยพบว่าผลของคะแนนและระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภายหลังได้รับโปรแกรมโดยรวมมีระดับพฤติกรรมการ

จัดการตนเองในระดับสูงมากกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.00$) และกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณภาพชีวิตโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ทั้งในด้านสุขภาพการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมนี้ไปลงสู่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. เทพ หิมะทองคำ และคณะ.(2554). ความรู้เรื่องเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 11 กรุงเทพฯ ฯ: วิทยพัฒน์.
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.(2551). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: รุ่งศิลป์การพิมพ์.
3. อรุณรัตน์พิทักษ์. (2556). ผลของโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมและดัชนีสุขภาพในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่2. วารสารพยาบาลศาสตร์, 31(1), 8 –18.
4. American Diabetes Association.(2012) Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care. 35: S64–71.
5. World Health Organization.(2006). Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia : report of a WHO/IDF consultation [online] [Cited 2006 Jun 12]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43588/9241594934_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข,สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. ปทุมธานี: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด. 2560.
7. เปรมฤดี ภูมิถาวร.(2563). โรคเบาหวานในเด็กและวัยรุ่น. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2563] สืบค้นจาก : https://www.rama.mahidol.ac.th/th/knowledge_awareness_health/30jan2020-1536

ในการเสริมสร้างพฤติกรรมการกินในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ควรมีการนำการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ซึ่งมีกิจกรรมในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 7 ครั้ง รวม 16 สัปดาห์ และนวัตกรรม การ์ดอาหาร

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566 ในระยะยาวเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ยั่งยืนต่อไป

8. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2555). ข้อมูลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (fact sheet). กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, International Diabetes Federation. Diabetes fact sheet; 2555: 3: [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤษภาคม 2563]. จาก: [http:// www.idf.org](http://www.idf.org).
9. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2552). TCEN เบาหวานชี้ทิศกำหนดเป้าเร้งร้าวพัฒนา. กรุงเทพฯ: อุดมรัตน์การพิมพ์และดีไซน์.
10. ปัทมา โกมุตบุตร, กฤษฏี ทองบรรจบ. เอกสารประกอบการเรียนรู้ Chronic Care Model เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551
11. พิษฐานนท์ งามเฉลียว, ธาติพิย แสงสุวรรณ และ วดี อัมรักเลิศ. (2556). การดูแลสุขภาพสำหรับ 3 รุ่นอายุ : วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ สงขลา : ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
12. นลิน จรุงธนะกิจ. (2564). ผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณพิเศษ (โควิด-19) โรงพยาบาลไทรงาม. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 15(36):129-42
13. อุบล ศรุตนาเจริญ. (2557). การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์และเวชศาสตร์เขตเมือง คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วารสารเกื้อการุณย์ 2557; 21: 57-69)
14. อณัญญา ลาลุน บุขพร วิรุณพันธ์. (2564) ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 11(1) 66 - 80

การพัฒนาการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ

The development of telemedicine application system to support
the health care of patients with chronic diseases in community hospitals
Bueng Kan Province.

(Received: August 4,2023 ; Revised: August 13,2023 ; Accepted: August 14,2023)

สุรพงษ์ ลักขวุธ¹
Surapong Luxsawooth¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ศึกษาการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และพัฒนารูปแบบการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 - เดือนกันยายน 2565 รวม 24 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 177 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและฐานข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Dependent t – test Independent t – test F – test ด้วยเทคนิค Two way ANOVA และ F – test ด้วยเทคนิค Two way MANOVA

ผลการศึกษาพบว่า ผลการจัดบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาล โดยรวมได้เกินกว่า ร้อยละ 100 ทั้งในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระดับ อำเภอ ตำบล และรวมทั้งหมด โดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินงานและ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินงาน

คำสำคัญ : ระบบการแพทย์ทางไกล การดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ABSTRACT

This research was research and development aimed to study of the application of telemedicine to support health care for chronically ill patients. and develop a model for the application of telemedicine to support the health care of patients with chronic diseases community hospital Bueng Kan Province have a study period Between October 2020 - September 2022, total 24 months. Sample size were 177 personnel involved in the development of a telemedicine application model to support health care for patients with chronic diseases. Bueng Kan Province. Collecting data from questionnaires and databases. data analysis by Content Analysis Distribution of frequency, percentage, mean and standard deviation Dependent t – test Independent t – test F – test by Two way ANOVA technique and F – test by Two way MANOVA technique.

The study found that Results of telemedicine service arrangement (Telemedicine) to support the health care of patients with chronic diseases, overall hospitals have exceeded 100 percent, both in hospitals. and sub-district health promotion hospitals. Comprehensive of personnel related to the development of a model for the application of telemedicine to support health care for patients with chronic diseases at the

¹ โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ

district, sub-district and overall levels. overall and side before and after operation There was a statistically significant difference at the .05 level where the mean scores were higher after the implementation than before the implementation. And self-management behaviors of patients with chronic diseases in the area of hospitals and sub-district health promotion hospitals before and after operation There was a statistically significant difference at the .05 level where the mean scores were higher after the implementation than before the implementation.

Keywords: telemedicine system health care chronic disease patients

บทนำ

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาระดับโลก ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นปัญหาระดับโลก และเป็นสาเหตุการตาย 5 ใน 10 ของประชากรในประเทศที่กำลังพัฒนา และคาดว่าในปี ค.ศ. 2020 จะเพิ่มอัตราการตายเป็น 7 ใน 10 ของประชากร โรคเรื้อรังส่วนใหญ่มักจะเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable disease: NCDs) คือโรคที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อหรือเชื้อโรค แต่เกิดจากปัจจัยต่างๆภายในร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 90 เป็นผลมาจากการใช้ชีวิตหรือวิถีชีวิตที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็มจัด รับประทานผักน้อย การขาดการออกกำลังกาย มีความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ยังร้อยละ 10 เกิดจากพันธุกรรม ดังนั้นจะเห็นว่าสาเหตุหลักของโรคเรื้อรังสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ^{1,2}

ประเทศไทยมีปัญหามากจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเช่นกัน โดยมีสัดส่วนที่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยนานาชาติ โดยโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคนไทยถึง 304,665 รายในปี 2552 (คิดเป็นร้อยละ 73.3) จากการสำรวจพบว่าประชาชนไทยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน จากข้อมูลดังกล่าวมีการคาดการณ์แนวโน้มการตายของประชากรไทยใน 10 ปีข้างหน้า ว่าสาเหตุการตายส่วนใหญ่ในชายไทยเกิดจาก อุบัติเหตุจราจร มะเร็งตับ และหลอดเลือดสมอง ส่วนสาเหตุการตายในหญิงไทย

มักพบในผู้ที่เป็นโรค เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และมะเร็งตับจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า คนไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มขึ้น เช่น รับประทานผักน้อยลง (รับประทานผักเฉลี่ย 1 ½ ช้อน/วัน) รับประทานอาหารเค็มมากขึ้นเกือบสามเท่าของปกติ (รับประทานเกลือเฉลี่ย 5,218 mg/วัน) รับประทานอาหารหวานมากขึ้นกว่าสามเท่าของปกติ (รับประทานน้ำตาลเฉลี่ย 20 ช้อนชา/วัน) และอาหารมันมากขึ้น (รับประทานอาหารทอดเฉลี่ย 5 มื้อ/สัปดาห์)³

การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เน้นกระบวนการความร่วมมือของทีมสุขภาพ ในการประเมิน วางแผน จัดการและให้คำปรึกษาเลือกแนวทางการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความต้องการที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพสูงสุด รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยภาวะเรื้อรังเป็นแนวทางการดูแลที่เน้นความสำคัญที่ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ทีมสหวิชาชีพ และผู้ป่วยโดยการสร้างสิ่งแวดล้อม ซึ่งการดูแลผู้ป่วยภาวะเรื้อรังต้องให้ความสำคัญเกี่ยวกับ 1) แผนการดูแล 2) ตรงกับสภาพปัญหา 3) บุคลากรอย่างเท่าทันสถานการณ์ 4) ทักษะการจัดการปัญหาด้วยตนเองที่บ้านได้ 5) สนับสนุนจากชุมชนเป็นนโยบายที่กว้างในการป้องกันภาวะเรื้อรัง และที่สำคัญการสนับสนุนสภาพแวดล้อมและอื่นๆ เพื่อช่วยผู้ป่วยให้ปรับตัวอยู่กับภาวะเรื้อรัง 6) การบริการที่แตกต่างจากบริการที่มีอยู่ในระบบปกติเพื่อตอบสนองปัญหาเฉพาะของภาวะเรื้อรัง 7) ผู้ป่วยภาวะเรื้อรังสามารถจัดการปัญหาจากภาวะเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยการ

สนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพ และชุมชนของเขาเอง

8) สามองค์ประกอบที่ต้องมารวมกันสนับสนุนการดูแลภาวะเรื้อรัง คือ ผู้ป่วย ชุมชน และทีมสุขภาพ ซึ่งแต่ละวิชาชีพจะมีบทบาทสำคัญในการทำบทบาทการปรับปรุงผลลัพธ์ที่ดีสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง องค์ประกอบนี้ช่วยสนับสนุนกระบวนการดูแลผู้ป่วยภาวะเรื้อรังแล้วยังต้องอาศัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/และบุคลากรทีมสุขภาพ กระบวนการปฏิสัมพันธ์จะทำให้ผู้ป่วยภาวะเรื้อรังและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างเหมาะสม โดยต้องได้รับข้อมูล ความรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจ มีความมั่นใจเพียงพอในการดูแลตนเอง การสนับสนุนของทีมบุคลากรในขณะที่ทีมบุคลากรมีการเตรียมพร้อมในด้านข้อมูล เวลา ความชัดเจนในบทบาทและการมีแหล่งข้อมูลที่เพียงพอ นำไปสู่การจัดการที่มีประสิทธิภาพรวมทั้งความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ครอบครัวและทีมสุขภาพ จะทำให้เกิดการบริการที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีการร่วมวางแผนให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังการนำแนวคิดการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ไปปรับใช้ เพื่อให้มีการบูรณาการความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องแบบมีปฏิสัมพันธ์ต่อเนื่อง ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในสถานบริการทุกระดับ ชุมชนและท้องถิ่นตลอดจนผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การกำหนดเป็นนโยบายให้สถานบริการทุกระดับให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2) เชื่อมโยงระบบบริการดูแลผู้ป่วย 3) พัฒนาระบบสารสนเทศทางคลินิกที่ช่วยสนับสนุนและส่งผ่านข้อมูลถึงกัน 4) มีระบบการสนับสนุนการตัดสินใจ 5) พัฒนาความร่วมมือกับชุมชนและองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นเพื่อร่วมสนับสนุนการดูแลสุขภาพประชาชน และ 6) สนับสนุนให้ผู้ป่วยและ

ครอบครัว สามารถดูแลจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม⁴

ปัจจุบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคโนโลยีการสื่อสารโทรคมนาคมที่นับวันยิ่งจะทำให้ระบบต่างๆ พัฒนาก้าวหน้าและรวดเร็วมากขึ้น จากอดีตเราเคยใช้โทรศัพท์สำหรับพูดติดต่อสื่อสารเท่านั้น แต่ปัจจุบันเราสามารถใช้อุปกรณ์มือถือเพื่อถ่ายรูป ถ่ายคลิปวิดีโอ ฟังเพลง หรือแม้กระทั่งเชื่อมต่อกับสื่อออนไลน์ต่างๆ ได้ ทำให้เห็นทั้งภาพเคลื่อนไหวและได้ยินเสียงของคู่สนทนาของเราในเวลาเดียวกัน ช่วยให้การติดต่อสื่อสารเป็นเรื่องสะดวกสบายมากขึ้น นอกจากนี้ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการสื่อสารโทรคมนาคมยังส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาทางการศึกษา ด้านเศรษฐกิจสำหรับด้านการแพทย์และสาธารณสุขนั้น เราเรียกการนำเทคโนโลยีดังกล่าวมาใช้เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลนี้ว่า การแพทย์ทางไกล หรือ Telemedicine⁵⁻⁹

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนา รูปแบบการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ ที่มีประสิทธิภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ
2. เพื่อศึกษาการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ
3. เพื่อศึกษาการพัฒนาการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ

4. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ

วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 - เดือนกันยายน 2565 รวม 24 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดบึงกาฬ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 177 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่

1.1 การพัฒนารูปแบบการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ ประกอบด้วย

1.1.1 การศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ

1.1.2 การศึกษาแนวทางการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ

1.1.3 การกำหนดกิจกรรม/ขั้นตอนการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแล

สุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ

1.1.4 การถ่ายทอดประชาสัมพันธ์กิจกรรม/ขั้นตอนการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ ให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

1.1.5 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ขั้นตอนการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

1.1.6 การดำเนินการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ

1.1.7 การทบทวน/ปรับปรุงการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ อย่างต่อเนื่อง

1.1.8 ติดตามประเมินผลการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ ในเชิงระบบ ผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย

1.2 รูปแบบการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ ประกอบด้วย 12 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การขอนัดโดยผู้ป่วย ผ่านระบบ Mobile Application

ขั้นตอนที่ 2 ยืนยันการนัดหมายโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ผ่านระบบ Web Application

ขั้นตอนที่ 3 ผู้ป่วยตรวจสอบตารางนัดหมายในระบบ Mobile Application

ขั้นตอนที่ 4 ยืนยันการตรวจ (Visit) และซักประวัติเบื้องต้น โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ผ่านระบบ Web Application

ขั้นตอนที่ 5 ผู้ป่วยพบแพทย์ผ่านระบบ VDO Conference (โดยผู้ป่วยใช้ระบบผ่าน Mobile

Application และแพทย์ใช้ระบบผ่าน Web Application)

ขั้นตอนที่ 6 เกสักรตรวจสอบการส่งจ่ายยา บนระบบ Web Application

ขั้นตอนที่ 7 ผู้ป่วยตรวจสอบการส่งจ่ายยา บนระบบ Mobile Application

ขั้นตอนที่ 8 เกสักรตรวจสอบการส่งจ่ายยา บนระบบ Web Application

ขั้นตอนที่ 9 ผู้ป่วยตรวจสอบการจัดส่งยา บนระบบ Mobile Application

ขั้นตอนที่ 10 ผู้ป่วยตรวจสอบสถานการณ์ส่งยา บนระบบ Mobile Application

ขั้นตอนที่ 11 ผู้ป่วยสแกน QR Code เพื่อรับยา บนระบบ Mobile Application

ขั้นตอนที่ 12 เกสักรตรวจสอบสถานะการส่งยา บนระบบ Web Application และเมื่อผู้ป่วยได้รับยาแล้ว เกสักรดำเนินการแนะนำการใช้ยา ผ่านระบบ VDO Conference บนระบบ Web Application

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดบึงกาฬ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนดังนี้¹⁰

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) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้ง

ในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method)¹¹ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .964

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้¹⁰

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) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method)¹¹ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .960

2.3 แบบผลการดำเนินงานการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแล

สุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัด
บึงกาฬ

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการประยุกต์ใช้
ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแล
สุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัด
บึงกาฬ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจาก
คณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยจังหวัดบึงกาฬ

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการประยุกต์ใช้
ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแล
สุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัด
บึงกาฬ ประกอบด้วย

1. การศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
จังหวัดบึงกาฬ
2. การศึกษาแนวทางการประยุกต์ใช้ระบบ
การแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพ
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ
3. การกำหนดกิจกรรม/ขั้นตอนการใช้ระบบ
การแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพ
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ
4. การถ่ายทอดประชาสัมพันธ์กิจกรรม/
ขั้นตอนการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุน
การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน
จังหวัดบึงกาฬ ให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
5. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ขั้นตอนการใช้ระบบ
การแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพ
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ
ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
6. การดำเนินการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล
เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
โรงพยาบาลโซพิสัย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึง
กาฬ
7. การทบทวน/ปรับปรุงการใช้ระบบ
การแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพ

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ
อย่างต่อเนื่อง

8. ติดตามประเมินผลการใช้ระบบการแพทย์
ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรค
เรื้อรัง จังหวัดบึงกาฬ ในเชิงระบบ ผลการดูแล
ตนเองของผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์เชิง
เนื้อหา ในการวิเคราะห์การพัฒนารูปแบบการ
ประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุน
การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน
จังหวัดบึงกาฬ และรูปแบบการประยุกต์ใช้ระบบ
การแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพ
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดบึงกาฬ

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติพรรณนา ได้แก่
การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ได้แก่ Dependent
t – test Independent t – test F – test ด้วย
เทคนิค Two way ANOVA และ F – test ด้วย
เทคนิค Two way MANOVA

ผลการวิจัย

1. ความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการ
พัฒนารูปแบบการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์
ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรค
เรื้อรัง ระดับ อำเภอ ตำบล และรวมทั้งหมด ก่อน
ดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การเตรียม
ความพร้อมระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุน
การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดบึงกาฬ และ
การพิจารณาผู้ป่วยเข้ารับบริการทางการแพทย์
ทางไกล (Telemedicine) อยู่ในระดับมาก หลัง
ดำเนินการ อยู่ในระดับมากที่สุดและเมื่อ
เปรียบเทียบความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับ
การพัฒนารูปแบบการประยุกต์ใช้ระบบ
การแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพ
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ก่อนดำเนินการ และหลังดำเนินการ
ระดับ ตำบล กับอำเภอ ไม่มีความแตกต่างกัน

2. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสม หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระหว่างในเขตโรงพยาบาลกับในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และตำบลและอำเภอที่ต่างกัน โดยรวม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งก่อนและหลังดำเนินการ

3. การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ

3.1 แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการและคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงาน การจัดการบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

3.2 การประชุมชี้แจงนโยบายและการดำเนินงาน

3.3 การจัดบริการร่วมกันระหว่าง รพ. รพ.สต. และที่บ้าน

3.4 การกำกับติดตามประเมินผล

4. การพัฒนารูปแบบการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ

4.1 การดำเนินงานของคณะกรรมการขับเคลื่อนการจัดการบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

4.2 การประชุมชี้แจงนโยบายและการดำเนินงาน ประกอบด้วย การประชุมหารือ การประชุมชี้แจง การประชุมติดตามงาน และการประชุมติดตามผลและถอดบทเรียน

4.3 การจัดบริการร่วมกัน ระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล PCU2NPCU และที่บ้าน

4.4 การติดตามประเมินผล ประกอบด้วย เวทีประชุมและรายงานผู้บริหาร Smart Dashboard และ google form (รายไตรมาส)

4.5 กำหนดเป้าหมายการจัดการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

5. ผลการจัดการบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาล โดยรวมได้เกินกว่าร้อยละ 100 ทั้งในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

6. ผลการเปรียบเทียบความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระดับ อำเภอ ตำบล และรวมทั้งหมด โดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินงาน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระดับ อำเภอ โดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังดำเนินการ (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
พร้อม	3.51	0.30	4.77	0.33	54	-11.488	.000	-1.00874	-.70886
พิจารณา	3.47	0.32	4.92	0.24	54	-11.860	.000	-1.03725	-.73716
รวม	3.49	0.30	4.92	0.24	54	-11.770	.000	-1.02177	-.72423

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการประยุกต์ใช้ระบบ

การแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระดับตำบล โดยรวมและรายด้าน
ก่อนและหลังดำเนินการ (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
พร้อม	3.55	0.30	4.47	0.36	120	-16.352	.000	-.89756	-.70368
พิจารณา	3.53	0.32	4.76	0.35	120	-16.181	.000	-.90396	-.70686
รวม	3.54	0.31	4.61	0.31	120	-16.329	.000	-.90038	-.70565

7. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินงาน

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตโรงพยาบาล ก่อนและหลังดำเนินการ (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
อาหาร	3.56	0.32	4.53	0.33	820	-39.322	.000	-.87267	-.78969
ใช้ยา	3.63	0.28	4.42	0.28	820	-38.586	.000	-.73471	-.66358
ออกกำลังกาย	3.45	0.40	4.58	0.38	820	-39.785	.000	-1.08001	-.97845
เครียด	3.54	0.32	4.55	0.32	820	-42.965	.000	-.91526	-.83529
2ส	3.51	0.34	4.52	0.33	820	-43.059	.000	-.98658	-.90055
รวม	3.54	0.19	4.52	0.18	820	-77.201	.000	-.89794	-.85342

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อนและหลังดำเนินการ (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
อาหาร	3.57	0.31	4.38	0.51	2678	-697.867	.000	-.98200	-.97649
ใช้ยา	3.64	0.27	4.44	0.48	2678	-673.838	.000	-.98244	-.97674
ออกกำลังกาย	3.47	0.38	4.27	0.56	2678	-670.185	.000	-.97831	-.97260
เครียด	3.56	0.30	4.36	0.50	2678	-754.012	.000	-.98396	-.97886
2ส	3.52	0.31	4.33	0.51	2678	-1135.260	.000	-.99923	-.99579
รวม	3.55	0.17	4.36	0.43	2678	-985.737	.000	-.98460	-.98069

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุน

การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระดับ อำเภอ ตำบล และรวมทั้งหมด ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การเตรียมความพร้อมระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพ

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดบึงกาฬ และ การพิจารณาผู้ป่วยเข้ารับบริการทางการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) อยู่ในระดับมาก หลังดำเนินการอยู่ในระดับมากที่สุดและเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกันกับการพัฒนารูปแบบการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ก่อนดำเนินการ ระดับ ตำบล กับอำเภอ ไม่มีความแตกต่างกัน และ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อนดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มาก และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระหว่างในเขตโรงพยาบาลกับในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และตำบลและอำเภอ ที่ต่างกัน โดยรวม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ดังนั้น จึงได้มีการการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ ประกอบด้วย การแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการและคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานการจัดบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) การประชุมชี้แจงนโยบายและการดำเนินงาน การจัดบริการร่วมกันระหว่าง รพ. รพ.สต. และที่บ้าน และการกำกับติดตามประเมินผล นอกจากนี้ยังได้มีการพัฒนารูปแบบการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ ได้แก่ การดำเนินงานของคณะกรรมการขับเคลื่อนการจัดบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) การประชุมชี้แจงนโยบายและการดำเนินงาน ประกอบด้วย การประชุมหารือการประชุมชี้แจง การประชุมติดตามงาน และการประชุมติดตามผลและถอดบทเรียน การจัดบริการร่วมกัน ระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล PCU2NPCU และที่บ้าน การติดตามประเมินผล ประกอบด้วย เวทีประชุมและรายงาน

ผู้บริหาร Smart Dashboard และ google from (รายไตรมาส)และการกำหนดเป้าหมายการจัดบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามแนวคิดการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพ⁵⁻⁹ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ วิภา วัณย์ อรรถนพพรชัย และชวณณ กิจศิริณกุล. (2564)⁶ ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบท ผลการศึกษาพบว่า ระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลชนบทพัฒนาโดยการประยุกต์ใช้ Telemedicine ซึ่งสามารถช่วยจัดการสุขภาพโดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่สามารถตรวจวัดสภาพทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยในทุก ๆ วัน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะถูกส่งด้วยระบบสื่อสารไร้สายเชื่อมต่อกับโทรศัพท์มือถือ และจัดส่งไปยังโรงพยาบาล ซึ่งจัดเก็บในรูปแบบฐานข้อมูล เพื่อแก้ไขปัญหาในการรักษาผู้ป่วยในพื้นที่ชนบท ในกรณีฉุกเฉินปัจจุบันประเทศไทยได้ตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินขึ้น เป็นศูนย์ข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการ กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยใช้ระบบ Telemedicine ส่งผลให้ ความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกันกับการพัฒนารูปแบบการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระดับ อำเภอ ตำบล และรวมทั้งหมด หลังดำเนินการ อยู่ในระดับมากที่สุดและ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก สอดคล้องกันกับการศึกษาของ วีระชน ทวีศักดิ์. (2566)¹² การพัฒนารูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้เครือข่าย

สุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 4 กิจกรรม 1) การประชุมทางไกล 2) การปรึกษาแพทย์ทางไกล 3) การศึกษาทางไกลเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร และ 4) ระบบเชื่อมต่อเครือข่ายข้อมูลและโทรศัพท์ เพื่อ 4.1) สื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย 4.2) ประสานการรับและส่งต่อผู้ป่วย 4.3) การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วย 4.4) การประเมินผู้ป่วยการรับ/การส่งต่อผู้ป่วย รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม เป็นไปได้ และเป็นประโยชน์ระดับมาก (Mean= 4.75, SD=0.87) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มผู้ให้บริการ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบ ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=6.32, P<0.05$) ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ญาติ อยู่ในระดับมากและมากที่สุด ร้อยละ 86.36 ผลลัพธ์ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันได้รับการส่งต่อ ร้อยละ 100 ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย ควรขยายระบบการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยระบบ Telemedicine เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลแม่ข่าย

ส่วนผลการเปรียบเทียบความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระดับ อำเภอ ตำบล และรวมทั้งหมด โดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินงานและการเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินงาน สอดคล้องกันกับการศึกษาของณัฐ

ภัสสร เดิมขุนทด และคณะ (2564)¹³ ได้ศึกษาผลของการติดตามสุขภาพทางไกล ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี ผลการศึกษาพบว่า ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (FBS) และค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) ที่ 12 เดือนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าที่ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาระหว่างก่อนและหลังการศึกษาพบว่าก่อนการศึกษาผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม (ร้อยละ 96.4) มีคะแนนความสม่ำเสมออยู่ในระดับต่ำ ที่สิ้นสุดการศึกษาพบว่าทั้งสองกลุ่มมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มที่ได้รับการติดตามสุขภาพทางไกลมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

ในการวิจัยเรื่อง การพัฒนาการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน ควรประกอบด้วย

1. การศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ
2. การศึกษาแนวทางการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ
3. การกำหนดกิจกรรม/ขั้นตอนการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ
4. การถ่ายทอดประชาสัมพันธ์กิจกรรม/ขั้นตอนการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ ให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

5. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ขั้นตอนการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

6. การดำเนินการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ

7. การทบทวน/ปรับปรุงการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ อย่างต่อเนื่อง

8. ติดตามประเมินผลการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ ในเชิงระบบ ผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย และควรมี รูปแบบการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ ประกอบด้วย 12 ขั้นตอน ได้แก่ การขออนุญาตโดยผู้ป่วย ผ่านระบบ Mobile Application ยืนยันการนัดหมายโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ผ่านระบบ Web Application ผู้ป่วยตรวจสอบตารางนัดหมายใน

ระบบ Mobile Application ยืนยันการตรวจ (Visit) และซักประวัติเบื้องต้น โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ผ่านระบบ Web Application ผู้ป่วยพบแพทย์ผ่านระบบ VDO Conference (โดยผู้ป่วยใช้ระบบผ่าน Mobile Application และแพทย์ใช้ระบบผ่าน Web Application) เกสซ์กรตรวจสอบการส่งจ่ายยา บนระบบ Web Application ผู้ป่วยตรวจสอบการส่งจ่ายยา บนระบบ Mobile Application เกสซ์กรตรวจสอบการส่งจ่ายยา บนระบบ Web Application ผู้ป่วยตรวจสอบการจัดส่งยา บนระบบ Mobile Application ผู้ป่วยตรวจสอบสถานะการส่งยา บนระบบ Mobile Application ผู้ป่วยสแกน QR Code เพื่อรับยา บนระบบ Mobile Application และเกสซ์กรตรวจสอบสถานะการส่งยา บนระบบ Web Application และเมื่อผู้ป่วยได้รับยาแล้ว เกสซ์กรดำเนินการแนะนำการใช้ยาผ่านระบบ VDO Conference บนระบบ Web Application

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การพัฒนาการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน ในผู้ป่วยโรคอื่นเพื่อการพัฒนากระบวนการดูแลและการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO).(2010) Global status report on non-communicable diseases. Geneva: WHO Publications.
2. World Health Organization (WHO).(2013) Global action plan for the prevention and control non-communicable diseases 2013-2020. Geneva: WHO Publications; 2013.
3. ราม รังสินธุ์และคณะ. (2557). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555. สืบค้นจาก <http://www.nhso.go.th/>
4. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2557). การทบทวนวรรณกรรม : สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บริษัท อาร์ท ควอลิตี้ จำกัด

5. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลโดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล พ.ศ. 2564 เล่ม 138 ตอนพิเศษ 23 ง ราชกิจจานุเบกษา 1 กุมภาพันธ์ 2564
6. วิภาวิทย์ อรรถพรชัย และชวณ กิจหิรัญกุล.(2564).การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบท. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2564) | Vol.7 No.3
7. ไพศาล มุณีสว่าง. (2561). รายงานโครงการพัฒนาด้านแบบของเทคโนโลยีที่ช่วยในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบทโดยผ่านเครือข่ายดิจิทัลความเร็วสูง.สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2563, จาก <http://nuradio.nu.ac.th/?p=4096>.
8. สกลันท์ หุ่นเจริญ, ฌมณ จีรังสุวรรณ, และปณิตา วรรณพิรุณ. (2557). การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพ.วารสารวิชาการครุศาสตร์อุตสาหกรรมพระจอมเกล้าพระนครเหนือ, 5(2), 191-198.
9. World Health Organization. (2009). Telemedicine: opportunities and developments in Member States : Report on the second global survey on eHealth. World Health Organization
10. Best, J. W. & Kahn, J. V.(1993). Research in Education. 7th ed. Boston : Allyn & Bacon.
11. บุญชม ศรีสะอาด.(2545). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น.
12. วีระชน ทวีศักดิ์. (2566). การพัฒนารูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 01 (2023): มกราคม – มีนาคม 148 -59
13. ณัฐภัสสร เดิมขุนทด รัชนีวรรณ ขวัญเจริญ ชาญวัฒน์ ขวอนตันติกมล พิชญ์ พหลภาคย์ สว่างจิต สุอมรกุล. (2564). ผลของการติดตามสุขภาพทางไกล ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. ปีที่ 65 ฉบับเพิ่มเติม

การพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดคลอด
ครั้งแรกก่อนให้การระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง
ของวิสัญญีพยาบาล

The development of a preparatory practice guideline for pregnant women with
hypertension attending the first caesarean section prior to intrathecal anesthesia by nurse
anesthetists.

(Received: August 21,2023 ; Revised: August 24,2023 ; Accepted: August 26,2023)

อุไรรักษ์ ผาชา อินทิรา ภูสง่า¹ รัตนา มั่นคง¹
Urairak Phacha¹, Intira Phusanga¹, Rattana Mankong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดคลอดครั้งแรกก่อนให้การระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังของวิสัญญีพยาบาล ระยะเวลาวิจัยเดือน สิงหาคม 2564 – กันยายน 2565 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดคลอดครั้งแรก จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกการตรวจเยี่ยมก่อนให้การระงับความรู้สึก แบบประเมินผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ASA Class แบบบันทึก anesthesia แบบประเมินความพึงพอใจ และความวิตกกังวล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา พบว่า 1. แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมในหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 1) การประเมินความพร้อม/ความวิตกกังวลเพื่อวางแผนการดูแล 2) กำหนดเกณฑ์และการเยี่ยมประเมินเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ที่ ก่อนให้การระงับความรู้สึก 3) จัดทำสื่อให้ความรู้ เอกสารแผ่นพับและคลิปวิดีโอเกี่ยวกับ “การปฏิบัติตัวก่อนและหลังเข้ารับการผ่าตัดโดยทีมวิสัญญี” แก่หญิงตั้งครรภ์ และญาติ 4) การวางแผนให้การระงับความรู้สึก การป้องกันเหตุไม่พึงประสงค์/การเสียชีวิต 5) การส่งต่อข้อมูลการปฏิบัติเตรียมความพร้อมวันผ่าตัด ในทีมวิสัญญีพยาบาล 6) การติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดเพื่อวางแผนการพยาบาล 2. ผลลัพธ์การเตรียมความพร้อมในการดูแลในหญิงตั้งครรภ์ ที่มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงทุกด้าน ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด พบภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตต่ำ 25.40% อาการคลื่นไส้/อาเจียน 4.76% อาการปวดในท้องพักพื้น 1.59% อาการคัน 1.59% โดยผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้รับการจัดการปัญหา/การดูแลที่เหมาะสม

คำสำคัญ : การเตรียมความพร้อม หญิงตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูง ผ่าตัดคลอดครั้งแรก

ABSTRACT

This research was action research aimed to develop and study the outcomes of a preparatory practice guideline for pregnant women with hypertension attending the first caesarean section prior to intrathecal anesthesia by nurse anesthetists. The research period was August 2021 – September 2022. The sample group consisted of 30 pregnant women with hypertension who received their first caesarean section. The tools used for data collection were the pre-anesthetic visit record form, ASA Class preoperative assessment form, anesthesia recording form, satisfaction rating form and anxiety Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, Paired t-test and content analysis.

The results of the study were as follows: Guidelines for preparation of pregnant women consisted of 1) assessment of readiness/anxiety for planning of care; before giving anesthesia. 3) Prepare educational media. Documents, brochures and video clips about “Behavior before and after surgery by the anesthesiology team” for pregnant women and their relatives 4) Planning for anesthesia Prevention of adverse events/deaths. in the anesthetist team. 6) Follow-up visits after surgery to plan nursing care. The results of preparation for care in pregnant women with an average of reduced anxiety in all aspects. Satisfaction is at the highest level.

Complications were found, including hypotension 25.40%, nausea/vomiting 4.76%, pain in the recovery room 1.59%, itching 1.59%. Patients with such complications received appropriate management/care.

Keywords: preparation, pregnant women, hypertension, first caesarean section

บทนำ

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นหัตถการทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อยมากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากมีข้อบ่งชี้เพื่อความปลอดภัยของมารดาและบุตร¹ จากการศึกษาใน 150 ประเทศช่วงปี 2533-2557 มีการผ่าคลอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 19.1 ในปี 2557 โดยอัตราการผ่าคลอดเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.4 หรือเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.4 ต่อปี ลาตินอเมริกาและแคริบเบียนมีอัตราการผ่าคลอดสูงสุด คือ ร้อยละ 40.5 ส่วนเอเชียร้อยละ 19.2 แต่มีอัตราการผ่าคลอดรวมเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.1 คิดเป็นอันดับ 2 ของโลก และมีอัตราการเพิ่มการผ่าคลอดเฉลี่ยต่อปีสูงสุด คือ ร้อยละ 6.4 ขณะที่ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราการผ่าคลอดเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 5.5 ต่อปี² ในประเทศไทยมีอัตราผ่าคลอดร้อยละ 14.8 ใน ปี พ.ศ. 2533 เพิ่มขึ้นร้อยละ 20.7 ใน ปี พ.ศ. 2544 และเพิ่มเป็นร้อยละ 39.4 ใน ปี พ.ศ. 2557³ สูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดตัวเลขที่เหมาะสมว่าควร เป็นร้อยละ 10-15⁴ ในส่วนของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอด ในปี พ.ศ. 2561, 2562 และ 2563 มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงถึงร้อยละ 53.84, 56.75 และ 54.56 ตามลำดับ นับเป็นการผ่าตัดที่มารับบริการทางวิสัญญีสูงเป็นอันดับ 1 ของทุกปี⁵

ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ (Pregnancy Induced Hypertension : PIH) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ที่พบได้ร้อยละ 7 ของการตั้งครรภ์ทั่วไป⁶ ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาและทารกเป็นอันดับ 3 ของประเทศไทยคิดเป็นร้อยละ 2.1 รองจากการเสียชีวิตและติดเชื้อ⁷ วิธีการคลอดที่ดีที่สุดคือการผ่าตัดคลอด⁸ วิธีที่นิยมใช้ระงับความรู้สึกในปัจจุบันในการผ่าตัดคลอดบุตร คือ การระงับความรู้สึกโดยฉีดยาเข้า

ช่องน้ำไขสันหลัง^{9,10} มากกว่าการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (W C-I, 2005) เนื่องจากการให้ความระงับความรู้สึกแบบทั่วไปสามารถทำให้เกิดการสำลักอาหาร และน้ำย่อยเข้าปอดรวมถึงการใส่ท่อช่วยหายใจยาก^{11,12,13} เป็นต้น วิธีนี้จึงนิยมใช้ในประเทศ อังกฤษ สหรัฐอเมริกา รวมถึงประเทศไทย ดังเช่น การผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช เลิงนกทา วิธีที่นิยมใช้คือ การระงับความรู้สึกโดยฉีดยาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง โดยคิดเป็นร้อยละ 55, 62 และ 57 ในปี 62, 63 และ 64 ตามลำดับ การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดคลอดนับว่ามีความซับซ้อนมากกว่าการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากระหว่างตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาค สรีรวิทยา เมสซาร์วิทยาของมารดาตั้งครรภ์และผลของการให้ยาระงับความรู้สึกต่อทารกในครรภ์¹⁴ การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนหรือการฉีดยาเข้าช่องน้ำไขสันหลังเพื่อผ่าตัดคลอด เป็นวิธีที่นิยมมากกว่าการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป¹⁵ เนื่องจากปลอดภัยและระงับปวดหลังผ่าตัดได้ดี แต่โดยทั่วไปหญิงครรภ์แรกมักมีความวิตกกังวล กลัวไม่พินิจจากสลบ กลัวเป็นอัมพาตหลังจากได้ยาระงับความรู้สึกแล้ว ความเจ็บปวดขณะผ่าตัด กลัวความไม่ปลอดภัย กลัวลูกได้รับอันตรายจากยาระงับความรู้สึก¹⁶

ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการระงับความรู้สึกโดยฉีดยาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในการผ่าตัดคลอดมี 2 ปัจจัยหลัก³ คือ ปัจจัยทางด้านมารดา และปัจจัยด้านทางวิสัญญี ปัจจัยทางด้านมารดานั้นประกอบด้วยอายุของมารดาขณะตั้งครรภ์¹³ โดยพบว่าอายุมารดา มากกว่า 35 ปี มีความเสี่ยงที่สามารถทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำได้มากขึ้น¹³ ในการศึกษาของ Femodo N. (1986) BMI $\geq$ 25 มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตต่ำในมารดา น้ำหนักมารดาที่เพิ่มขึ้นมากกว่า

10 กิโลกรัมจะพบว่าเสี่ยงต่อความดันโลหิตต่ำถึง 5 เท่า¹³ ASA status การตั้งครรภ์มากกว่า 3 ครั้ง ประวัติการผ่าตัดคลอดมาก่อน ประวัติความดันโลหิตสูง ความดัน SBP ก่อนผ่าตัด <120 mmHg หรือ Diastolic blood pressure (DBP) < 80 mmHg ในการศึกษาของ Saowapark C. (2004)¹⁷ พบว่าความดันโลหิต SBP ที่ต่ำกว่า 130 mmHg เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดความดันโลหิตต่ำได้มากขึ้น¹⁸ อัตราการเต้นของหัวใจ > 80 ครั้งต่อนาที ส่วนปัจจัยด้านวิสัญญี ได้แก่ สารน้ำที่ให้ก่อนการผ่าตัดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร การให้ sufentanyl 1 ไมโครกรัมร่วมกับยาชา และระดับยาชาที่ $\geq$ T53 ระดับยาชาที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ¹³

การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจึงมีความสำคัญมาก สามารถเพิ่มพูนความรู้นำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต่อ¹⁹ ทั้งยังส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด²⁰ และช่วยลดความเครียด ลดความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดของผู้ป่วยลงได้²¹ เดิมการให้คำปรึกษาหรือให้ข้อมูลผู้ป่วย โดยวิธีการพูดด้วยวาจาที่ผ่านมาพบปัญหาผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวล โดยเฉพาะเรื่องชนิดของการให้ยาระงับความรู้สึกและความเสี่ยงของการระงับความรู้สึก มีความตื่นเต้น กลัว มีอาการเกร็ง ไม่ให้ความร่วมมือ ทำให้แพทย์ทำการฉีดยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนได้ยาก ใช้เวลานาน และต้องทำหัตถการหลายครั้ง ซึ่งทำให้เกิดความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การสอนผ่านสื่อวีดิทัศน์ ถ่ายภาพจากเหตุการณ์จริงประกอบคำบรรยายและแสดงภาพให้เห็นในทุกขั้นตอนของการเตรียมตัวก่อนระงับความรู้สึก ขั้นตอนการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง การจัดทำที่ถูกต้องเพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจน เป็นแรงจูงใจที่กระตุ้นให้เกิดกระบวนการรับรู้ข้อมูลและส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติให้ถูกต้อง ส่งผลต่อพฤติกรรมเชิงทักษะ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติตนให้ความร่วมมือ เพื่อให้ปลอดภัยจากการระงับความรู้สึกได้²² การใช้แบบแผนการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการให้ข้อมูลโดยการผ่านสื่อวีดิทัศน์หรือการให้

ข้อมูลผ่านสื่อในรูปแบบต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสื่อภาพ พลิก คู่มือเทปบันทึกเสียงหรือมีการผสมผสานกันหลายๆ วิธีสามารถสร้างการเรียนรู้การรับรู้และทำความเข้าใจให้เกิดแก่ผู้ป่วยได้ดีและชัดเจนยิ่งขึ้นกว่าการให้ข้อมูลด้วยการสอนด้วยวาจาเพียงอย่างเดียว²¹ จากปัญหาความวิตกกังวล การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องและไม่ให้ความร่วมมือในการระงับความรู้สึก ซึ่งสามารถแก้ไขได้ด้วยการเตรียมก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดคลอดครั้งแรกก่อนให้การระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังของวิสัญญีพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังนี้และทำการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดคลอดครั้งแรกก่อนให้การระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังของวิสัญญีพยาบาลต่อความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของหญิงครรภ์แรกที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดคลอดครั้งแรกก่อนให้การระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังของวิสัญญีพยาบาล
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดคลอดครั้งแรกก่อนให้การระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังของวิสัญญีพยาบาล

สมมติฐาน

แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดคลอดครั้งแรกก่อนให้การระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังของวิสัญญีพยาบาล ส่งผลทำ

ให้ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ฯ ลดลงทุกด้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์ และการประเมินผล ระยะเวลาวิจัย เดือนสิงหาคม 2564 – กันยายน 2565 ดำเนินการ 2 วงรอบ (วงรอบที่ 1 สิงหาคม 2564 - มีนาคม 2565, วงรอบที่ 2 เมษายน 2565 - กันยายน 2565)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดคลอดครั้งแรกแบบนัดล่วงหน้า เข้าพักเพื่อการเตรียมความพร้อม ณ ห้องคลอด ในช่วงเวลาที่ทำ การวิจัยโดยเป็นผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและได้รับยา ระวังความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง

กลุ่มตัวอย่างใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดคลอดครั้งแรกแบบนัดล่วงหน้า เข้าพักเพื่อการเตรียมความพร้อม ณ ห้องคลอด ในช่วงเวลาที่ทำ การวิจัยโดยเป็นผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและได้รับยา ระวังความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยในการวิจัยครั้งนี้ได้มี กลุ่มตัวอย่าง 63 คน เกณฑ์ คัดเข้า (inclusion criteria) คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะความดันโลหิตสูงผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ASA ระดับ 2 ไม่มีข้อห้ามฉีดยาชาร่วมกับมอร์ฟีนเข้าช่อง ไขสันหลัง เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพไม่คงที่ ผู้ป่วยที่คาดว่า สัญญาณชีพจะไม่คงที่ระหว่างผ่าตัด เกณฑ์การยุติ การเข้าร่วมวิจัย ทำโครงการวิจัย (study termination criteria) ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ฯ และสูติ แพทย์ไม่ให้ความร่วมมือ มีการฉีดยาชาเข้าช่องไขสัน หลังไม่ประสบความสำเร็จ (failed block) มีระดับชา

ไม่สามารถทำผ่าตัดได้ (inadequate block) เกิด ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการให้สารน้ำอย่าง รวดเร็ว

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยผู้วิจัยได้จัดทำ เครื่องมือวิจัยที่สร้างขึ้นเองจากการทบทวน วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการระงับ ความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังเพื่อการ ผ่าตัดคลอด เป็นเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ ก่อนผ่าตัด 1 วัน โดยการบรรยายด้วยวาจา และให้ ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เอกสารแผ่นพับ และพร้อมทั้ง ทบทวนซ้ำในวันผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยสร้างสื่อวีดิทัศน์จาก การศึกษาค้นคว้าจากตำราวิทยุญญิตวิทยา การทบทวน วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แนวทาง ปฏิบัติการเตรียมพร้อมก่อนระงับความรู้สึกของราช วิทยาลัยวิทยุญญิต โดยมีขั้นตอนในการจัดทำสื่อวีดิ ทัศน์ ดังนี้

1. ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการให้ข้อมูล การ ประเมิน การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และการจัดทำ สื่อวีดิทัศน์ จากเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง

2. เขียนแผนการให้ข้อมูล เรื่อง การเตรียม ความพร้อมก่อนระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าทาง ช่องไขสันหลังเพื่อผ่าตัดคลอด ประกอบด้วย กลไก การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เทคนิคการให้ยาระงับ ความรู้สึก การปฏิบัติตัวเพื่อความปลอดภัย โดยมี องค์ประกอบ 4 ส่วน ได้แก่

2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (procedural information) อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจถึง วัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอนของการรักษา การเตรียมก่อนการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด การเลือกชนิดการระงับความรู้สึก และการดูแลที่ หญิงตั้งครรภ์จะได้รับก่อน ขณะและหลังการระงับ ความรู้สึก

2.2 ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (sensory information) อธิบายถึงสภาพหรือสถานการณ์ที่หญิงตั้งครรภ์ต้องประสบความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์ต่อเหตุการณ์คุกคามที่ต้องประสบ โดยความรู้สึกมาจากการใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส เช่น เมื่อหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังแล้วจะเกิดอาการชาขาขยับไม่ได้หรืออาการหมดความรู้สึกเฉพาะส่วนล่าง ตั้งแต่ใต้ลิ้นปี่ลงมาและอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น หายใจไม่สะดวก อึดอัด หรือจุกแน่นหน้าอกขณะผ่าตัด อาการคลื่นไส้อาเจียน เมื่ออาการชาหายไปอาจเกิดอาการปวดแผลหลังผ่าตัด เป็นต้น

2.3 ข้อมูลการให้คำแนะนำ ส่งที่ควรปฏิบัติ (behavioral and coping instruction) อธิบายถึงพฤติกรรม การดูแลตนเองและวิธีการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การงดน้ำงดอาหาร 6-8 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด การทำความสะอาดร่างกายก่อนผ่าตัด การจัดทำที่เหมาะสมในการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง การบอกระดับการชา การนอนราบ การบริหารร่างกายหลังผ่าตัด การหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ เทคนิคการผ่อนคลาย การจัดการความเจ็บปวด อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นที่ต้องแจ้งแพทย์ เป็นต้น

2.4 ข้อมูลการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับทักษะในการเผชิญความเครียด (coping skills information) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับทักษะในการเผชิญสถานการณ์ที่มาคุกคามอย่างเหมาะสมในการระงับความรู้สึก หญิงตั้งครรภ์อาจเกิดความเครียด วิตกกังวล ดังนั้นต้องมีวิธีการจัดการกับความเครียด การทำสมาธิ การหลับตาสูดหายใจเข้าออกปกติ หรือการหายใจอย่างลึก (deep breathing) การบอกตนเองให้สงบ (calming self – talk) เป็นต้น

3. เขียนบท (script) สำหรับจัดทำสื่อวีดิทัศน์ (Video media)

4. ผลิตสื่อวีดิทัศน์ (Video media) ถ่ายภาพจากเหตุการณ์จริง ประกอบคำบรรยายและแสดงภาพส่วนประกอบ สื่อวีดิทัศน์มีทั้งเสียงและภาพประกอบ มีการเคลื่อนไหวให้ภาพจริง พร้อม

สัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ที่ผ่านประสบการณ์ผ่าตัดคลอดมาแล้ว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลวิจัย

2.1 แบบบันทึกการตรวจเยี่ยมก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (Pre anesthesia visit form) ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปหญิงตั้งครรภ์ สัญญาณชีพ ระยะเวลาผ่าตัด ประวัติ การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การแพ้ยา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติการดมยา ลักษณะของ airway Fast screening การตรวจร่างกายอื่นๆ การสรุปปัญหาและกิจกรรมการวางแผนวิธีการวางยาสลบ

2.2 แบบประเมินหญิงตั้งครรภ์ก่อนการผ่าตัด ASA Class ข อ ง American Society of Anesthesiologists (ASA) ใช้ในการประเมินเพื่อจำแนกผู้ป่วยบ่งบอกถึงระดับสภาพร่างกายก่อนการผ่าตัดและโอกาสของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด โดยแบ่งเป็น 6 ระดับ

ASA class 1 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีสุขภาพแข็งแรงเป็นปกติดีไม่มีโรคประจำตัวและไม่มีความผิดปกติทางสรีรวิทยา สุขภาพจิตดี

ASA class 2 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของร่างกายเล็กน้อย สามารถทำงานต่างๆ ได้ปกติ

ASA class 3 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของร่างกายรุนแรงปานกลาง ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ

ASA class 4 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของร่างกายรุนแรงมากและไม่สามารถรักษาให้กลับมาสู่สภาวะปกติโดยยาหรือการผ่าตัด ซึ่งอาจมีผลทำให้เสียชีวิตหรือเกิดทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติงานได้

ASA class 5 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีโอกาสเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง ไม่ว่าจะได้รับการรักษาด้วยยาหรือผ่าตัดหรือไม่

ASA class 6 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีสมองตายแล้วและเป็นผู้ป่วยที่จะบริจาคอวัยวะ

2.3 แบบบันทึกการเยี่ยมหลังการให้ยาระงับความรู้สึก (Post anesthesia visit form) ของ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ประกอบด้วย Post anesthesia incidence สรุปลักษณะและการพยาบาล การให้คำแนะนำ

2.4 แบบบันทึก anesthesia ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปหญิงตั้งครรภ์ การประเมินหญิงตั้งครรภ์ ก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึก วิธีการและระยะเวลา การระงับความรู้สึก ข้อมูล สัญญาณชีพและการเฝ้าระวังต่างๆ ข้อมูลการให้ยาสารน้ำ เลือด airway management สภาพผู้ป่วยเมื่อสิ้นสุดการระงับความรู้สึกก่อนออกจากห้องผ่าตัด

2.5 แบบประเมินความพึงพอใจและความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อประเมินการเตรียมความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ก่อนได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ ซึ่งประกอบด้วย อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ มี 10 คำถาม โดยมีระดับความพึงพอใจให้เลือกตอบ 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด กำหนดค่าเฉลี่ย ความหมายของความพอใจ มีความพึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด มี 10 คำถาม โดยมี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด กำหนดค่าเฉลี่ย มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกการตรวจเยี่ยมก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (Pre anesthesia visit form) แบบบันทึกการเยี่ยมหลังการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Post anesthesia visit form) และแบบประเมินความพึงพอใจและความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดัน

โลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดคลอดครั้งแรก ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ตั้งแต่ 0.66 – 1 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธี Cronbach's alpha coefficient ได้ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82, 0.85 และ 0.81 ตามลำดับ

ขั้นตอนการวิจัย

วงรอบที่ 1 เดือน สิงหาคม 2564 - มีนาคม 2565

ระยะวางแผน (Plan) โดยดำเนินการดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ มาตรฐานการบริการพยาบาลวิสัญญีการเตรียมความพร้อมก่อนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดคลอดครั้งแรกก่อนให้การระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988 : 11) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาการเตรียมความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดคลอดครั้งแรกก่อนได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ดังนี้ โดยการรวบรวมข้อมูลการดูแลหญิงตั้งครรภ์จากข้อมูลการดูแลของวิสัญญีพยาบาลจากการทบทวน เวชระเบียนผู้ป่วย 20 ราย ประชุมระดมสมองร่วมกับวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยพิเศษสูติ – นรีเวชกรรม หรือห้องคลอด โดยใช้แนวคิดของการพยาบาลวิสัญญีระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก เพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานพร้อมทั้งสัมภาษณ์เชิงลึกหญิงตั้งครรภ์และญาติ จำนวน 5 ราย เพื่อทราบความต้องการการดูแล ความวิตกกังวลในประเด็นต่างๆ และปัญหาอุปสรรคในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ

ความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดคลอดครั้งแรก นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนพัฒนาการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ตามกิจกรรมข้างต้น พบว่า 1) การเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดคลอดครั้งแรกก่อนให้การระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังของวิสัญญีพยาบาล ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน 2) การให้ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ และญาติเป็นการอธิบายด้วยปากเปล่าเท่านั้น 3) หญิงตั้งครรภ์ และญาติมีความวิตกกังวลในการให้การระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง

ระเบียบปฏิบัติ (ACT)

1. ประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับวิสัญญีพยาบาล เพื่อค้นหาข้อมูลจากการวิเคราะห์ การเตรียมความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ก่อนได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังเพื่อการผ่าตัดคลอด จากการค้นหาข้อมูลครั้งนี้ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยเกิดแผนงานโครงการพัฒนาบุคลากรวิสัญญีในการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดมีการร่วมกันจัดทำเอกสาร แผ่นพับ “การปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังเพื่อการผ่าตัดคลอดโดยทีมวิสัญญี” เกิดข้อตกลงร่วมกันในการเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ ก่อนได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังเพื่อการผ่าตัดคลอด ประกอบด้วย ได้แก่ 1) เกณฑ์และการเยี่ยมประเมินเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ ก่อนได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังเพื่อการผ่าตัดคลอด 2) การให้ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ หรือญาติ 3) การเตรียมตัวความรู้ทักษะของวิสัญญีพยาบาลเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ แต่ละราย 4) การส่งต่อข้อมูลในทีมวิสัญญีพยาบาลและการปฏิบัติเตรียมความพร้อมวันผ่าตัด 5) การติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด 6) การวางแผนให้การระงับความรู้สึก การป้องกันเหตุไม่พึงประสงค์/การเสียชีวิต

ระยะสังเกต (Observe) ทำการติดตามสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ก่อนได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังเพื่อการผ่าตัดคลอด โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกการตรวจเยี่ยมก่อนได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังเพื่อการผ่าตัดคลอด (Pre anesthesia visit form) แบบประเมินผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ASA Class แบบบันทึก anesthesia และแบบบันทึกการเยี่ยมหลังการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังเพื่อการผ่าตัดคลอด (Post anesthesia visit form)

ระยะประเมินผล (Reflection) พบว่าในหญิงตั้งครรภ์ ยังมีความวิตกกังวลในการได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังเพื่อการผ่าตัดคลอด เช่น กลัวว่าจะไม่ฟื้นหลังจากวางยาสลบ และจัดการความปวด

การพัฒนาในรอบที่ 2 (เดือน เมษายน 2565 - กันยายน 2565) ได้ดำเนินการ ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อค้นหาข้อมูลและระดมสมองร่วมกับวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยใน หรือห้องคลอด ทำให้เกิดคลิปวิดีโอเกี่ยวกับ “การปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังเพื่อการผ่าตัดคลอดโดยทีมวิสัญญี” ที่เป็นภาพเสมือนจริง เพื่อประกอบการเตรียมความพร้อมก่อนได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังเพื่อการผ่าตัดคลอด หลังจากนั้นติดตามสังเกตประเมินผลขณะดูแลหญิงตั้งครรภ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจและความวิตกกังวล ก่อนและหลังการเตรียมความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ก่อนได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง

เพื่อการผ่าตัดคลอด โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมถึงให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริงผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่ม ตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ผลการวิจัย

ด้านข้อมูลทั่วไป ช่วงอายุมากที่สุด 26-30 ปี

ร้อยละ 42.86 รองลงมา 20-25 ปี ร้อยละ 23.81 น้อยที่สุด 31-35 ปี ร้อยละ 4.76 ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ ร้อยละ 100 ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 42.86 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 31.75 รองลงมาทำงานบ้าน/ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 26.98 น้อยที่สุดคือรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 15.87 ไม่เคยผ่าตัด ร้อยละ 80.95 การประเมิน ASA Class มากที่สุด ASA Class II ร้อยละ 57.14

ด้านความวิตกกังวลของผู้หญิงตั้งครรภ์ฯ

รายด้าน ซึ่งประเมินก่อนและหลังการเย็บก่อนผ่าตัด พบว่า ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลรายด้านทั้ง 10 ด้าน ลดลงในทุกด้าน แสดงให้เห็นถึงการเตรียมความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดคลอดครั้งแรกก่อนให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังสามารถลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดได้ ตามรายละเอียดตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความวิตกกังวลของผู้หญิงตั้งครรภ์ฯ รายด้าน (n=30)

ประเด็น	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	Mean difference
	Mean	SD	Mean	SD	
1. มีความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง	4.60	0.49	2.78	0.42	1.82
2. มีความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับโรคประจำตัว	4.05	0.21	2.52	0.50	1.53
3. มีความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการไม่ฟื้นหลังให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง	5.00	0.00	3.00	0.00	2.00
4. มีความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง	4.18	0.38	2.09	0.29	2.09
5. มีความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง	4.05	0.22	2.08	0.27	1.97
6. มีความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด	4.08	0.49	2.08	0.27	2.00
7. มีความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด	4.02	0.13	2.00	0.00	2.00
8. มีความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บปวดหลังผ่าตัด	4.11	0.32	2.84	0.37	1.27
9. มีความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด	4.00	0.00	2.00	0.00	2.00
10. มีความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดตัวหลังผ่าตัด	4.00	0.00	2.00	0.00	2.00

ด้านความวิตกกังวลในภาพรวมก่อนและหลังเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโครงการผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามรายละเอียดตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความวิตกกังวลในภาพรวมก่อนและหลังเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด(n=30)

ประเด็น	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		95% CI		P-value
	Mean	SD	Mean	SD	Lower	Upper	
ความวิตกกังวล	42.00	1.16	23.40	0.94	18.27	18.93	<0.001

ด้านความพึงพอใจ ความพึงพอใจหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับการผ่าตัดคลอดครั้งแรกต่อการเตรียมความพร้อมในการดูแลก่อนให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังเพื่อผ่าตัดคลอด ซึ่งทำการประเมินในการเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ฯ หลังผ่าตัด ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดตามรายละเอียดตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับการผ่าตัดคลอดครั้งแรกต่อการเตรียมความพร้อมในการดูแลก่อนให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังเพื่อผ่าตัดคลอด(n=30)		
ประเด็น	Mean	SD
1. การได้รับการซักประวัติการเจ็บป่วย การผ่าตัด การแพ้ยา ก่อนวันผ่าตัด	4.60	0.49
2. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับชนิดและขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง	4.33	0.47
3. การได้รับข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมร่างกายก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง	4.60	0.49
4. การได้รับข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการงดน้ำงดอาหารก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง	4.60	0.49
5. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการเลือกวิธีให้ยาระงับความรู้สึก	4.60	0.49
6. การเปิดโอกาสให้ท่านได้ซักถามปัญหาข้อกังวลใจเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง	4.60	0.49
7. การได้รับคำตอบในข้อซักถามที่ท่านสงสัยเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง	4.43	0.49
8. การช่วยเหลือของทีมนิสิตพยาบาลในขณะรอรับการผ่าตัดอยู่ในห้องผ่าตัด	4.48	0.50
9. การปฏิบัติต่อท่านของทีมนิสิตพยาบาลอยู่ในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น	4.48	0.50
10. การติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดและคำแนะนำที่ได้รับในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด	4.60	0.49

ด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่า หญิงตั้งครรภ์ฯ หลังผ่าตัดมีภาวะความดันโลหิตต่ำ 25.40% อาการหนาวสั่น 20.63% ภาวะ อาการคลื่นไส้/อาเจียน 4.76% อาการปวดในห้องพักฟื้น 1.59% อาการคัน 1.59% โดยหญิงตั้งครรภ์ฯ หลังผ่าตัดที่มีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้รับการจัดการ

ปัญหา/การดูแลที่เหมาะสม จากการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับการผ่าตัดคลอดครั้งแรกก่อนให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังของวิสัญญีพยาบาล พบว่าสามารถลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนวิกฤตของระบบหัวใจและ

การไหลเวียนเลือดหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ไม่พบอุบัติการณ์ดัดแปลงจากความไม่พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าการเตรียมความพร้อมในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดคลอดครั้งแรกก่อนให้การระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังของวิสัญญีพยาบาลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ได้มีการพัฒนาขึ้นเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เดือนเดือน สิงหาคม 2564 – กันยายน 2565 โดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นหลักสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมสร้างความร่วมมือร่วมใจ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติร่วมกัน เพื่อมุ่งพัฒนางานให้มีคุณภาพสามารถลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดคลอดครั้งแรก วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดคลอดครั้งแรกก่อนให้การระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง เริ่มตั้งแต่การนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ วิสัญญีพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยใน หรือห้องคลอด เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหานั้น จากนั้นดำเนินการวางแผนลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรมมีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาลงไป ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดคลอดครั้งแรกก่อนให้การระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังของวิสัญญีพยาบาลนี้ ได้มุ่งเน้นการทำความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมของคนในองค์กรลงถึงระดับปฏิบัติการในการปฏิบัติตามแผน โดยมีทีมผู้วิจัยทำ

หน้าที่เป็นพี่เลี้ยง เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำเป็นผู้ประสานความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนในกรณียังไม่บรรลุเป้าหมายหรือพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ทีมผู้วิจัยได้ทำหน้าที่เป็นผู้สะท้อนข้อมูลกลับและประสานความร่วมมือในการแก้ไข/ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติ รวมทั้งร่วมกัน กำหนดแผนการปรับปรุงในวงจรต่อไป

ผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดคลอดครั้งแรกก่อนให้การระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังของวิสัญญีพยาบาล พบว่า สามารถลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนวิกฤตของระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือดหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ความไม่พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพิ่มทักษะการเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดคลอดครั้งแรกก่อนให้การระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังของวิสัญญีพยาบาล และหญิงตั้งครรภ์ฯ มีความพึงพอใจ สอดคล้องกับการศึกษาของซิริสรี หงษ์วิไล (2556)¹³ ที่ได้ศึกษาผลลัพธ์ของแบบแผนการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มทดลองที่ได้รับแบบแผนการเตรียมความพร้อมก่อนทดลองเท่ากับ 41.20 และหลังการทดลองเท่ากับ 33.85 เมื่อเปรียบเทียบกับกันภายในกลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มทดลองที่ได้รับแบบแผนการเตรียมความพร้อม หลังการทดลองกับเท่ากับ 80.10 ส่วนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 71.60 เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างกลุ่มพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อย่างไรก็ตามการพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมในการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดคลอดครั้งแรกก่อนให้การ

ระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังของวิสัญญีพยาบาลยังพบประเด็นสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาต่อยอด คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับชนิดและขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าเมื่อเยี่ยมหลังผ่าตัดหญิงตั้งครรภ์ฯ ยังมีความวิตกกังวลว่าจะไม่ฟื้นหลังให้การระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลจะต้องมีการเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ฯ ก่อนให้การระงับความรู้สึกอย่างต่อเนื่อง และต้องอธิบายรายละเอียดอย่างชัดเจนเป็นขั้นตอน รวมถึงมีการใช้คลิปวิดีโอสั้นหรือสื่อวีดิทัศน์ประกอบเพื่อลดความวิตกกังวล หญิงตั้งครรภ์ฯ ให้ความร่วมมือในการผ่าตัดต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพควรให้ความสำคัญการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง มีความต่อเนื่องให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถปฏิบัติตามได้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น
2. การเตรียมความพร้อมด้วยการใช้แผ่นพับประกอบการบรรยายร่วมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์นี้ ควรนำไปประยุกต์ใช้กับการเตรียมผ่าตัดสาขาอื่นๆ ต่อไป
3. ควรมีการเผยแพร่และพัฒนาเป็นแนวทางในการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในสาขาอื่นๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Atrousa Fakherpour et.al. Maternal and anaesthesia - related risk factors and incidence of spinal anaesthesia – induced hypotension in elective caesarean section: A multinomial logistic regression. Indian J Anaesth. 2018; 62(1) : 36-46.
2. Ana Pilar Betran et.al. The Increasing trend in Cesarean Section rate: Global, Regional and National estimates: 1990-2014. PLoS ONE 11(2) e0148343. [Internet]. 2016 [cited 2021 Aug 1]. Available from: doi:10.1371/journal.pone.0148343 2557; 40 (2) : 127-35.
3. ยศ ตีระวัฒนานนท์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สัญญา ศรีรัตน์, ปรีศนี ทิพย์โสภิต. แบบแผนการคลอดบุตรของหญิงไทยในรอบ 12 ปี (พ.ศ. 2533-2544). วารสารสาธารณสุข. 2548; 12 : 1-18.
4. ปัญญา สนั่นพานิชกุล. แนวคิดเกี่ยวกับการคลอดบุตรทางหน้าท้อง. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2561; 35(3) : 312-20.
5. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา. สถิติข้อมูลกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทาปีงบประมาณ 2561-2563. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร, 2563.
6. Barask PG, Cullen BF, Stoelting RK, Cahalan MK, Stock MC, Ortega R. Clinical Anesthesia. Philadelphia : Lippincott ; 2013.
7. Witthaya TH. High bloodpressure during pregnancy. In: Witthaya TH, Wibunpan TH, editors. Patient and Fetus Medicine. Bangkok : Unioncompany ; 2001.p.295-312. (In Thai)
8. Huang CJ, Fan YC, Tsai PS. Differential Impacts of modes of anesthesia on the risk of stroke among pre-eclamptic women who undergo caesarean delivery : a population based study. Br J Anesth 2010 ; 105(6): 818-26.
9. Labor NL. Interrupted Cesareans, “cascading interventions,” and finding a balance of sensible care Harvard Magazine 2012 November - December 22-6.

10. Pitchya Ohpasanon MD TCM, Patcharee Sriswasdi MD, Siriporn Srichu MD. Prospective Study of Hypotension after Spinal Anesthesia for Cesarean Section at Siriraj Hospital: Incidence and Risk Factors, Part 2. J Med Assoc Thai 2008 ;91:75-80.
11. Afolabi BB LF, Merah NA. Regional versus general anaesthesia for caesarean section (Review). Cochrane Library 2007:1-44.
12. DG. B. Predicting spinal hypotension during Caesarean section. Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia 2014 ;20:170-3.
13. อนุวัธนวิทย์ ช. การศึกษาผลการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลตราด. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า 2012 Apr. - Jun. ;29:129-32.
14. กรวิทย์ พสุธารชาติ. การให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดคลอด. ใน เทวรักษ์ วีระวัฒนกานท์และคณะ , บรรณาธิการ. พื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2555. หน้า 95-10.
15. Takamitsu Ikeda et.al. A retrospective review of 10-year trends in general anesthesia for cesarean delivery at a university hospital: the impact of a newly launched team on obstetric anesthesia practice. BMC Health Services Research. [Internet]. 2020 [cited 2022 Aug 1]. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05314-2>.
16. Akildiz M. et.al. Effect of anaesthesia method on preoperative anxiety level in elective caesarean section surgeries. Turk J. Anaesthesiol Reanim. 2017; 45(1) : 36-40.
17. Saowapark Chumpathong, TThitima Chinachoti, Shusee Visalyaputtra, Tt. porn H. (2004). Incidence and Risk factors of hypotension during spinal anesthesia for cesarean section at Siriraj hospital. J Med Assoc Thai, 87(8), 1127–1132.
18. Zhang, N. (2017). Level of sensory block after spinal anesthesia as predictor of hypotension in parturient. Medicine, 96(25), 1–6.
19. ตะวัน เขตปัญญา. ผลลัพธ์ของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในระบบการผ่าตัดแบบช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ; 2560.
20. สราวุฒิ สีถาน. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง. วารสาร มฉก. วิชาการ. 2560; 20(40):101-113.
21. ขีร์สิริ หงส์วิไล. ผลลัพธ์ของแบบแผนการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล]. นครปฐม : มหาวิทยาลัยครีส์เตียน ; 2556.
22. เมธาพร ลักโนปกรณ์ และคณะ. ผลการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมในการปฏิบัติตนในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาชาผสมยาแก้ปวดทางช่องไขสันหลังเพื่อการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. วิสัญญีสาร. 2557; 40 (2) :127-135.

การพัฒนาระบบบริการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ คลินิกหู คอ จมูก The Development of individual counseling service system in new cancer patients, Ear, Nose and Throat Clinic.

(Received: August 23,2023 ; Revised: August 27,2023 ; Accepted: August 28,2023)

ลัดดาวลย์ สุทวา¹
Laddawan Sutawa¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของระบบบริการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ คลินิกหู คอ จมูก ระหว่างเดือนมกราคม 2564 ถึงเดือนมิถุนายน 2564 เครื่องมือที่ใช้ในเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติ แบบประเมินการจัดการตนเอง แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ และการเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเองก่อนและหลังการให้คำปรึกษาด้วยสถิติวิลคอกซัน (The Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks Test)

ผลการศึกษา ระบบบริการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยโรคมะเร็งหู คอ จมูกรายใหม่ตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เริ่มจากขั้นตอนการเตรียมความพร้อมของเครื่องมือการตรวจชิ้นเนื้อด้วยวิธีสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ภายหลังกมารับฟังผลการตรวจจะใช้เทคนิคการทำให้กระจ่าง ผู้ให้คำปรึกษาในช่วงเวลาการบำบัดโดยใช้เทคนิคในการค้นหาข้อมูล การวิเคราะห์ การสื่อสาร การแก้ไขปัญหา การวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจและการใช้ความสัมพันธ์ในการรักษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังการให้คำปรึกษาลดลง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และมีความหวังมากขึ้นหลังได้รับคำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบ การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ คลินิกหู คอ จมูก

ABSTRACT

This research was action research. The purpose of this study was to study the effect of individualized counseling services in new cancer patients at the Ear, Nose and Throat Clinic between January 2021 and June 2021. The data collection tools consisted of health record form Disease knowledge and practice test form self-management assessment form self-esteem scale Data were analyzed using frequency, percentage and self-esteem comparisons before and after by Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks Test.

Results of the study Individual counseling service system in new ear, nose, throat cancer patients based on the concept of interpersonal relationship. Start from the preparation process while waiting to hear the biopsy results through an interpersonal relationship method. After coming to listen to the results of the examination, clarification techniques will be used. A counselor during the treatment period using techniques for information search, analysis, communication, problem solving. Decision-making analysis and the use of therapeutic relationship revealed that mean anxiety scores after counseling decreased. The difference was statistically significant at the .05 level and there was more hope after receiving the consultation at the statistically significant level of .05.

Keywords: system development, individual counseling, new cancer patients, ear, nose and throat clinic

บทนำ

โรคมะเร็งศีรษะและคอ เป็นกลุ่มเซลล์มะเร็งที่เกิดบริเวณภายในช่องปาก เป็นอวัยวะที่บอบบางไวต่อการเกิดระคายเคืองจากสารเคมีหรือยาต่าง ๆ ¹⁹

จากการประมาณการของสมาคมโรคมะเร็งแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2561 พบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอรายใหม่ ร้อยละ 5.74 5.88 และ 5.94 ตามลำดับ ¹⁷ และในประเทศไทยจากสถิติ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกุมภวาปี

ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2560 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอรายใหม่ ร้อยละ 13.55, 13.71 และ 15.47 ตามลำดับ²¹

จากสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งหู คอ จมูก ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกหู คอ จมูก โรงพยาบาล กุมภวาปี พบว่า ใน ปี พ.ศ. 2561, 2562 และปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 118, 142 และ 155 ราย ตามลำดับ มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นทุกปีและยังพบอีกว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งหู คอ จมูก รายใหม่ใน ปี พ.ศ. 2561, 2562 และปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 76, 81 และ 93 ราย ตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่แผนก หู คอ จมูก ที่โรงพยาบาลกุมภวาปี ด้วยเรื่องก้อนที่คอโต พบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องต่อมน้ำเหลืองที่คอโตมากที่สุด โดยเฉพาะกลุ่มที่โตโดยไม่ทราบสาเหตุ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาเพื่อการวินิจฉัยด้วยการตรวจ Fine Needle Aspiration (FNA) และผ่าตัดส่งชิ้นเนื้อต่อกรณีสงสัยเป็นมะเร็ง ในฐานะพยาบาลที่ให้บริการการพยาบาลงานผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อรับทราบผลการตรวจร่างกายและแผนการรักษาของแพทย์มักคิดคาดการณ์ไปหลายอย่าง คิดว่าเป็นมะเร็ง กลัวที่จะรับทราบผลการตรวจชิ้นเนื้อ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งความวิตกกังวลเกิดขึ้นทั้งในระยะที่รับทราบผลตรวจร่างกายว่าผิดปกติ ระยะที่รับทราบแผนการรักษาของแพทย์ ระยะรอทำหัตถการ และระยะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ ผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลในการดำเนินชีวิต ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ความวิตกกังวลมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติของสุขภาพ และเมื่อทราบผลการตรวจ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไม่แน่นอน (uncertainty) ในความเจ็บป่วยหรือในสถานการณ์ (Mishel, 1988)

ความรู้สึกไม่แน่นอน (uncertainty) ในความเจ็บป่วยหรือในสถานการณ์ (Mishel, 1988) เป็นภาวะการรู้คิดที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าหรือตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถตัดสินใจให้ความหมายหรือคุณค่า ไม่สามารถแจ่มแจ้งประเภทของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้ชัดเจน และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้เนื่องจากขาดสิ่งชี้แนะหรือสิ่งที่บ่งบอกได้อย่าง

เพียงพอความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานการณ์หรือความเจ็บป่วย (ambiguity) ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล (complexity) ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ (inconsistency of the information) และด้านการไม่สามารถทำนายสถานการณ์หรือการเจ็บป่วย การรักษา และผลของการรักษาได้ (unpredictability) ในการประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดจากสถานการณ์นำไปสู่ผลลัพธ์ 2 แบบ (Mishel, 1990) คือ การตัดสินว่าสถานการณ์นั้นเป็นโอกาสหรือเป็นอันตราย พบว่า บุคคลที่ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเปนนโอกาสก็มีความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับต่ำและมีการเผชิญความเครียดในลักษณะที่เป็นการปรับตัวที่ดี ส่วนบุคคลที่ประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นอันตราย และคุกคามความผาสุกของชีวิต มักมีความรู้สึกไม่ปลอดภัยและมีการเผชิญความเครียดในลักษณะที่เป็นการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม

นอกจากความกลัวแล้วผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคมะเร็งเกือบทุกรายจะมีความวิตกกังวลและซึมเศร้า และถือว่าเป็นภาวะวิกฤติในชีวิตของผู้ป่วย การสอดคล้องกับการศึกษาของ เรนเกอร์และคัทเทอร์²² พบว่า ผู้หญิงที่ผ่าตัดเต้านมออกมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล นอนไม่หลับ และมีความคิดฆ่าตัวตาย ความรู้สึกไม่มีคุณค่า น่าละอาย ซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับตัวอย่างรวดเร็วต่อข่าวร้ายที่ได้รับหากไม่สามารถปรับตัวได้สำเร็จจะส่งผลทำให้อารมณ์ไม่มั่นคงมีความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า จะส่งผลต่อการรักษาและการดำเนินชีวิต และปัจจัยต่าง ๆ ทั้งตัวผู้ป่วยเอง และปัจจัยรอบตัวผู้ป่วย เช่น ครอบครัว สังคมก็มีบทบาทสำคัญต่อการปรับตัวซึ่งจะก่อให้เกิดความสุข

ความสุข (happiness) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อมีสิ่งทำให้เกิดความพอใจ Argyle & Martin (1991)¹⁸ ได้ให้ความหมายความสุขว่า ความสุขเป็นการประเมินของบุคคลในขณะว่า มีความพึงพอใจในชีวิต มีความรู้สึก

ทางบวก เช่น เบิกบานใจ มีความยินดี มีอารมณ์ดี และปราศจากความรู้สึกทางลบในขณะนั้น เช่น ความซึมเศร้า และความวิตกกังวลความรู้สึกเป็นสุขจะทำให้บุคคลเห็นคุณค่าในตัวเอง มีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น มองโลกในแง่ดีมีความเชื่อมั่น ในตนเองจะทำให้สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ ซึ่งเป็นภาวะที่ตรงข้ามกับบุคคลที่ไม่มีความสุขจะมีความรู้สึกกลบ ไม่ยอมรับตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ครุ่นคิดถึงแต่เหตุการณ์ร้าย ๆ ที่ผ่านมา การมีความสุขจึงถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งหู คอ จมูก ยอมรับการเจ็บป่วย การรักษา มีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง มีกำลังใจและสามารถใช้ชีวิตต่อไปอย่างมีคุณภาพได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้การปรึกษาจะช่วยเสริมสร้างความสุขได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชาพร นาซิน (2555)¹³ ให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความสุขโดยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวพุทธวิธี ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนความสุขสูงกว่าก่อนการทดลองและมีคะแนนความสุขสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การให้การปรึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งหู คอ จมูก เป็นปัญหาด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงจึงมีความเหมาะสมสำหรับการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549)¹⁶ กล่าวถึง ลักษณะของปัญหาที่เหมาะสมสำหรับการให้การปรึกษารายบุคคล เน้นปัญหาด้านอารมณ์ ความรู้สึกความคิด ที่ต้องการระบายด้วยความรู้สึกไว้วางใจและปลอดภัยในการพูดกับผู้อื่นให้คำปรึกษาโดยตรงปัญหาส่วนตัว ที่ต้องการความเฉพาะเจาะจงปัญหาการปรับตัวด้านต่าง ๆ รวมถึงการพัฒนาตนเองการแก้ปัญหา การตัดสินใจในสภาพการณ์เฉพาะรายเฉพาะเรื่อง

การให้การปรึกษาแบบรายบุคคล ถือเป็นกระบวนการช่วยเหลือที่ผู้ให้การปรึกษาให้บริการแก่ผู้รับการปรึกษาเพียงรายเดียวในแต่ละครั้ง เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง และเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาด้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นวิธีการช่วยเหลือได้ดี

อีกวิธีหนึ่ง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล หมายถึง กระบวนการให้การปรึกษาเพียงรายเดียวในแต่ละครั้งในผู้ป่วยโรคมะเร็งหู คอ จมูก โดยดำเนินการให้การปรึกษาแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบไปด้วย ขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ และขั้นยุติ โดยผู้วิจัยได้ผสมผสานจากทฤษฎีการปรึกษา มี 5 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพ ใช้เทคนิคการฟัง การตั้งคำถาม การสะท้อน และการสรุป ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบภวนิยม ใช้เทคนิคการสนทนาแบบโสเครติส ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตอลท์ ใช้เทคนิคการนำให้เกิดการตระหนักรู้ และเทคนิคการอยู่กับความรู้สึก ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ใช้เทคนิคการโต้แย้งเพื่อจัดหรือเอาชนะความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผล และการให้การปรึกษาคบครองแบบประสบการณ์นิยม ใช้เทคนิคการปั้นเทคนิคเส้นลวดประสบการณ์ และเทคนิคทำที่การสื่อสาร สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีรายงานการวิจัยเกี่ยวกับการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลที่มีต่อการเสริมสร้างความสุขในผู้ป่วยโรคมะเร็งหู คอ จมูก ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานคลินิกหู คอ จมูก จึงมีสนใจที่จะการพัฒนากระบวนการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็ง คลินิกหู คอ จมูก ที่เพื่อเสริมสร้างความสุข ให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถกลับไปใช้ชีวิตครอบครัว และในสังคมได้อย่างมีปกติสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็ง รายใหม่คลินิกหู คอ จมูก
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบบริการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็ง คลินิกหู คอ จมูก

สมมติฐาน

ภายหลังจากการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล ในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ คลินิกหู คอ จมูกที่พัฒนาขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลดความวิตกกังวลและเพิ่มความหวัง

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของระบบบริการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ คลินิกหู คอ จมูก โรงพยาบาลกุมภวาปี ระหว่างเดือนมกราคม 2564 - มิถุนายน 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยโรคมะเร็งหู คอ จมูก รายใหม่ ที่มารับการรักษาที่คลินิกหู คอ จมูก โรงพยาบาลกุมภวาปี ระหว่างเดือนมกราคม 2564 - มิถุนายน 2564 จำนวน 10 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคมะเร็งหู คอ จมูก รายใหม่ ที่มารับการรักษาที่คลินิกหู คอ จมูก โรงพยาบาลกุมภวาปี ระหว่างเดือนมกราคม 2564 - มิถุนายน 2564 จำนวน 10 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จากกลุ่มประชากร จากนั้นสุ่มอย่างง่าย โดยมีคุณสมบัติดังนี้ คือ

1. ผู้ป่วยที่มาด้วยก้อนที่คอโต
2. ผู้ป่วยโรคมะเร็งหู คอ จมูก ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก หลังรับฟังผลชิ้นเนื้อ
3. สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีอ่านเขียนและฟังภาษาไทยได้ดี
4. มีความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยอย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือดังต่อไปนี้

- 1.1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย

ระดับความรุนแรงของโรค ข้อมูลด้านสุขภาพจากแฟ้มทะเบียน

1.2 การสร้างแบบวัดความวิตกกังวลและเพิ่มความหวังของผู้ป่วยโรคมะเร็งหู คอ จมูก รายใหม่ มีดังนี้ ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลและความหวังของผู้ป่วยโรคมะเร็งหู คอ จมูก รายใหม่ นำข้อมูลที่ได้มาเป็นการรอบในการสร้างนิยามศัพท์เฉพาะ และสร้างเป็นข้อคำถามในแบบวัดความวิตกกังวลและความหวังของผู้ป่วยโรคมะเร็งหู คอ จมูก รายใหม่ นำแบบวัดความวิตกกังวลและความหวังของผู้ป่วยโรคมะเร็งหู คอ จมูก รายใหม่ เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเพื่อคัดเลือกและปรับปรุงให้สอดคล้องกับเนื้อหาและโครงสร้างที่กำหนดด้วยวิธีการ IOC (items objective congruence) มีค่า IOC อยู่ระหว่าง .6 ถึง 1.00 ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยโรคมะเร็งหู คอ จมูก ในโรงพยาบาลกุมภวาปี รวมทั้งสิ้น 10 คน นำข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้ วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (discrimination) ของข้อคำถามเป็นรายข้อโดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวม (item total correlation) และหาค่าความเที่ยง (reliability) โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผู้วิจัยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .20-1.00 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88 จึงได้แบบวัดความวิตกกังวลและความหวังของผู้ป่วยโรคมะเร็งหู คอ จมูก

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งหู คอ จมูก รายใหม่ ที่มารับการรักษาที่คลินิกหู คอ จมูก โรงพยาบาลกุมภวาปี ระหว่างเดือนมีนาคม 2563 ถึงเดือน พฤษภาคม 2563

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบเพื่อพัฒนาระบบบริการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ คลินิกหู คอ จมูก (ระยะเวลา 4 เดือน) ดำเนินการระหว่างเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2563

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ (ระยะเวลา 8 เดือน) ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2564 เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบบริการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็ง คลินิกหู คอ จมูก ได้แก่ ความวิตกกังวล และความหวังของผู้ป่วยโรคมะเร็งหู คอ จมูก รายใหม่ จำนวน 10 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยได้แก่ ความตรงเชิงประจักษ์ด้วยวิธี IOC การวิเคราะห์อำนาจจำแนกรายข้อโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

การทดสอบสมมติฐาน ใช้สถิติการทดสอบแบบวิทนีย์และการทดสอบวิลคอกซัน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบรวมถึงให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจึงผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพ รวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลของผู้ป่วย

โรคมะเร็งหู คอ จมูก ที่มารับการรักษาที่คลินิกหู คอ จมูก โรงพยาบาลกุมภวาปี ระหว่างเดือน ตุลาคม 2563 ถึงเดือน ธันวาคม 2563 พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งหู คอ จมูก ที่มารับการรักษาคลินิกหู คอ จมูก โรงพยาบาลกุมภวาปี พบว่า ใน ปี พ.ศ. 2561, 2562 และปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 118, 142 และ 155 ราย ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีและยังพบอีกว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งหู คอ จมูก รายใหม่ใน ปี พ.ศ. 2561, 2562 และปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 76, 81 และ 93 ราย ตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนก หู คอ จมูก ที่โรงพยาบาลกุมภวาปี ด้วยเรื่องก้อนที่คอโตพบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องต่อมน้ำเหลืองที่คอโตมากที่สุดโดยเฉพาะกลุ่มที่โตโดยไม่ทราบสาเหตุ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาเพื่อการวินิจฉัยด้วยการตรวจ Fine Needle Aspiration (FNA) และผ่าตัดส่งชิ้นเนื้อต่อกรณีสงสัยเป็นมะเร็งในฐานะพยาบาลที่ให้บริการการพยาบาลงานผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อรับทราบผลการตรวจร่างกายและแผนการรักษาของแพทย์มักคิดคาดการณ์ไปหลายอย่าง คิดว่าเป็นมะเร็ง กลัวที่จะรับทราบผลการตรวจชิ้นเนื้อ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งความวิตกกังวลเกิดขึ้นทั้งในระยะที่รับทราบผลตรวจร่างกายว่าผิดปกติ ระยะที่รับทราบแผนการรักษาของแพทย์ ระยะรอทำหัตถการ และระยะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ ผู้ป่วยมักมีความอดัดใจในการดำเนินชีวิต ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ความวิตกกังวลมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติของสุขภาพ และเมื่อทราบผลการตรวจ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไม่แน่นอน (uncertainty) ในความเจ็บป่วยหรือในสถานการณ์

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบเพื่อพัฒนาระบบบริการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ คลินิกหู คอ จมูก (ระยะเวลา 4 เดือน) ดำเนินการระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประมวลสาระจากการศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล เพื่อลดความวิตกกังวลและมีความหวังในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

หุ คอ จมูก ที่มารับการรักษาที่คลินิกหุ คอ จมูก โรงพยาบาลกุมภวาปี จำนวน 1 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที รายละเอียดดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพ 2) การสร้างความสุขทางกาย ความรู้เรื่องโรคและการรักษา 3) การเสริมสร้างความสุขทางกาย: การดูแลตนเอง 4) การเสริมสร้างความสุขทางใจ: การลดความกลัวและความวิตกกังวล 5) การเสริมสร้างความสุขทางใจ: การลดภาวะซึมเศร้า 6) การเสริมสร้างความสุขทางใจ: การสร้างความหมายให้ชีวิต 7)การเสริมสร้างความสุขทางด้านครอบครัวและสังคม และ 8) ประเมินผล นำรูปแบบระบบการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงประจักษ์ (IOC) พบว่ามีความสอดคล้อง IOC อยู่ระหว่าง .6 ถึง 1.00

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ (ระยะเวลา 2 เดือน) ดำเนินการระหว่างเดือน พฤษภาคมพ.ศ.

2564 ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2564 เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบบริการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ใหม่ คลินิกหุ คอ จมูก จำนวน 10 คน

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งรังไข่ หุ คอ จมูก จำนวน 10 คน พบว่า เป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.38) ช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 42.86 (SD=74.38) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 57.14) ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 61.90) อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน (ร้อยละ 47.62)

ภายหลังการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งรังไข่ หุ คอ จมูก มีคะแนนความวิตกกังวลลดลงและความหวังมากขึ้นกว่าก่อนให้การปรึกษาแบบรายบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 1

ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลและความหวังของผู้ป่วยโรคมะเร็งรังไข่ หุ คอ จมูก รายใหม่ก่อนและหลัง การให้การปรึกษาแบบรายบุคคล (n=10 คน)

คะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคมะเร็งรังไข่ หุ คอ จมูก	Median	Q.D.	Z	P-value
ก่อนทดลอง	170.00	70	-2.521 ^a	.012*
หลังทดลอง	154.50	30		

The Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks Test, *p < .05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษา ระบบบริการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยโรคมะเร็งรังไข่ หุ คอ จมูก รายใหม่ตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เริ่มจากขั้นตอนการเตรียมความพร้อมขณะรอฟังผลการตรวจ Fine Needle Aspiration (FNA) และผ่าตัดส่งชิ้นเนื้อต่อกรณีสงสัยเป็นมะเร็ง ด้วยวิธีสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ภายหลังมารับฟังผลการตรวจจะใช้เทคนิคการทำให้กระจ่าง ผู้ให้คำปรึกษาในช่วงเวลาการบำบัดโดยใช้เทคนิคในการค้นหาข้อมูล การวิเคราะห์ การสื่อสาร การแก้ไขปัญหา การวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจและการใช้ความสัมพันธ์ในการรักษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังการให้คำปรึกษาลดลง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ (p<0.001) และมีความหวังมากขึ้นหลังได้รับคำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป ระบบบริการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยโรคมะเร็งรังไข่ หุ คอ จมูก รายใหม่ที่พัฒนาขึ้นสามารถลดความวิตกกังวลและเพิ่มความหวังสามารถวางแผนการปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกเพื่อลดความวิตกกังวล และให้ผ่านภาวะวิกฤตทางด้านความวิตกกังวลไปได้และสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นสุข

ข้อเสนอแนะ

ทีมบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งรังไข่ หุ คอ จมูก ควรนำข้อมูลวิจัยนี้ไปเป็นพื้นฐานในการพัฒนาองค์ความรู้ โดยนำโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบ

รายบุคคลเพื่อเสริมสร้างความสุขในผู้ป่วยที่ได้รับการ
รักษาหลังผ่าตัดมะเร็งไปใช้ให้ความช่วยเหลือ ดูแล
ผู้ป่วยพร้อมทั้งตระหนักถึงความสำคัญของการให้

การปรึกษาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้
เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.งานทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลกุมภวาปี (2563). สถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลกุมภวาปี
- 2.จันทน์ สำนวนราษฎร์. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนจากคู่สมรส กับการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม(วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- 3.เจียรนัย ทรงชัยกุล และ โกศล มีคุณ. (2554). ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาแบบพิจารณา เหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ใน ประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎี การปรึกษาเชิงจิตวิทยา หน่วยที่ 5. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- 4.ชูศรี เลิศรัตน์เดชากุล. (2554). ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาแบบกวนิยม ใน ประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา หน่วยที่ 10. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- 5.ดวงพร หิรัญรัตน์. (2543). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์สต่อความสุขของเด็กกำพร้าในสถานสงเคราะห์ (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา). บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ
- 6.ธนิต วัชรพุก. (2547). Breast. ใน ชานูวิทย์ ต้นพิพัฒน์ และ ธนิต วัชรพุก (บก.), ตำราศัลยศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 7.เบญจมาภรณ์ ลิขิตกิจไพศาล. (2555). ผลของการให้การปรึกษากลุ่มที่มีต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันโรงพยาบาลรามคำแหง (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการแนะแนว). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- 8.ผกาพันธ์ สารพัตร. (2547). ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัด (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา). มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.
- 9.พจณี รอดจินดา. (2541). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีต่อความวิตกกังวลและภาวะความซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาให้คำปรึกษา).มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.
- 10.เพ็ญสุตา ไชยเมือง. (2554). การให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ (รายงานการศึกษาอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- 11.รัตนภรณ์ อินทร์ยา. (2548). ผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามหลักทฤษฎีการบำบัดแบบเผชิญความจริงกับตามหลักทฤษฎีเกสตัลต์ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม(วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาให้คำปรึกษา). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.

- 12.ลิขิต กาญจนภรณ์. (2554). ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์. ใน ประมวลสาระชุดวิชา แนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาหน่วยที่ 9. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- 13.วิภาพร นาซิน. (2555). การเสริมสร้างความสุขของบุคลากรโรงพยาบาลโดยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวพุทธวิธี (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต).มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- 14.สุขอรุณ วงษ์ทิม. (2554). การให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ในประมวลสาระชุดวิชา แนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา หน่วยที่ 14. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- 15.สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์. (2555). โรคมะเร็งเต้านม. ใน สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์, ประไพ อริยประยูร, และ แม้นมมา จิระจรัส (บก.),การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดพรินต์.
- 16.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2549). การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ.กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- 17.American Cancer Society [Internet]. Can- cer Facts & Figures 2015-2018 [cited 2019 Aug 20]. Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancerfacts-and-figures/2018/cancer-facts-and-figures-2015-2018.pdf>
- 18.Argyle, M., & Martin, M. (1991). The psychological causes of happiness. In F. Strack, M. Argyle, & N. Schwarz (Eds.), Subjective well-being: An interdisciplinary perspective (pp. 77-100).
- 19.De Sanctis V, Bossi P, Sanguineti G, Trippa F, Ferrari D, Bacigalupo A, et al. Mucositis in head and neck cancer patients treated with radiotherapy and systemic therapies: literature review and consensus statements. Crit Rev Oncol Hematol. 2016;100:147–66.
- 20.Elmsford, New York: Pergamon. National Cancer Institute. (2012). Hospital-based cancerregistry. Bangkok: Ministry of Public Health.
- 21.National Cancer Institute, Department of Medicine, Ministry of Public Health [Internet]. Hospital Cancer Registration. 2017 [cited 2019 Aug 20]. Available from: [http://www.nci.go.th/en/File_download/Nci% 20 Can- cer% 20Registry/HOSPITAL-BASED% 202016%20Revise% 204% 20Final.pdf](http://www.nci.go.th/en/File_download/Nci%20Can- cer%20Registry/HOSPITAL-BASED%202016%20Revise%204%20Final.pdf) (in Thai)
- 22.Rennenker, R., & Culter, M. (1952). Psychologicalproblems of adjustment of cancer of the breast. Journal of the American Medical Association, 148(10), 833-838

การศึกษาผลการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase: SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ

A Study of The Development of Streptokinase (SK) drug access system in cerebrovascular patients So Phisai Hospital Bueng Kan Province.

(Received: August 4,2023 ; Revised: August 13,2023 ; Accepted: August 14,2023)

สุรพงษ์ ลักขวอ¹
Surapong Luxsawooth¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์งานวิจัยเพื่อศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ ศึกษาระหว่าง เดือน ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565 รวม 12 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เครือข่ายบริการ โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565 รวม 12 เดือน จำนวน 101 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม แบบวัดและแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Dependent t – test และ F – test ด้วยเทคนิค One way ANOVA

ผลการศึกษา พบว่า หลังดำเนินการ ความคิดเห็นต่อความพร้อมในโรงพยาบาลชุมชนของบุคลากรโรงพยาบาลโซพิสัย ในการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ และ ความคิดเห็นต่อการเตรียมความพร้อมในชุมชนโดยศูนย์สั่งการ ระดับตำบล ของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ โดยรวม และรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุดและเปรียบเทียบระดับความคิดเห็น ก่อน(ปี 2564) และหลังการดำเนินการ(ปี 2565) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value น้อยกว่า .05) โดยที่หลังการดำเนินการ(ปี 2565) มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ

คำสำคัญ : การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

ABSTRACT

This research was a research and development with the objective of studying the situation of access to Streptokinase (SK) in cerebrovascular patients and developing access to Streptokinase (SK) in cerebrovascular patients So Phisai Hospital Bueng Kan Province Study between October 2021 - September 2022, total 12 months. Sample size were personnel involved in care cerebrovascular patients service network So Phisai Hospital Bueng Kan Province between October 2021 - September 2022, a total of 12 months, with a total of 101 people collecting data from questionnaires. measurement and record form Data were analyzed by content analysis, number, percentage, mean, standard deviation, Dependent t – test and F – test by one way ANOVA technique.

The results of the study showed that after the operation Opinions on readiness in community hospitals of So Phisai hospital personnel in the development of access systems for Streptokinase (SK) in cerebrovascular patients So Phisai Hospital Bueng Kan Province. And opinions on the readiness in the community by the command center at the sub-district level of network partners in the development of access systems for Streptokinase (SK) in cerebrovascular patients So Phisai Hospital Bueng Kan Province as a whole and each side was at the highest level and comparing opinion levels before (2021) and after the

¹ โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ

implementation (2022) found that there was a statistically significant difference at the .05 level (p – value less than .05), where after the implementation (year 2022) there is a higher average score than before the implementation.

Keywords: access to Streptokinase (SK), cerebrovascular patient.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองหรือที่เรียกว่า Stroke มีชื่อเรียกคือ Cerebrovascular Disease (CVD) หรือ Cerebrovascular Accident (CVA) โดยทั่วไปไม่นิยมให้ใช้ เนื่องจากอาจทำให้เข้าใจผิดได้ว่าเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการได้รับอุบัติเหตุ ชื่อที่นิยมเรียกในภาษาไทยคือโรคอัมพาต ในกรณีที่มีการอ่อนแรงไม่มากหรือมีอาการเพียงชั่วคราว นิยมเรียกว่าโรคอัมพฤกษ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่าเป็นอาการที่เกิดอย่างปัจจุบันทันต่อการทำงานของสมองบางส่วนหรือทั้งหมด โดยที่อาการนั้นเป็นอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง หรือทำให้สูญเสียชีวิตซึ่งมีสาเหตุมาจากโรคของหลอดเลือดเท่านั้น¹

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 จาก รายงานสถิติสาธารณสุข 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 โดยในแต่ละปี ตั้งแต่ 2560-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479 , 534 , 588 และ 645 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราการตายต่อ

ประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 48 , 47 , 53 และ 53 ตามลำดับ²

หลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรืออาจมีความพิการในระดับที่แตกต่างกัน เนื่องจากการสูญเสียการทำหน้าที่ของระบบประสาทและสมอง ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูและช่วยเหลือจากผู้ดูแล หากผู้ป่วยได้รับการดูแลได้อย่างถูกต้อง และต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูสภาพตั้งแต่วัยแรก (Early Recovery) จะส่งผลต่อการอาการและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ และยังเป็นสาเหตุของความพิการอย่างถาวร ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ทั้งยังส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของประเทศด้วย การรักษาผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปัจจุบันมีการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic) ได้แก่ recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ในผู้ป่วยที่มีอาการของภาวะสมองขาดเลือดภายใน 3-4.5 ชั่วโมงนับตั้งแต่เกิดอาการเพื่อแก้ไขภาวะอุดตันของหลอดเลือดให้เลือดไหลกลับมาเลี้ยงสมองได้ทันเวลา เนื้อสมองสูญเสียจากการขาดเลือดน้อยที่สุด และผู้ป่วยสามารถฟื้นกลับสู่ภาวะปกติให้มากที่สุด อย่างไรก็ตามภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด rt-PA คือ การเกิดภาวะเลือดออกในสมอง สามารถพบได้ถึงร้อยละ 5.8-8.7 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นนี้เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้อาการของผู้ป่วยมากขึ้น การฟื้นฟูหายจากโรคหลอดเลือดสมองยาวนานขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล อีกทั้งทำให้อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 28-65 ดังนั้น

การดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะเลือดออกในสมองหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA จึงเป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาลควรตระหนัก เพื่อป้องกันความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้ป่วย³

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase: SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ
2. ศึกษาแนวทางการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ
3. ศึกษาการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ
4. ศึกษาผลของการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ

วิธีการวิจัย

การศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ศึกษาระหว่าง เดือน ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565 รวม 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เครือข่ายบริการโรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เครือข่ายบริการ โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565 รวม 12 เดือน จำนวน 101 คน ประกอบด้วย

2.1 บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ใน โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 21 คน

2.2 บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เครือข่ายบริการ โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ ในระดับตำบล จำนวน 80 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่

1.1 การพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ ประกอบด้วย

1.1.1 การวิเคราะห์ระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ

1.1.2 การกำหนดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ ได้แก่ ในชุมชน ระหว่างส่งต่อ และที่โรงพยาบาล

1.1.3 การเตรียมความพร้อมของบุคลากรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในชุมชน ระหว่างส่งต่อ และที่โรงพยาบาล

1.1.4 การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ระหว่างชุมชนถึงโรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ

1.1.5 การดำเนินการตามระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ

1.1.6 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทบทวนปรับปรุงระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ อย่างต่อเนื่อง

1.1.7 สรุปถอดบทเรียน

1.2 การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ในชุมชน โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ

1.3 การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ระหว่างส่งต่อ โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ

1.4 การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ที่โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการเตรียมความพร้อมในชุมชนโดยศูนย์สั่งการ ระดับตำบล ของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้⁴

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความพร้อมมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความพร้อมมาก
2.61 – 3.40	มีความพร้อมปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความพร้อมน้อย
1.00 - 1.80	มีความพร้อมน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำ

แบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method)⁵ มีค่าเท่ากับ .964

2.2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการเตรียมความพร้อมในโรงพยาบาลชุมชนของบุคลากรโรงพยาบาลโซพิสัยในการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้⁴

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความพร้อมมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความพร้อมมาก
2.61 – 3.40	มีความพร้อมปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความพร้อมน้อย
1.00 - 1.80	มีความพร้อมน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method)⁵ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .969

2.3 แบบบันทึกระยะเวลาในการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ระหว่างชุมชนถึงโรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ

2.4 แบบสรุปการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. การวิเคราะห์ระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ

2. การกำหนดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ ได้แก่ ในชุมชน ระหว่างส่งต่อ และที่โรงพยาบาล

3. การเตรียมความพร้อมของบุคลากรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในชุมชน ระหว่างส่งต่อ และที่โรงพยาบาล

4. การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ระหว่างชุมชนถึงโรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ

5. การดำเนินการตามระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ

6. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้บทวนปรับปรุงระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ อย่างต่อเนื่อง

7. สรุปถอดบทเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ในการวิเคราะห์

1.1 การพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วย

หลอดเลือดสมองโรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ

1.2 การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ในชุมชน โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ

1.3 การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ระหว่างส่งต่อ โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ

1.4 การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ที่โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ความพร้อมของบุคลากรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในชุมชน ระหว่างส่งต่อ และที่โรงพยาบาล ระยะเวลาในการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ระหว่างชุมชนถึงโรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ และการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ในการเปรียบเทียบ การเตรียมความพร้อมในชุมชนโดยศูนย์สั่งการ ระดับตำบล ของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ และการเตรียมความพร้อมในโรงพยาบาลชุมชนของบุคลากรโรงพยาบาลโซพิสัยในการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ ก่อนและหลังการดำเนินงาน ด้วยสถิติ Dependent t – test

2.3 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ในการเปรียบเทียบ การเตรียมความพร้อมในชุมชนโดยศูนย์สั่งการ ของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ ระหว่างตำบล ด้วยสถิติ F – test ด้วยเทคนิค One way ANOVA

ผลการวิจัย

1. ความคิดเห็นต่อความพร้อมในโรงพยาบาลชุมชนของบุคลากรโรงพยาบาลโซพิสัย ในการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ ก่อนการดำเนินการ (ปี 2564) โดยรวม และรายด้านได้แก่ ห้องฉุกเฉิน (ER) Activate Stroke Fast Tract และขณะ refer ให้แพทย์ รพช. ส่งข้อมูลจำเป็นลงใน line official SFT อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินการ (ปี 2565) อยู่ในระดับมากที่สุด

2. ความคิดเห็นต่อการเตรียมความพร้อมในชุมชนโดยศูนย์สั่งการ ระดับตำบล ของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ ก่อนการดำเนินการ (ปี 2564) โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินการ (ปี 2565) อยู่ในระดับมากที่สุด

3. การเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นต่อการเตรียมความพร้อมในชุมชนโดยศูนย์สั่งการของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ ก่อน(ปี 2564) และหลังการดำเนินการ(ปี 2565) ระหว่างตำบล ไม่มีความแตกต่างกัน

4. การทบทวนแนวทางในการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลและทบทวนแนวทางในการรับส่งต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตึบ กรณี ส่งตัวมาจากชุมชน และแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตึบ กรณี มาเอง

5. การพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ สามารถกำหนดระยะเวลาในการเดินทางของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตึบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง สามารถเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) ระหว่าง รวมเวลา 2 ชั่วโมง ถึง 2 ชั่วโมง 40 นาที

6. การเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นต่อความพร้อมในโรงพยาบาลชุมชนของบุคลากรโรงพยาบาลโซพิสัยในการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ ก่อน(ปี 2564) และหลังการดำเนินการ(ปี 2565) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value น้อยกว่า .05) โดยที่หลังการดำเนินการ(ปี 2565) มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ (t มีค่าเป็นลบ)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นต่อความพร้อมในโรงพยาบาลชุมชนของบุคลากรโรงพยาบาลโซพิสัยในการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ ก่อน(ปี 2564) และหลังการดำเนินการ(ปี 2565)
(Dependent t – test)

ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
3.33	0.35	4.61	0.19	20	-11.792	.000*	-1.50941	-1.05567
3.35	0.17	4.64	0.08	20	-29.622	.000*	-1.38888	-1.20614
3.38	0.24	4.56	0.41	20	-18.066	.000*	-1.35980	-1.07829

3.35	0.16	4.62	0.10	20	-26.152	.000*	-1.36737	-1.16535

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. การเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นต่อการเตรียมความพร้อมในชุมชนโดยศูนย์สั่งการของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึง

กาฬ ก่อน(ปี 2564) และหลังการดำเนินการ(ปี 2565) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value น้อยกว่า .05) โดยที่หลังการดำเนินการ(ปี 2565) มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ (t มีค่าเป็นลบ)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นต่อความพร้อมในโรงพยาบาลชุมชนของบุคลากรโรงพยาบาลโซพิสัยในการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ ก่อน(ปี 2564) และหลังการดำเนินการ(ปี 2565)
(Dependent t – test)

ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
3.32	0.32	4.63	0.21	19	-24.892*	.000	-1.37361	-1.16052

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความคิดเห็นต่อความพร้อมในโรงพยาบาลชุมชนของบุคลากรโรงพยาบาลโซพิสัยในการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ ก่อนการดำเนินการ (ปี 2564) โดยรวม และรายด้านได้แก่ ห้องฉุกเฉิน (ER) Activate Stroke Fast Tract และคณะ refer ให้แพทย์ รพช. ส่งข้อมูลจำเป็นลงใน line official SFT อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินการ (ปี 2565) อยู่ในระดับมากที่สุด และความคิดเห็นต่อการเตรียมความพร้อมในชุมชนโดยศูนย์สั่งการ ระดับต่ำของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ ก่อนการดำเนินการ (ปี 2564) โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินการ (ปี 2565) อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช ภิญโยและคณะ(2558)⁶ ผลการวิจัย ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟู

สภาพน้อย ผู้ดูแลและ อสม.ขาดความรู้ ทักษะและความมั่นใจในการดูแล เทศบาลและผู้นำชุมชนขาดการรับรู้สถานการณ์ปัญหา และหน่วยงานบริการสุขภาพ ไม่มีแนวทางในการดูแลที่บ้าน

ดังนั้นจึงได้จัดทำกรอบแนวทางในการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลและทบทวนแนวทางในการรับส่งต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ กรณี ส่งตัวมาจากชุมชน และแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ กรณี มาเอง^{7,8,9,10} สอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช ภิญโยและคณะ (2558)⁶ พบว่า การพัฒนาการดูแลโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนของภาคีหุ้นส่วนในชุมชน ซึ่งมีลักษณะการมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือในแต่ละขั้นตอนของการพัฒนาการดูแล จะขึ้นอยู่กับตำแหน่งหรือบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน การส่งเสริมศักยภาพในการดูแล และการสร้างการดูแลที่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการ

ฟื้นฟูสภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและตามระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมปัญหาหรือความต้องการที่หลากหลายมิติทั้งด้านสุขภาพ และด้านสังคม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชนมีความพึงพอใจ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ สามารถกำหนดระยะเวลาในการเดินทางของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง สามารถเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) ระหว่าง รวมเวลา 2 ชั่วโมง ถึง 2 ชั่วโมง 40 นาที ส่งผลให้การเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นต่อความพร้อมในโรงพยาบาลชุมชนของบุคลากรโรงพยาบาลโซพิสัย ในการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ และระดับความคิดเห็นต่อการเตรียมความพร้อมในชุมชน โดยศูนย์สั่งการ ของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ ก่อน(ปี 2564) และหลังการดำเนินการ(ปี 2565) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p -value น้อยกว่า .05) โดยที่หลังการดำเนินการ(ปี 2565) มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ (t มีค่าเป็นลบ) สอดคล้องกันกับการศึกษาของจินดา รัตนกุล และคณะ (2556)¹¹ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบฝังตัวของผู้ดูแลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรมฯสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองทั้ง 5 กิจกรรม ได้ถูกต้องร้อยละ 100 3) ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 4.31, SD = .19 และสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา มูลธิ และคณะ(2559)¹² ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า หลังการจำหน่าย 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งสองกลุ่ม และคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) มีข้อเสนอแนะการนำโปรแกรมการดูแลฯ นี้ไปใช้ ควรปรับกิจกรรมในโปรแกรมให้เหมาะสมกับระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

ในการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ ควรประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์ระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ
2. การกำหนดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ ได้แก่ ในชุมชน ระหว่างส่งต่อ และที่โรงพยาบาล
3. การเตรียมความพร้อมของบุคลากรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในชุมชน ระหว่างส่งต่อ และที่โรงพยาบาล
4. การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วย

หลอดเลือดสมอง ระหว่างชุมชนถึงโรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

5. การดำเนินการตามระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

6. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทบทวนปรับปรุงระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ อย่างต่อเนื่อง

7. สรุปถอดบทเรียนและทบทวน ได้แก่

7.1 การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ในชุมชน โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

7.2 การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ระหว่างส่งต่อ โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

7.3 การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ที่โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษา ผลการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase (SK) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ควรมีการศึกษาในระยะยาว เพื่อพัฒนาระบบที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2004). The atlas of heart disease and stroke. Geneva : World Health Organization
2. กองโรคไม่ติดต่อ สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรคกรมควบคุมโรค.(2565). รณรงค์วันโรคหลอดเลือดสมองโลก หรือวันอัมพาตโลก 2565 เน้นสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชน [ออนไลน์] อ้างอิงจาก:
<https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/all/02/180623>
3. นันทิยา แสงทรงฤทธิ์.(2555) การดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะเลือดออกในสมองภายหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ในผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย 5(1) 9 – 18
4. Best, J. W. & Kahn, J. V.(1993). Research in Education. 7th ed. Boston : Allyn & Bacon.
5. บุญชม ศรีสะอาด.(2545). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น.
6. ปิยนุช ภิญโญ, กิตติภูมิ ภิญโญ, เพชรไสว ลิ่มตระกูล, สมศักดิ์ เทียมเก่า, จิราพร วรวงศ์, วิฑูรย์ เชื้อสวน, และคณะ. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 35: 93-95. 2558.
7. Broderick J, Connolly S, Feldmann E, Hanley D, Kase C, Krieger D, et al. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage in adults: 2007 update: a guideline from the American Heart Association/American stroke association stroke council, high blood pressure research council, and the quality of care and outcomes in research Interdisciplinary working group. Stroke 2007;38:2001-23.
8. สถาบันประสาทวิทยาและเครือข่าย. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.2550
9. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มาตรฐานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง; 2560.

10. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. คู่มือการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. กรุงเทพฯ THE SUN GROUP 2554
11. จินดา รัตนกุล , ภัชรากร บุญรักษ์ , ประไพ บุญย์เจริญเลิศ. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบฝึกรู้ของผู้ดูแลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารกองการพยาบาล ปีที่ 40 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2556
12. วาสนา มูลฐิ, สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และ สิริรัตน์ ลีลาจรัส. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของผู้ป่วย. วารสารสภาการพยาบาล 31: 95-98. 2559

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี

Effects of Behavior Modification Program on Blood Pressure Control in Hypertensive Risk Groups Thanyaburi Hospital Pathum Thani Province

(Received: August 19,2023 ; Revised: August 23,2023 ; Accepted: August 24,2023)

รุ่งทิwa กุลธรรมประตบ¹
Rungtiwa Kullatampratab¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experiment Research) แบบวัดผลการศึกษา ก่อน-หลังการทดลองและติดตามผล (One-group time series design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง 34 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการปฏิบัติของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน Repeated Measures ANOVA ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิต ภายหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 12 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการปฏิบัติของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 1 ภายหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีค่าความดันโลหิต Systolic และ ความดันโลหิต Diastolic น้อยกว่าก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 1 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, การควบคุมระดับความดันโลหิต, โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This study was quasi-experimental research, a pre-posttest, and a follow-up study to study the effect of a behavior modification program on blood pressure control in Thais. high blood pressure risk group A sample of 34 people by simple random sampling. The duration of the study was 12 weeks. Data were collected using a hypertension knowledge questionnaire. awareness of high blood pressure Practice behaviors of high blood pressure risk groups and blood pressure level Data were analyzed by descriptive statistics, namely number, percentage, mean, and standard deviation. The inferential statistical analysis was performed by Repeated Measures ANOVA at the statistical significance level of .05.

Research findings High blood pressure risk groups participating in the behavior modification program for blood pressure control After the 12th week of the experiment, the mean scores for knowledge of hypertension were Awareness about hypertension Practice behaviors of high blood pressure risk groups Systolic blood pressure and diastolic blood pressure were lower than before the experimental week 1 and after the experimental week 8 with statistical significance at 0.05. Systolic and diastolic blood pressure were lower than before the practical week 1 and after the 8th week, there was statistical significance at the 0.05 level.

Keywords: behavior modification, blood pressure control, hypertension

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลธัญบุรี

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติและเรื้อรังที่ทวีความรุนแรงจนเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรทั่วโลก จากรายงานองค์การอนามัยโลกปี 2562 ประชากรอายุ 30 - 79 ปี ประมาณ 1.28 พันล้านคนทั่วโลกป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ทราบสาเหตุตนเองป่วยมากถึงร้อยละ 46 และมีเพียงร้อยละ 42 เท่านั้น ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา โดย 1 ใน 5 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (WHO, 2019) สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.4 (ชาย ร้อยละ 26.7 และหญิง ร้อยละ 24.2) จากร้อยละ 24.7 ในปี 2557 การเข้าถึงระบบบริการของกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 44.7 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 48.8 โดยปี 2563 สัดส่วนที่ได้รับการรักษาลดลงจากร้อยละ 49.2 เป็น 47.6 แต่กลุ่มที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้ กลับมีสัดส่วนที่ลดลงจากร้อยละ 29.7 เป็น 22.6 ตามลำดับ โดยปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงเกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง การมีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน การขาดการออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (วิชัย เอกพลากร, 2564) สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดปทุมธานี ปี 2561-2565 พบอัตราป่วยรายใหม่ 772.3, 783.23, 800.83, 946.74 และ 902.77 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ สำหรับอัตราป่วยโรค

ความดันโลหิตสูงรายใหม่ของอำเภอธัญบุรี 576.33, 720.66, 803.55, 892.16 และ 857.58 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ซึ่งร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในปี 2561-2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 38 และ ร้อยละ 47 ส่วนในปี 2563-2565 ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 10 ร้อยละ 9 และร้อยละ 19 ตามลำดับ (HDC โรงพยาบาลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี, 2566) สาเหตุเนื่องจากผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองได้น้อย จากข้อมูลรายงานตามตัวชี้วัด NCD Clinic Plus โรงพยาบาลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ปี 2563 -2565 พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ได้รับการวินิจฉัยขึ้นทะเบียน ร้อยละ 4.41, 7.69 และ 4.08 อย่างไรก็ตาม การตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 78 ราย ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตสูงที่บ้าน 58 ราย (ร้อยละ 74.35) (กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

โรงพยาบาลธัญบุรี ได้ดำเนินงานส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยการให้สุขศึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่ม โดยจัดกิจกรรมการสอนให้คำแนะนำและการติดตามประเมินผล แต่พบอุปสรรคและปัญหาในการให้ความรู้ที่มีลักษณะการสื่อสารทางเดียวและเนื้อหายังไม่ครอบคลุมเพียงพอ สื่อและรูปแบบหรือวิธีการสอนยังขาดความน่าสนใจและความเหมาะสมเฉพาะบุคคลประชาชนกลุ่มเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูงขาดการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายช่องทางในการติดต่อสื่อสารเพื่อขอรับคำปรึกษาและการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่าโรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันได้

ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง โดยการสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งสามารถพัฒนาทักษะการกำกับตนเองและดูแลตนเอง เพื่อให้มีพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดที่เหมาะสม เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและนำไปสู่ผลลัพธ์ในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562 (ธีระ วรรณรัตน์, ภัทรวินัยวรรณรัตน์, อรจิรา วงษ์ดนตรีและมณฑิลา เจนพานิชทรัพย์, 2558 ชินณพัฒน์ พรหมพันธ์, 2561)

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลชุมชน ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลและให้การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงในชุมชนให้ครอบคลุมทุกมิติ ค้นหาแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค การส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง จึงสนใจประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยจัดทำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การบริโภคอาหารและยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบ ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้เรื่องความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมปฏิบัติตนของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experiment Research) โดยแบบแผนการวิจัยเป็นแบบวัดผลการศึกษาก่อน-หลังการทดลองและติดตามผล (One-group time series design) ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง อายุ 35 – 59 ปี ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ปีงบประมาณ 2566 (ไตรมาสที่ 1 ตุลาคม 2565-ธันวาคม 2565) จำนวน 78 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis) (Cohen, 1988) ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยของ ชินณพัฒน์ พรหมพันธ์ (2561) เรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเนินยาง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง 22.28 (SD = 0.17) และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตสูง หลังการทดลอง 22.63 (SD = 0.17) มาคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) ได้เท่ากับ = 2.29 จึงใช้ขนาดอิทธิพล 0.8 มาคำนวณขนาดตัวอย่างกำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบ (Confidence of interval) 95 % ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) 0.80 ขนาดอิทธิพล (Effect size) $d = 0.5$ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลองจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 25 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

33.75 คน ประมาณ 34 คน หลังจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากแบบไม่คืนที่ ตามคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) อายุระหว่าง 35 – 59 ปี 2) มีระดับความดันโลหิตในช่วง 120-139/80-89 มิลลิเมตรปรอท ทั้งเพศหญิงและเพศชาย 3) ไม่มีความผิดปกติของร่างกายจนมีข้อห้ามในการออกกำลังกาย เช่น บาดเจ็บที่กระดูกและข้อ 4) มีความเต็มใจและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) 1) มีการเจ็บป่วยเฉียบพลันระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพและชี้แจง รายละเอียดในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 2) การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง โดยการบรรยายให้ความรู้ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การดูแลพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมความดันโลหิต 3) กิจกรรมฐานการเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ ฐานที่ 1 ฐานการจัดเมนูอาหาร การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การสาธิตการปรุงอาหาร การจัดเมนูอาหาร ชุดโมเดลอาหาร การฝึกสังเกตข้อมูลบนฉลากโภชนาการ ฝึกปฏิบัติการอ่านฉลากข้อมูลโภชนาการ ฐานที่ 2 ฐานการให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยวิธีการเดินเร็ว ฐานที่ 3 ฐานการให้ความรู้เรื่องการจัดการกับความเครียด และสาธิต การฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายด้วย โดยการปฏิบัติสมาธิ 4) กิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพหลัก ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระดับความดันโลหิตสูงครั้งล่าสุด

2.2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.82

2.3 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และ น้อยที่สุด (1 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86

2.4 แบบสอบถามพฤติกรรมปฏิบัติของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 29 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ ทุกวันใน 1 สัปดาห์ (5 คะแนน) 5 - 6 วันต่อสัปดาห์ (4 คะแนน) 3 - 4 วันต่อสัปดาห์ (3 คะแนน) 1 - 2 วันต่อสัปดาห์ (2 คะแนน) และ ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนทดลองและหลังทดลองของความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง พฤติกรรมปฏิบัติของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิต วิเคราะห์

ด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA ที่ระดับ
นัยสำคัญทางสถิติ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการอนุมัติรับรอง
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดปทุมธานี รับรองเลขที่ PPHO-REC 2565 /
29 วันที่ 13 มีนาคม 2566

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 34 คน ส่วนใหญ่เป็น
เพศหญิง ร้อยละ 85.29 อายุเฉลี่ย 47.32 ปี ซึ่งอยู่
ในกลุ่มอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 50 สถานภาพสมรส
คู่ ร้อยละ 61.76 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 38.24

ระดับการศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และ
ปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 26.47 รายได้ 5,000-
10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 41.18 ค่าเฉลี่ยความ
ดันโลหิตตัวบน Systolic 136 มม./ปรอท ความ
ดันโลหิตตัวล่าง Diastolic 86.73 มม./ปรอท

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้าร่วม
โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุม
ระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดัน
โลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดัน
โลหิตสูง การรับรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง
พฤติกรรมปฏิบัติของกลุ่มเสี่ยงโรคความดัน
โลหิตสูง ระดับความดันโลหิต Systolic และ
Diastolic ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
ภายหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลอง
กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ พฤติกรรม และระดับความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	p-value	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
ความรู้ความดันโลหิตสูง	.906	3.167	2	.000*	.914	.965	.500
การรับรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง	.999	.029	2	.000*	.999	1.000	.500
พฤติกรรมปฏิบัติ	.859	4.845	2	.000*	.877	.922	.500
ความดันโลหิต Systolic	.949	1.678	2	.000*	.951	1.000	.500
ความดันโลหิต Diastolic	.927	2.416	2	.000*	.932	.986	.500

การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย
ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง โดยวิธีการ
ทดสอบ LSD พบว่า ภายหลังการทดลอง สัปดาห์ที่
12 มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า

สัปดาห์ที่ 1 (0.44 คะแนน; $P < 0.001$; 95%CI = -
9.05 - -6.42) และสัปดาห์ที่ 8 (7.74 คะแนน;
 $P < 0.001$; 95%CI = -8.54 - -6.04) ซึ่งแตกต่าง
กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ในระยะก่อนการทดลอง
สัปดาห์ที่ 1 หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 โดยวิธีการทดสอบ LSD

(I) (Week)	(J) (Week)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p - value	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 8	-.441	.782	.577	-2.032	1.150
	สัปดาห์ที่ 12	-7.735*	.646	.000	-9.050	-6.420
สัปดาห์ที่ 8	สัปดาห์ที่ 12	-7.294*	.616	.000	-8.546	-6.042

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

การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง โดยวิธีการทดสอบ LSD พบว่า ภายหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 12 มีการรับรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงมากกว่าสัปดาห์

ที่ 1 (21.02 คะแนน; $P < 0.001$; 95%CI = 17.34 – 24.70) และสัปดาห์ที่ 8 (21.82 คะแนน; $P < 0.001$; 95%CI = 18.13-25.50) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ในระยะก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 1 หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 โดยวิธีการทดสอบ LSD

(I) (Week)	(J) (Week)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p - value	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 8	.794	1.770	.657	-2.806	4.394
	สัปดาห์ที่ 12	-21.029*	1.809	.000	-24.709	-17.349
สัปดาห์ที่ 8	สัปดาห์ที่ 12	-21.824*	1.811	.000	-25.509	-18.138

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

การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติ โดยวิธีการทดสอบ LSD พบว่า ภายหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 12 มีพฤติกรรมการปฏิบัติมากกว่าสัปดาห์ที่ 1 (33.94

คะแนน; $P < 0.001$; 95%CI = 30.25-37.62) และสัปดาห์ที่ 8 (30.24 คะแนน; $P < 0.001$; 95%CI = 26.14-34.32) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติ ก่อนการทดลองสัปดาห์ที่ 1 หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 โดยวิธีการทดสอบ LSD

(I) (Week)	(J) (Week)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p - value	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 8	-3.706*	1.427	.014	-6.609	-.802
	สัปดาห์ที่ 12	-33.941*	1.811	.000	-37.625	-30.258
สัปดาห์ที่ 8	สัปดาห์ที่ 12	-30.235*	2.011	.000	-34.326	-26.145

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

การทดสอบความแตกต่างของความดันโลหิต Systolic โดยวิธีการทดสอบ LSD พบว่า ภายหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 12 มีความดันโลหิต Systolic น้อยกว่าสัปดาห์ที่ 1 (7.26 mmHg ;

$P = 0.001$; 95%CI = 3.33 -11.19) และสัปดาห์ที่ 8 (5.88 mmHg; $P = 0.02$; 95%CI = 2.31-9.45) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของความดันโลหิต Systolic ก่อนการทดลองสัปดาห์ที่ 1 หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 โดยวิธีการทดสอบ LSD

(I) (Week)	(J) (Week)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p - value	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 8	1.382	2.137	.522	-2.965	5.729
	สัปดาห์ที่ 12	7.265*	1.933	.001	3.333	11.197
สัปดาห์ที่ 8	สัปดาห์ที่ 12	5.882*	1.756	.002	2.310	9.455

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

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของความดันโลหิต Diastolic โดยวิธีการทดสอบ LSD พบว่า ภายหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 12 มีความดันโลหิต Diastolic น้อยกว่าสัปดาห์ที่ 1 (6.88 mmHg ; $P=0.001$; 95%CI = 4.02-9.73) ซึ่งแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และน้อยกว่าสัปดาห์ที่ 8 (1.52 mmHg; ($P=0.39$; 95%CI = -2.06-5.12) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของความดันโลหิต Diastolic ก่อนการทดลองสัปดาห์ที่ 1 ภายหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 โดยวิธีการทดสอบ LSD

(I) (Week)	(J) (Week)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p - value	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 8	5.353*	1.546	.002	2.208	8.498
	สัปดาห์ที่ 12	6.882*	1.403	.000	4.029	9.736
สัปดาห์ที่ 8	สัปดาห์ที่ 12	1.529	1.766	.393	-2.063	5.122

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

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิต ภายหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 12 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการปฏิบัติของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 1 ภายหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีค่าความดันโลหิต Systolic และความดันโลหิต Diastolic น้อยกว่าก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 1 และภายหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิต มีการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง โดยการบรรยายให้ความรู้ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยได้เน้นการให้ความรู้เพื่อให้เกิดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพทุกด้าน ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง

การดูแลพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมความดันโลหิต ร่วมกับการนำเสนอสื่อตัวแบบสัญลักษณ์จากวีดิทัศน์ เรื่อง "ใส่ใจ สุขภาพ ลดเค็ม ลดความดันโลหิตสูง " นอกจากนี้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จัดทำฐานการเรียนรู้ แบ่งเป็น 3 ฐาน ฐานที่ 1 ชั่วโมง ฐานที่ 1 ฐานการจัดเมนูอาหาร การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การสาธิตการปรุงอาหาร การจัดเมนูอาหาร ชุดโมเดลอาหาร การฝึกสังเกตข้อมูลบนฉลากโภชนาการ ฝึกปฏิบัติการอ่านฉลากข้อมูลโภชนาการฐานที่2 ฐานการให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยวิธีการเดินเร็ว ฐานที่ 3 ฐานการให้ความรู้เรื่องการจัดการกับความเครียด และสาธิต การฝึกปฏิบัติการการผ่อนคลายด้วย โดยการปฏิบัติสมาธิส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความตระหนักเพิ่มมากขึ้นในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และความน่ากลัวในความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้กลุ่มเสี่ยงยังเห็นประโยชน์ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเพื่อควบคุมความดันโลหิต และเชื่อมั่นว่าตนเองมี

ความสามารถที่จะปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความดันโลหิตได้ ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของประหยัด ช่อไม้ และอารยา ปรานประวีตร (2558) ที่พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเองและการดูแลตนเองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าก่อนการทดลอง และรัชณี วัฒนาเมธี ปัญญกรินทร์ หอยรัตน์ (2560) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภายหลังเข้ารับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง การรับรู้ผลลัพธ์ของการปฏิบัติ เพื่อควบคุมความดันโลหิต การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อควบคุมความดันโลหิต และพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ นอกจากนี้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิตยังมีกิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้านประกอบด้วย การวัดความดันโลหิตและให้ข้อมูลย้อนกลับ พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และติดตามผลหลังเข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่านมาติดตามผลการบันทึกการปฏิบัติตัวแต่ละวันในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด สอบถามปัญหา รับฟังปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น ให้คำปรึกษา คำแนะนำ กระตุ้นเตือนสนับสนุนให้กำลังใจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ค่าความดันโลหิต Systolic และ ความดันโลหิต Diastolic น้อยกว่าก่อนการทดลองสัปดาห์ที่ 1 และหลังการทดลอง

สัปดาห์ที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ วินัย อารีย์ (2566) ภายหลังการโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงจาก 146.26/94.83 มม.ปรอท ซึ่งเป็นความดันโลหิตสูงระดับ 1 เป็น 126.39/82.87 มม.ปรอท ซึ่งเป็นค่าความดันโลหิตที่ควบคุมได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมพบว่ากลุ่มทดลองสามารถควบคุมความดันโลหิต Systolic ได้ 37 คน คิดเป็นร้อยละ 95.65 และควบคุมความดันโลหิต Diastolic ได้ 36 คน คิดเป็นร้อยละ 91.30

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 สามารถนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันได้ เพื่อให้เกิดการรับรู้สู่การปฏิบัติ จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

1.2 ควรนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไปกำหนดแนวทางวางแผนการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในระดับพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการทำวิจัยโดยใช้นำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงในสถานบริการสุขภาพอื่น ๆ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2565) รายงานตามตัวชี้วัดNCD ClinicPlus ปี 2565. Health Data Center (HDC on Cloud).
2. ชินณพัฒน์ พรหมพันธ์. (2561). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
3. ธีระ วรธนารัตน์, ภัทรวิทย์ วรธนารัตน์, อรจิรา วงษ์ดนตรีและมณฑิชา เจนพานิชทรัพย์. (2558). การทบทวนสถานการณ์และกลไกการจัดการความแตกฉานด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยและพัฒนาเพื่อการประจักษ์สุขภาพสู่การปฏิบัติ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
4. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC). (2566 โรงพยาบาลธัญบุรี สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=9702fa28cd2ec73ecc6af89d14f46874เมื่อวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2566
5. รัชนิ วัฒนาเมธี ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์. (2560).ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลประทาน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/102087>
6. วิชัย เอกพลกร. (2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ไซด์.
7. วินัย อารี. (2566). ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน ตำบลโพธิ์ชัย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/265478>
8. ประหยัด ช่อไม้, และอารยา ปรานประวีตร. (2558). การศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาหิน อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกระบี่. วารสารบัณฑิตวิทยาลัยพิษณุพนธ์, 10(1), 15-24.
9. World Health Organization [WHO]. (2019). Hypertension. Retrieved form <http://www.int/Health-topics/hypertension>.

การพัฒนาแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือด ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาล
สมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา

Development of nursing practice model for patients with septicemia In the ward,
Loengnoktha Crown Prince Hospital.

(Received: August 23,2023 ; Revised: August 27,2023 ; Accepted: August 28,2023)

รัตนา มั่นคง¹ อุไรรักษ์ ผาชา¹ อินทิรา ภูสง่า¹

Rattana Mankong¹ Urairak Phacha¹ Intira Phusanga¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดในหอผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น ศึกษา ระหว่างเดือนมิถุนายน 2564 - ธันวาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด ทั้งชายและหญิง เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินภาวะติดเชื้อกระแสเลือด แบบประเมินติดตามอาการต่อเนื่อง แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลตามเงื่อนไขค่าคะแนน SOS Score แบบบันทึกการปฏิบัติตามชุดการรักษา (Sepsis Bundles) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และการทดสอบแมนวิทนี ยู

ผลการศึกษา ระยะที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด ได้แก่ ระยะเวลาในการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อกระแสเลือด การเผยแพร่แนวทางการดูแลแก่พยาบาลอย่างทั่วถึง การสื่อสาร และการกำกับติดตามการปฏิบัติตามรูปแบบฯ ระยะที่ 2 รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ 1) การใช้เครื่องมือเพื่อช่วยให้คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รวดเร็ว 2) การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับแนวปฏิบัติของพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดแก่พยาบาล 4) การจัดทำคู่มือเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การกำหนดให้มีระบบติดตามกำกับการปฏิบัติตามรูปแบบฯ ระยะที่ 3 หลังการใช้รูปแบบ 3 เดือน พบว่า จำนวนผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อและได้รับการพยาบาลก่อนเกิดภาวะช็อกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($X^2=13.017$, $p<0.05$) จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกและเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($X^2=10.80$, $X^2=1.92$, $p<0.05$)

คำสำคัญ : การปฏิบัติทางการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือด

ABSTRACT

This research was action research aimed to develop and evaluate the effects of a nursing model for patients with bloodstream infections in the ward. The study was conducted between June 2021 - December 2021. The sample group were bloodstream infection patients. male and female 30 subjects were selected according to specific qualifications. Continuous follow-up assessment form Assessment form for nursing activities based on SOS Score condition, Sepsis Bundles recording form. Data were analyzed by means. standard deviation, percentage, and Manwitney U test.

Results of the Phase 1 study Factors affecting the care of patients with septicemia were the duration of diagnosis of septicemia. dissemination of care guidelines for nurses thoroughly, communication and supervision of the model's compliance in Phase 2. Nursing practice models include 1) the use of tools to help screen at-risk patients quickly; 2) training. A workshop to enhance nurses' knowledge of modern practice guidelines for patients with bloodstream infections. 4) the preparation of a manual to be used as a guideline for nursing practice and 5) the establishment of a monitoring system for compliance with the model. Phase 3 After using the model for 3 months, it was found that the number of patients diagnosed with Infection

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา

and receiving care before shock was significantly increased at the 0.05 level ($X^2=13.017$, $p<0.05$). with statistical significance at the 0.05 level ($X^2=10.80$, $X^2=1.92$, $p<0.05$).

Keywords: nursing practice, patients with sepsis

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉินที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากผลของภาวะนี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย มีการทำลายเนื้อเยื่อและการทำงานของอวัยวะสำคัญล้มเหลวจนนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงสุด 1 ใน 5 ของอัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก (กนก พิพัฒน์เวช, 2551) ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในปี พ.ศ. 2559-2561 จำนวน 25,432, 52,138 และ 177,627 ราย ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) และมีผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี ซึ่งคิดแล้วพบว่า ผู้ป่วย sepsis 1 ราย เกิดขึ้นทุกๆ 3 นาที และผู้ป่วย sepsis เสียชีวิต 5 ราย ทุก 1 ชั่วโมง โดยอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในประเทศไทยปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2561 อยู่ที่ร้อยละ 34.79, 32.03 และ 34.65 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเกิดโรคเพิ่มขึ้น มีความก้าวหน้าในการรักษาโรคติดเชื้อคือมียาต้านจุลชีพที่ดีขึ้น เทคโนโลยีด้านการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตดีขึ้นแต่อัตราตายของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังคงสูงอยู่ เนื่องจากการวินิจฉัยทำได้ยาก เพราะผู้ป่วยมักมีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่เกือบครึ่งหนึ่งไม่ได้มีไข้เป็นอาการนำ (Castle, et al., 1991) ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดบางรายอาจมีเพียงอาการอ่อนเพลีย ทานอาหารลดลง รับประทานอาหารได้น้อย หรือนอนหลับมากขึ้น (Girard, et

al., 2005) ส่วนผู้ป่วยที่มีการทำงานของภาวะระบบภูมิคุ้มกันโรคลดลง ได้แก่ ผู้สูงอายุ (Opal, et al., 2005) หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่นมะเร็งระยะท้าย ตับแข็ง (Cirrhosis) เบาหวาน และปอดอักเสบเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เมื่อเกิดการติดเชื้อจะลุกลามเข้าสู่กระแสเลือดและเกิดภาวะช็อกได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากอวัยวะล้มเหลวหลายระบบจากปัญหาของการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดข้างต้น ทำให้มีการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย กล่าวคือ ริเวอร์ และคณะ (Rivers, et al., 2001) ได้นำการรักษาแบบมุ่งเป้า (Early Goal Directed Therapy: EGDT) ภายในเวลา 6 ชั่วโมงมาใช้กับผู้ป่วยที่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ด้วยการหยุดสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดให้เร็วที่สุด ลดการล้มเหลวของอวัยวะหลายระบบ ซึ่งทำให้เกิดภาวะเนื้อเยื่อทั่วร่างกายขาดออกซิเจน (Global Tissue Hypoxia) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ได้ให้การรักษาตามแนวทางดังกล่าวมีอัตราตายที่ลดลงอย่างชัดเจน

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้มีการดำเนินการตามมาตรฐานที่กำหนด แต่ผลลัพธ์จากกระบวนการดูแลรักษาที่ได้ยังไม่อยู่ในค่าเป้าหมาย กระบวนการดูแลรักษาเดิมควรได้รับการปรับปรุงและพัฒนาต่อยอด เพื่อมุ่งเน้นให้เกิดการยกระดับคุณภาพให้ดีขึ้น ซึ่งในการทำกิจกรรมการเพิ่มผลผลิตภาพ หรือกิจกรรมปรับปรุงงานเพื่อยกระดับคุณภาพงานภายในองค์กรนั้น ไม่ว่าจะใช้เครื่องมือระดับพื้นฐาน หรือระดับสูงก็ตามปัญหาส่วนใหญ่คือการขาดการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร หรือเป็นการทำที่ยังไม่ลงถึงระดับปฏิบัติการและในหลายองค์กร มักพบว่า การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง ซึ่งแนวทางหนึ่งที่จะ

ขจัดปัญหาที่กล่าวมานี้ให้หมดไปได้ คือการนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยใช้วัฏจักรเดมมิง (Deming, 1995) มาใช้ในการวางระบบบริหารกิจกรรมอย่างเหมาะสม เพื่อทำให้เกิดการพัฒนาอย่างไม่สิ้นสุด

หอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา มีการกักในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยโรคทางอายุรกรรม อัตราครองเตียงเฉลี่ยร้อยละ 98 ค่าผลผลิตทางการพยาบาล (Productivity) เฉลี่ยประมาณ 130 โรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มอายุรกรรม คือ การติดเชื้อกระแสเลือด ทีมสหสาขาวิชาชีพได้นำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 แต่ถึงแม้ว่าจะมีการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยแล้วก็ตาม ในปี 2559 ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือด จำนวน 1,599 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดที่มีความรุนแรงและเข้าสู่ภาวะช็อก ร้อยละ 43.34 และในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก มีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 40.2 (ข้อมูลหน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา, 2563) จากการทบทวนเวชระเบียนในปี 2563 พบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดเกิดภาวะแทรกซ้อนช็อกจากการติดเชื้อ ร้อยละ 43.86 และมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 33.33 ถึงแม้ว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ คือ น้อยกว่าร้อยละ 30

จากการวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วยของทีมนำทางคลินิกอายุรกรรม ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อและเสียชีวิต พบว่า มีความล่าช้าในขั้นตอนการประเมิน และการประเมินซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อและเสียชีวิตในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาพิมล โกมล (2560) ที่พบว่า แนวทางการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดที่มีอยู่เดิมยังไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและ

รายงานแพทย์ได้ทันเวลา ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ล่าช้าเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและหอผู้ป่วยหนัก ดังนั้นจึงมีนักวิจัยทางการแพทย์หลายท่านได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการวิจัยพัฒนาแนวเวชปฏิบัติหลังใช้ระบบพยาบาลผู้ประสานงาน โดยยุวดี เทียมสุวรรณ และคณะ (2560) การใช้การพัฒนาระบบพยาบาลพี่เลี้ยงเฉพาะโรคร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งผลของการพัฒนาดังกล่าวช่วยลดอัตราการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) และช่วยลดอัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะดังกล่าวได้

จากสภาพปัญหาของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ที่พบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดยังคงสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ถึงแม้ว่าจะได้นำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทยมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย ร่วมกับปัญหาอัตราการว่างของพยาบาลวิชาชีพที่ไม่สอดคล้องกับภาระงานทำให้การติดตามประเมินอาการผู้ป่วยไม่มีความต่อเนื่อง เกิดความล่าช้าในขั้นตอนการประเมิน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทาให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของหน่วยงาน สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงโดยใช้การวิจัยและพัฒนาตามแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของวงจรเดมมิงมาใช้ในการพัฒนารูปแบบ เพื่อให้กระบวนการวิจัยและพัฒนานำไปสู่การแก้ไขปัญหา โดยการมีส่วนร่วมของทีมนสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้เพื่อมุ่งให้สามารถค้นพบผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและเข้าสู่

กระบวนการรักษาได้อย่างรวดเร็วลดลงในที่สุดอันจะส่งผลให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนช็อกจากการติดเชื้อและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดในหอผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา โดยใช้แนวคิดวงจรเดมมิงเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูลหลักเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2564 ถึงเดือนธันวาคม 2564 รวมระยะเวลา 7 เดือน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ โดยสัมภาษณ์เชิงลึกจากพยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย และระดับปฏิบัติการ และสนทนากลุ่มผู้พัฒนาและใช้รูปแบบจำนวน 8 คน เพื่อร่วมกันยืนยันปัจจัยที่มีผลต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดที่ผู้วิจัยสรุปจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ระยะที่ 2 ศึกษาแบบการพยาบาลและนำสู่การปฏิบัติ โดยสนทนากลุ่มผู้พัฒนาและใช้รูปแบบ 9 คน จำนวน 2 ครั้ง พิจารณาร่วมกันจนได้รูปแบบที่ผู้ใช้เห็นพ้องกัน และนำรูปแบบไปทดลองใช้ในหอ

ผู้ป่วยเป็นเวลา 3 เดือน ระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบโดยเปรียบเทียบผลการดูแลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ได้แก่ 1) จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อกระแสเลือดและได้รับการรักษาก่อนเกิดภาวะช็อก 2) จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และ 3) จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อกระแสเลือด ระหว่างเดือนมิถุนายน 2564 - ธันวาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด ทั้งชายและหญิง เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 30 คน

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์การพัฒนาแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ก่อนดำเนินการวิจัยในปีงบประมาณ 2564 ระหว่างเดือนมิถุนายน 2564 ถึงเดือนธันวาคม 2564 พบว่า ภาวะติดเชื้อกระแสเลือด เป็นสาเหตุการเสียชีวิต และได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลระดับสูงขึ้นคิดเป็นร้อยละ 56.7 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการค้นหาผู้ป่วยด้วยการประเมินภาวะติดเชื้อกระแสเลือดเมื่อแรกเริ่ม การรักษาตาม Sepsis Bundles การเกิดภาวะแทรกซ้อนช็อกจากการติดเชื้อ และการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด พบว่า อัตราการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อและเข้าสู่กระบวนการรักษาก่อนเกิดภาวะช็อก (Early Detection) คิดเป็นร้อยละ 70.33, อัตราการเจาะเลือดเพื่อทำการเพาะเชื้อ ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ คิดเป็นร้อยละ 96.60, อัตราการให้ยาปฏิชีวนะ ใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัยคิดเป็นร้อยละ 94.61 อัตราการได้รับสารอย่างน้อย 30 ml/kg ภายใน 3 ชั่วโมงในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก คิดเป็นร้อยละ 85.62 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนช็อกจากการติดเชื้อคิดเป็นร้อยละ 45.76 อัตราผู้ป่วยที่อวัยวะล้มเหลวจากภาวะช็อก และเสียชีวิตร้อยละ 33.33 การประเมินคุณภาพของกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด

ตามดัชนีชี้วัด ได้แก่ ความสำเร็จด้านการการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อและเข้าสู่กระบวนการรักษา ก่อนเกิดภาวะช็อก (Early Detection) ร้อยละ 100 การรักษาการติดเชื้อและฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็วร่วมกับประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ โดยมีเป้าหมาย คือ จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนช็อกจากการติดเชื้อน้อยกว่าร้อยละ 28 และความสำเร็จทางคลินิกคือจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อกระแสเลือดน้อยกว่าร้อยละ 28

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคติดเชื้อกระแสเลือดเป็นโรคที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการส่งต่อและเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยทีมผู้ดูแลยังไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อกระแสเลือด ได้อย่างครอบคลุมและรวดเร็วตั้งแต่แรกเริ่ม ถึงแม้ว่าเมื่อประเมินภาวะติดเชื้อกระแสเลือดได้แล้ว จะสามารถให้การรักษารวดเร็วตาม Sepsis Bundles จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ถึงร้อยละ 45.76 และมีผู้ป่วยที่มีภาวะล้มเหลวจากภาวะช็อก เสียชีวิตถึงร้อยละ 33.33

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา และนำสู่การปฏิบัติใช้ระยะเวลา 2 เดือน (เดือนกรกฎาคม 2564 ถึงสิงหาคม 2564) โดยผลการพัฒนารูปแบบมีดังนี้

ทีมสหสาขาวิชาชีพได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา โดยปรับปรุงจากรูปแบบเดิม ดังนี้

1. การค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่เริ่มต้น (Early Detection) ได้มีการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติเดิมดังนี้

1.1 เพิ่มการเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยกลุ่มที่มักพบว่าเกิดภาวะติดเชื้อกระแสเลือด

นอกเหนือจากใน แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดเดิม) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีประวัติโรค ดังนี้ 1) COPD 2) DM 3) Cirrhosis 4) Alcohol Dependent 5) Stone 6) Immuno-compromised 7) Age with Weakness /Nausea/Vomiting 8) Diarrhea 9) UTI 10) Doctor Order IV ATB 11) NF 12) Septic Joint 13) Acute Abdomen

1.2 กำหนดให้ใช้ SIRS Criteria ร่วมกับ เครื่องมือ SOFA หรือ SOFA Score หรือ SOS Score ในการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือด หรือผู้ป่วยกลุ่มที่สงสัยว่ามีภาวะติดเชื้อกระแสเลือด

1.3 กำหนดให้มีการติดตามประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยใช้ค่าคะแนน SOS Score ที่ประเมินได้ครั้งแรกเป็นค่าเริ่มต้นในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และต้องมีการปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลตามเงื่อนไขที่ค่า SOS Score กำหนดไว้ โดยเพิ่มบทบาทพนักงานช่วยเหลือคนไข้ให้ช่วยในการติดตามประเมินสัญญาณชีพ และช่วยบันทึกจำนวนปัสสาวะ และรายงานพยาบาลรับทราบเมื่อพบอาการผิดปกติ Sepsis ได้

2. การรักษาการติดเชื้อและการฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็วร่วมกับประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ได้มีการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติเดิมดังนี้

2.1 กำหนดระยะเวลาในการรายงานแพทย์ภายในเวลา 5 นาที หลังคัดกรองภาวะ

2.2 ปรับแบบบันทึก Sepsis (แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา และใช้เป็นแบบบันทึกร่วมด้วย ปรับปรุงครั้งสุดท้ายเมื่อมิถุนายน 2559) ให้สอดคล้องกับคำแนะนำใหม่ตาม SSC 2018

2.3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาลระดับปฏิบัติการ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่ององค์ความรู้ใหม่ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดและการปฏิบัติการพยาบาลตาม แนวทางทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแส

เลือดที่ได้รับการปรับปรุงใหม่ โดยทีมวิทยากรคือ
อายุรแพทย์ผู้รับผิดชอบงาน Sepsis และพยาบาล
วิชาชีพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา

3. การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ โดย
มีการประสานงานระหว่างทีมและการเฝ้าติดตาม
กำกับให้มีการดำเนินการตามข้อกำหนดแนว
ทางการรักษาที่สำคัญ ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพได้มีการ
ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติเดิมดังนี้

3.1 เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่าง
ทีมสหสาขาวิชาชีพโดยใช้เทคนิค SBAR ในการ
รายงานแพทย์ และยึดแนวทางการรักษาตาม แนว
ทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด

3.2 กำหนดให้มีกิจกรรมการนิเทศทาง
คลินิกข้างเตียง โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือผู้ช่วย
หัวหน้าหอผู้ป่วย มีการทบทวนกระบวนการดูแล
ผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดและการปฏิบัติกิจกรรม
การพยาบาลตามค่าคะแนน SOS Score ร่วมกับ
พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยทุกครั้งขณะรับ-ส่งเวร

3.3 กำหนดให้มีการประชุมร่วมกันของ
ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เมื่อเกิดเหตุการณ์
ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ
นำเสนอประเด็นปัญหาและหาแนวทางปฏิบัติที่ได้
จากการทบทวน เพื่อสร้างการรับรู้ สร้างความ
ตระหนัก และเชื่อมโยงแนวปฏิบัติของสหสาขา
วิชาชีพเข้าด้วยกัน

4. จัดทำคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย
ที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดในหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา

5. สื่อสารให้ทีมสหสาขาวิชาชีพรับทราบ
แนวทางการปฏิบัติตามรูปแบบใหม่

6. นำรูปแบบใหม่ไปทดลองใช้กับผู้ป่วย
จำนวน 10 ราย

7. ประเมินและปรับปรุง 2 ครั้ง

8. นำรูปแบบใหม่ไปใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อ
กระแสเลือด จำนวน 30 ราย เป็นเวลา 3 เดือน
ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2564 ถึง 31 ตุลาคม 2564

ระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบการปฏิบัติการ
พยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดในหอ
ผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา
ดังนี้

3.1 ผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล
ตามแนวการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติด
เชื้อกระแสเลือดในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระ
ยุพราชเลิงนกทา ด้านการประเมินและเฝ้า
ระวัง จำแนกเป็นก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดย
การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบความ
แตกต่างด้วยสถิติ Chi-Square โดยกำหนดระดับ
นัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวการปฏิบัติการพยาบาล
ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ด้านการประเมิน
และเฝ้าระวัง จำแนกเป็นก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (N = 30)

กิจกรรมการดูแล	ก่อนการใช้รูปแบบ		หลังการใช้รูปแบบ		χ^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ประเมินอาการแสดงการติดเชื้อ โดย qSOFA	28	93.30	27	90.00	0.218	0.640
2. ประเมินความรุนแรงความผิดปกติของอวัยวะ	26	86.70	20	66.70	3.354	0.067
3. ประเมินความรุนแรงเรื้อรังโดย SOS Score	30	100.00	29	96.70	1.017	0.313
4. ให้สารน้ำ IVF ตามแผนการรักษา	30	100.00	30	100.00	-	-
5. การบันทึกคะแนน SOS Score ในบันทึกทางการ พยาบาล	10	33.30	25	83.30	15.42 9	0.000
6. การทำกิจกรรมตามคะแนน SOS Score	10	33.30	25	83.30	15.429	0.000

จากตารางที่ 1 พบว่า คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ด้านการประเมินและเฝ้าระวัง ก่อนใช้รูปแบบใหม่ การปฏิบัติการพยาบาลที่ทำเหมือนกันทุกรายร้อยละ 100 ได้แก่ การให้สารน้ำ IVF 30 ml /kg/3 hrs. และการประเมินความรุนแรง แรกรับโดยใช้ SOS Score รองลงมาคือการประเมินอาการแสดงการติดเชื้อโดย SOFA ร้อยละ 93.30 และการประเมินความรุนแรง ความผิดปกติของอวัยวะ โดย SOFA Score ร้อยละ 86.70 และติดตามต่อเนื่อง ร้อยละ 53.30 ส่วนการ

บันทึกคะแนน SOS Score ในบันทึกทางการพยาบาล และการทำกิจกรรมการพยาบาลตามคะแนน SOS Score มีการปฏิบัติการพยาบาลน้อยที่สุด เพียงร้อยละ 33.30

3.2 ผลลัพธ์ด้านตัวชี้วัดการรักษาตาม Sepsis Bundles จำแนกเป็นก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยการวัดค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test เนื่องจากข้อมูลไม่มีการกระจายตัวแบบปกติ (Normal Distribution) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของการดูแลตามมาตรฐาน Sepsis Bundles ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด (N = 30)

ระยะเวลาเฉลี่ย (นาที)	ก่อนการใช้รูปแบบ		หลังการใช้รูปแบบ		Z	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. ระยะเวลาเริ่มคัดกรองถึงวินิจฉัย	101.67	127.56	28.77	24.38	-3.133	0.002
2. ระยะเวลาเจาะ H/C หลังวินิจฉัย	17.63	16.63	19.67	21.46	-.060	0.952
3. ระยะเวลาได้รับ ATB หลังวินิจฉัย	31.20	23.30	36.60	27.28	-.823	0.410
4. ระยะเวลาให้ IV หลังวินิจฉัย	14.07	15.59	14.03	21.07	-.070	0.945
5. ระยะเวลาให้ Vasopressor หลังวินิจฉัย	58.40	46.59	69.00	157.42	-2.165	0.030

จากตารางที่ 2 พบว่า การดูแลตามมาตรฐาน Sepsis Bundles ก่อนใช้รูปแบบใหม่ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มคัดกรองถึงวินิจฉัย มีระยะเวลาเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 101.67 นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 127.56 รองลงมาคือให้ Vasopressor หลังวินิจฉัย มีระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 58.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 46.59 ส่วนระยะเวลาให้ IVF หลังวินิจฉัย มีระยะเวลาเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 14.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.59 ส่วนการดูแลตามมาตรฐาน Sepsis Bundles หลังใช้รูปแบบใหม่ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มคัดกรองถึงวินิจฉัย มีระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 28.77 นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 24.37 ส่วนการให้ Vasopressor หลังวินิจฉัยมีระยะเวลาเฉลี่ย

เท่ากับ 69.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 157.42 และระยะเวลาให้ IVF หลังวินิจฉัย มีระยะเวลาเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 14.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 21.07 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการใช้การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ด้วยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test พบว่าหลังการใช้รูปแบบ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มคัดกรองถึงวินิจฉัย มีระยะเวลาเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าระยะเวลาเฉลี่ยลดลงจาก 101.67 นาที เป็น 28.77 นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงจาก 127.56 เป็น 24.37 ($Z=3.133$ ค่า $p=.002$) ส่วนระยะเวลาในการให้

Vasopressor มีระยะเวลาเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยพบว่าระยะเวลาเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 58.40 นาที เป็น 69.00 นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพิ่มขึ้นจาก 46.59 เป็น 157.42 ($Z = -2.165$ ค่า $p = .030$) รวมถึงระยะเวลาเจาะ H/C หลังวินิจฉัยระยะเวลาได้รับ ATB หลังวินิจฉัย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 ผลลัพธ์ด้านตัวชี้วัดทางคลินิกของการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จำแนกเป็นก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Chi-Square กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังตารางที่ 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผลลัพธ์ตัวชี้วัดทางคลินิกของการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา (N = 30)

ตัวแปร	ก่อนการใช้รูปแบบ		หลังการใช้รูปแบบ		χ^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1.ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้าภาวะช็อก (Early Detection)	14	46.70	27	90.00	13.017	.000
2. ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน Septic Shock	26	86.70	14	46.70	10.800	.001
3. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อกระแสเลือด	7	23.30	3	10.00	1.920	.166

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบใหม่จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อและเข้าสู่กระบวนการรักษาก่อนเกิดภาวะช็อก คิดเป็นร้อยละ 46.70 ส่วนจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน ช็อกจากการติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 86.70 และจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อกระแสเลือดคิดเป็นร้อยละ 23.30 ส่วนหลังการใช้รูปแบบใหม่จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อและเข้าสู่กระบวนการรักษาก่อนเกิดภาวะช็อก คิดเป็นร้อยละ 90.00 ส่วนจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนช็อกจากการติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 46.70 และจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อกระแสเลือดคิดเป็นร้อยละ 10.00 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ด้วยใช้สถิติ Chi Square พบว่าหลังการใช้รูปแบบจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อและเข้าสู่

กระบวนการรักษาก่อนเกิดภาวะช็อก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.70 เป็นร้อยละ 90.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi = 13.017$ ค่า $p = .000$) ส่วนจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนช็อกจากการติดเชื้อ ลดลงจากร้อยละ 86.70 เป็นร้อยละ 46.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi = 10.80$ ค่า $p = .001$) และจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อกระแสเลือดลดลงจากร้อยละ 23.30 เป็นร้อยละ 10.00 โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi = 1.920$ ค่า $p = .166$)

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ยึดหลักการดูแลตามข้อแนะนำของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย และ

Service Plan สาขา Sepsis เขตสุขภาพที่ 10 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 โดยใช้กลยุทธ์สำคัญ 3 ขั้นตอน ในการดูแลผู้ป่วยได้แก่การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น การรักษาการติดเชื้อ และการฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็ว ร่วมกับ ประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่าง รวมถึง การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ แต่ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยยังไม่บรรลุเป้าหมาย พบว่าในปี 2561 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนช็อกจากการติดเชื้อ ถึงร้อยละ 43.86 และมีผู้ป่วยที่อวัยวะล้มเหลวจากภาวะช็อก เสียชีวิต ร้อยละ 33.33 สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาพิมล โกมล (2560) ที่พบว่า แนวทางการรักษาผู้ป่วย Severe Sepsis ที่มีอยู่เดิมยังไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและ รายงานแพทย์ได้ทันเวลา อาจเนื่องมาจากในปัจจุบันผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ด้วยอาการอื่นที่ไม่บ่งบอกว่าการติดเชื้อในร่างกายชัดเจน จึงไม่สามารถประเมินได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว

2. ผลการพัฒนากระบวนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดเป็นการปรับปรุงพัฒนาจากรูปแบบเดิมตามวงจรเดมมิงโดยยึดกลยุทธ์สำคัญ 3 ขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยได้แก่ การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น (Early Recognition) การรักษาการติดเชื้อและการฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็ว ร่วมกับ ประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ (Early Infection Control, Early Resuscitation, and Organ Support รวมถึงการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการประสานงานระหว่างทีม และการเฝ้าติดตามกำกับให้มีการดำเนินการตามข้อกำหนดแนวทางการรักษาที่สำคัญ อย่างครบถ้วนทันเวลา (สมาคมเวชบำบัดวิกฤต, 2558) โดยได้มีการปรับปรุงพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยใหม่ให้มีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษา

รักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ที่เน้นขั้นตอนการสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น มีการปรับรูปแบบของกระบวนการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้ครอบคลุมภายในเวลาที่รวดเร็ว โดยการกำหนดกลุ่มเสี่ยงที่พบบ่อยเพิ่มจากแนวทางการรักษา เดิมร่วมกับการกำหนดให้มีการใช้เครื่องมือในการช่วยประเมินคัดกรอง เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือด หรือ ผู้ป่วยกลุ่มที่สงสัยว่ามีภาวะติดเชื้อกระแสเลือด ทำให้ระยะเวลาในการค้นพบผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพพรรณ ฉายรัตน์ และ สุพัฒศิริ ทศพรพิทักษ์กุล (2560) ที่พบว่า การปรับระบบการคัดกรองให้ถูกต้อง ทำให้ดักจับอาการได้ทันเวลา และเข้าระบบ Fast Tract Sepsis รวดเร็ว เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการประสานงานความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย และอัตราการตายลดลง นอกจากนั้นยังได้มีการจัดระบบบริการพยาบาลใหม่โดยกำหนดเกณฑ์การตามอัตรากำลังเสริม เกิดความสอดคล้องของอัตรากำลังและภาระงาน เพิ่มบทบาทพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ในการช่วยติดตามประเมินอาการผู้ป่วย ทำให้การเฝ้าระวังหลังผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อกระแสเลือดมีความต่อเนื่อง พยาบาลสามารถประเมินอาการเตือนก่อนผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ทันเวลา

จากผลการดำเนินงานปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้สะท้อนให้เห็นว่าการให้บริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานนั้น ต้องมีการปรับปรุงอยู่เสมอ เพื่อให้มีความสอดคล้องเหมาะสมกับสภาพปัญหา หรือบริบทที่เปลี่ยนแปลง รวมถึงการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดที่ได้มีการปรับปรุงขึ้นมาใหม่โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยนั้นจะทำให้เกิดการพัฒนาและยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องวิธีการ

ใหม่ๆ จะทำให้เกิดการปรับปรุงและถูกจัดทำเป็นมาตรฐานการทำงาน ซึ่งจะทำให้การทำงานมีการพัฒนาอย่างไม่สิ้นสุด

3 ผลการประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้น

3.1 คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด ด้านการประเมินและเฝ้าระวัง ผลการดำเนินงานปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และปรับปรุงให้มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา พบว่าคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด ด้านการประเมินและเฝ้าระวัง มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นทุกกิจกรรม ได้แก่ การบันทึกคะแนน SOS Score ในบันทึกทางการพยาบาล และการทำกิจกรรมตามคะแนน SOS Score และติดตามต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การดำเนินงาน ในการดักจับและรายงานแพทย์หลังค้นพบภาวะติดเชื้อจากที่ไม่เคยมีการรายงานเพิ่มขึ้น การเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อระยะเวลาชะลอการช็อก และการเสียชีวิตจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อลดลงจากเดิมส่วนการประเมินความรุนแรงความผิดปกติของอวัยวะโดย qSOFA, SOS Score หรือ SOFA Score มีสัดส่วนลดลง อาจเนื่องมาจากรูปแบบใหม่กำหนดให้ใช้เครื่องมือในการประเมินคัดกรองได้หลายชนิดเช่น กำหนดให้ใช้ SIRS Criteria ร่วมกับเครื่องมือ SOFA หรือ SOFA Score หรือ SOS Score ในการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis หรือผู้ป่วยกลุ่มที่สงสัยว่ามีภาวะ Sepsis จึงทำให้ผู้ใช้ปฏิบัติใช้ทดแทนกันได้ เนื่องจากมีความแม่นยำใกล้เคียงกัน

3.2 ผลลัพธ์ด้านตัวชี้วัดการรักษาตาม Sepsis Bundles ผลการประเมินผลลัพธ์ด้านตัวชี้วัดการรักษาตาม Sepsis Bundles พบว่าหลังการใช้รูปแบบ ระยะเวลาตั้งแต่ เริ่มคัดกรองถึงวินิจฉัย มีระยะเวลาเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าระยะเวลาเฉลี่ยลดลงจาก 101.67 นาที เป็น 28.77 นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงจาก 127.56 เป็น 24.37 ($Z=3.133$ ค่า $p=.002$) อาจเนื่องมาจากพยาบาลได้รับการเผยแพร่ความรู้ใหม่ในเรื่องความก้าวหน้าของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด มีการปรับการบริหารอัตรากำลังพยาบาล ทำให้สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขค่าคะแนนที่กำหนดไว้ได้ส่งผลให้ประเมินประเมินภาวะติดเชื้อกระแสเลือดได้เร็วขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรภรณ์ สุรนาทขยานันท์ (2561) ที่พบว่าการทบทวนความรู้แก่หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลและระยะเวลาที่ชัดเจน การมอบหมายพนักงานช่วยเหลือคนไข้เพื่อช่วยวัดสัญญาณชีพและคำนวณดัชนีแสดงภาวะช็อก ทำให้การดักจับและรายงานแพทย์หลังค้นพบภาวะติดเชื้อจากที่ไม่เคยมีการรายงานเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Khwannimit, et al., (2019) ที่ศึกษาการเปรียบเทียบความถูกต้องของเครื่องมือประเมินอาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต 3 ชนิด ได้แก่ MEWS, NEWS และ Search Out Severity (SOS) กับคะแนน SOFA สำหรับทำนายการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ติดเชื้อกระแสเลือด และผู้ป่วยภาวะช็อกที่ติดเชื้ในโรงพยาบาล พบว่าคะแนน SOFA มีความแม่นยำดีที่สุดในการทำนายการตายของผู้ป่วย รองลงมา คือ SOS (0.878), MEWS (0.858), qSOFA (0.847) และ NEWS (0.833) โดย SOS ให้การทำนายได้ใกล้เคียงคะแนน SOFA มากที่สุด แต่สามารถเลือกเครื่องมืออื่นใช้ได้ตามความเหมาะสม และการศึกษาของจิตรลดา พิมพ์ศรี (2561) ที่ศึกษาผลการใช้ Search Out Severity Score (SOS) พบว่าการประเมินอาการนำก่อนภาวะวิกฤตในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการใช้ SOS สามารถประเมินอาการนำก่อนภาวะวิกฤตในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้ในเวลารวดเร็ว

3.3 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดทางคลินิกของการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดที่

พัฒนา ผลการประเมินผลลัพธ์ด้านตัวชี้วัดทางคลินิกของการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อกระแสเลือด พบว่าหลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อกระแสเลือดและเข้าสู่กระบวนการรักษาก่อนเกิดภาวะช็อก มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.70 เป็นร้อยละ 90.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X=13.017$ ค่า $p = .000$) ส่วนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนช็อกจากการติดเชื้อ มีจำนวนลดลงจากร้อยละ 86.70 เป็นร้อยละ 46.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($2=10.80$ ค่า $p = .001$) และผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อกระแสเลือด มีจำนวนลดลงจากร้อยละ 23.30 เป็นร้อยละ 10.00 โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.920$ ค่า $p = .166$) ข้อค้นพบจากการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อกระแสเลือดและเข้าสู่กระบวนการรักษาก่อนเกิดภาวะช็อกเพิ่มขึ้น และทำให้จำนวน 85 ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อกระแสเลือดมีจำนวนลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลหอผู้ป่วยแผนกอื่นเช่น ศัลยกรรมทั่วไป สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด เพื่อให้เกิดความรวดเร็ว ถูกต้องในการคัดกรอง ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาได้เร็วขึ้น อันจะส่งผลให้ลดความรุนแรง และอัตราการเสียชีวิตได้

2. ผลการวิจัยพบว่า การคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดอย่างถูกต้องและรวดเร็ว สามารถลดความรุนแรง และอัตราการเสียชีวิตได้ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาแบบให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้ได้อย่างรวดเร็ว โดยการหาปัจจัยเสี่ยงให้ได้ครอบคลุมมากที่สุดเพื่อที่จะลดความรุนแรงของโรค

3. ควรมีการพัฒนาต่อยอดในเรื่องการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยเช่น การนำ Mobile Application มาใช้ในการเตือนเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการติดเชื้อกระแสเลือด เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรายงานแพทย์ และเริ่มให้การรักษา

4. ควรมีการติดตามผลลัพธ์ตัวชี้วัดการรักษาอย่างต่อเนื่องเช่นระยะเวลาในการเจาะเลือดเพื่อส่งเพาะเชื้อ ระยะเวลาในการให้ยาปฏิชีวนะ และสะท้อนผลลัพธ์ไปยังทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาแก้ไขในด้านที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.กระทรวงสาธารณสุข (2561) รายงานทางสถิติ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (อินเทอร์เน็ต].สืบค้นเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2563. จากเว็บไซต์: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>
- 2.ประไพพรรณ ฉายรัตน์ และสุพัฒศิริ ทศพรพิทักษ์กุล. (2560, กรกฎาคม กันยายน) ประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต, วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35(3), 224-231
- 3.พัชรภรณ์ สุรนาทขยานันท์, วนิดา เคนทองดี และสุพัตรา กมลรัตน์ (2561). การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาลเลย, วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 36(1) (มกราคม-มีนาคม), 207-215.
- 4.ภาพิมล โกมล, รัชณี นามจันทรา และวารินทร์ บินโฮเซ็น (2560), คุณภาพการจัดการดูแลผู้ที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิงห์บุรี วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 6(2) (กรกฎาคม- ธันวาคม), 32- 43.ยุวดี เทียมสุวรรณ และคณะ (2560)

- 5.สมาคมเวชบำบัดวิกฤต. (2558). การดูแลรักษาผู้ป่วย Severe Sepsis และ Septic Shock (ฉบับร่าง)
แนวทางเวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย
- 6.Castle SC, Norman DC, Yeh M, Miller D, Yoshikawa TT. (1991) Fever response in elderly
nursing home residents are the older truly colder? J Am Geriatr Soc,39, 853-857.
- 7.Deming, Edward W. (1995). Out of The Crisis. USA: The Massachusetts Institute of
Technology Center for Advanced Engineering Study.
- 8.Girard TD, Opal SM, Eyl EW. (2005) Insights into severe sepsis in older patients: from
epidemiology to evidence based management. Clin Infect Dis, 40, 719-727.
- 9.Khwannimit B, Bhuraanontachai R, Vattanavanit V. (2019). Comparison of the accuracy of
three early warning scores with SOFA score for predicting mortality in adult sepsis
and septic shock patients admitted to intensive care unit. Heart Lung. 4(83), 240-
244.
- 10.Levy MM, Evan LE, Rhodes A. (2018). The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update.
Intensive care med, 44, 925-928.
- 11.Opal SM, Girard TD, Eyl EW. (2005). The immunopathogenesis of sepsis in elderly patients
Clin Infect Dis, 41(7), 504-512.
- 12.Rivers E, Nguyen B, Havstad S, et al. (2001). Early goal-directed therapy in the treatment of
severe sepsis and septic shock. N. Engl. J. Med, 345 (19), 1368-77.

การพัฒนาแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงด้วยกระบวนการดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลอุบลรัตน์

The development of a care model for dependent elderly patients with a continuum of care process Ubonrat Hospital

(Received: August 23,2023 ; Revised: August 27,2023 ; Accepted: August 28,2023)

พวงเพชร จันทบุตร¹
Paungpech jantabood¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการพัฒนาแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงด้วยกระบวนการดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลอุบลรัตน์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และประเมินผลลัพธ์การศึกษา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลจำนวน 30 คู่ ดำเนินการวิจัยตั้งแต่กุมภาพันธ์ 2564 -ธันวาคม 2564 เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่แบบสอบถามถึงโครงสร้าง แบบประเมินความพึงพอใจของทีมต่อการพัฒนาแบบ แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living, ADL) และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานได้แก่ สถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการพัฒนา 5 ประเด็นดังนี้ 1) พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายด้วย โมเดล UBR (U= Universal hygiene care for dependent elderly patients/D-Method) (B=Believe in Team work) (R=Respect and customer Focus) 2) พัฒนาสมุดคู่มือการดูแลตนเองที่บ้าน 3) เพิ่มช่องทางการเข้าถึงและเข้ารับบริการในโรงพยาบาล 4) ติดตามโทรศัพท์ 5) มีแนวปฏิบัติบูรณาการดูแลต่อเนื่องที่มสสหาวิชาชีพ เมื่อทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนารูปแบบมีความพึงพอใจ mean =3.5 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับสูง mean=2.57 และประเมินผลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยวัดก่อนและหลัง พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ช่วงอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี มีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ส่วนอายุ 80-89 ปี พบว่า คะแนน ADL ปกติ และอายุ 90 ปีขึ้นไป คะแนน ADL ลดลง ทีมพัฒนารูปแบบมีความพึงพอใจ mean=3.5 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านอยู่ในระดับสูง mean=2.57 และประเมินผลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยวัดก่อนและหลังพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ช่วงอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี มีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ส่วนอายุ 80-89 ปี พบว่า คะแนน ADL ปกติ และ อายุ 90 ปีขึ้นไป คะแนน ADL ลดลง

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะพึ่งพิง กระบวนการดูแลต่อเนื่อง

ABSTRACT

This research was action research. by developing a care model for dependent elderly patients with continuous care processes Ubonrat Hospital The purpose of this study was to study the situation of continuation of care for dependent elderly patients. and assess the results of the study The sample group was 30 pairs of dependent elderly patients and their caregivers. The research was conducted from February 2021 -December 2021. Data collection tools including a semi-structured questionnaire Team Satisfaction Assessment Form for Model Development Activity Daily Living (ADL) assessment form and home health care behavior assessment form Statistics used in data analysis were frequency, percentage, mean and standard deviation. and the inferential statistics were paired t-test statistics.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุบลรัตน์

The research results showed that the development model in 5 issues was as follows: 1) Development of the discharge planning model with the UBR model (U= Universal hygiene care for dependent elderly patients/D-Method) (B=Believe in Team work) (R=Respect and customer Focus) 2) Develop a home self-care handbook 3) Increase channels for accessing and receiving services in the hospital 4) Phone follow-up When using the model, the model development team was satisfied with the mean = 3.5. The average score of home health care behavior of elderly patients in dependency was at a high level, mean = 2.57. And assessing the performance of daily activities (ADL) by measuring before and after it was found that dependent elderly in the age range of 60-69 years and 70-79 years had a statistically significant increase in ADL scores ($p<.05$) For the age of 80-89 years, it was found that ADL scores were normal and those aged 90 years and over ADL scores declined. =2.57 and assessing the results of daily activities (ADL) by measuring before and after it was found that the elderly who were dependent in the age range of 60-69 years and 70-79 years had significantly increased ADL scores. Statistically ($p<.05$), for age 80-89 years, ADL scores were normal and those aged 90 years and over ADL scores declined.

Keywords: model of care for elderly patients, dependency, continuation of care process

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราเกิดที่ลดลง และผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ประชากรโลกมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2561 มีประชากรรวมทั้งหมด 7,633 ล้านคน และมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 990 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด นั่นคือโลกของเราได้กลายเป็นสังคมสูงอายุมาแล้วหลายปี ตามการคาดการณ์ของสหประชาชาติ ประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในโลกนี้จะมีจำนวนครบ 1,000 ล้านคน ในต้นปี 2562 สหประชาชาติคาดประมาณว่าในปี 2561 ประเทศในกลุ่มอาเซียน มีประชากรทั้งหมด 654 ล้านคน เป็นประชากรสูงอายุจำนวน 67 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดเท่ากับว่าอาเซียนได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุในปี 2561 ประเทศที่เป็นสังคมสูงอายุแล้ว ได้แก่ สิงคโปร์ (ร้อยละ 20) ไทย (ร้อยละ 18) เวียดนาม (ร้อยละ 12) และมาเลเซีย (ร้อยละ 10)¹ ปี 2564 ประเทศไทย มีประชากรรวม 66.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ภายในปี 2565²

ดังนั้น ภายใน 2 ปี จะต้องสามารถวางระบบเพื่อจัดการภาวะคุกคามด้านสาธารณสุขของไทย

และของโลก ใน 3 ประเด็นก่อน คือ โรคระบาด และโรคอุบัติใหม่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสังคมผู้สูงอายุ³ การที่มีประชากรผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวมากขึ้นทำให้พบภาวะผิดปกติด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มอาการจำเพาะในผู้ป่วยสูงอายุ (Geriatric syndromes)⁴ มากขึ้น ซึ่งเกิดจากภาวะถดถอยของการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย และความเสื่อมเนื่องมาจากความชราที่เพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้างของประชากรและด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ย่อมมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในอนาคต การทำให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้นานที่สุดจึงเป็นสิ่งสำคัญมากกว่าการที่มีอายุยืนยาวขึ้น การรองรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทางการแพทย์สาธารณสุขจึงเป็นเรื่องสำคัญ รัฐจึงมีความพยายามในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุเพื่อเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุคือ ต้องบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุมีแนวคิดและความสามารถในการดูแลตนเอง⁵

ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยเหล่านี้หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย อาจส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยและญาติไม่

สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกระบวนการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การดูแลต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล การส่งต่อข้อมูลประสานงาน และการติดตามดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ซึ่งกระบวนการดูแลเริ่มตั้งแต่การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการติดตามเยี่ยมบ้าน⁶ ดังนั้นการดูแลต่อเนื่อง จึงเริ่มตั้งแต่การดูแลผู้ป่วย ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วม จากงานวิจัยของอังกฤษซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ ฌีนาซล⁷ พบว่านโยบายการสนับสนุนการจัดบริการวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชนภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ แต่ในระบบปัจจุบันพบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การส่งต่อและการติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้าน ยังไม่สามารถตอบสนองการดูแลอย่างต่อเนื่องได้ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณจึงมีความสำคัญที่ต้องมีการจัดการต่อเนื่องเชื่อมโยงทีมสหสาขาวิชาชีพทุกระดับให้ความช่วยเหลือในการบริการดูแลร่วมกันถือเป็นหัวใจสำคัญ ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยพบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง ADL ที่ดีขึ้นซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของพิสมัย และคณะ⁸ ที่มีการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมันโดยมีการจัดบริการเยี่ยมบ้านในชุมชนโดยมีการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในการติดตามดูแลร่วมกันกับครอบครัว พบว่า ส่งผลต่อ ADL ที่ดีขึ้น ซึ่งผลการศึกษาไม่แตกต่างกันกับฌีนาซล⁷ พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานีต้องพัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแล พัฒนาระบบติดตามการเยี่ยมบ้าน พัฒนาการมีส่วนร่วมเครือข่ายการดูแล และพัฒนา

ศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติส่งผลต่อ ADL ที่ดีขึ้น

จากฐานข้อมูลประชากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขอนแก่น ปี พ.ศ. 2564 พบว่าอำเภออุบลรัตน์ มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 7626 คน คิดเป็นร้อยละ 17.15 ของประชากรทั้งหมด และในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 235 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดในอำเภอ⁹ และจากการศึกษาข้อมูลเวชระเบียนของศูนย์ดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลอุบลรัตน์ พบว่า ผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 50 มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังขาดผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย และจากการวิเคราะห์ตัวชี้วัดทบทวนระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ได้มีการนำรูปแบบต่าง ๆ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง เช่น การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนการมีแบบฟอร์มวางแผนจำหน่าย การมีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และมีการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงที่บ้านตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแต่ พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่าย แนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องยังไม่ชัดเจนระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และไม่ครอบคลุมการเชื่อมโยงระหว่างทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและเครือข่ายและทีมสหอาชีพต่าง ๆ ที่ต้องมีระบบการดูแลร่วมกัน จึงส่งผลต่อการเข้าถึงและการเข้ารับบริการของผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง มีภาวะแทรกซ้อนในชุมชนเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับตัวชี้วัดการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านสามารถดูแลตนเองได้เพียงร้อยละ 64 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 6.7¹⁰ จึงเกิดอุบัติการณ์ การมาพักรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลมีการติดเชื่อในกระแสเลือดส่งผลต่ออัตราการตายในโรงพยาบาลกับกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากที่สุด ทีมผู้วิจัยจึงมีการทบทวนศึกษาวิจัยเพื่อให้ทีมผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบต่าง ๆ ตามกระบวนการดูแลต่อเนื่องตาม

บริบทของอำเภออุบลรัตน์ และเชื่อมโยงระหว่าง ทีมสหสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ที่มีบทบาทต่อการดูแล ผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ลดการเกิด ภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมต่อการมีคุณภาพชีวิต ที่ดีของผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความ ต้องการการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ใน ภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลอุบลรัตน์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง สำหรับ ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลอุบลรัตน์
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการ ดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะ พึ่งพิงโรงพยาบาลอุบลรัตน์

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลอุบล รรัตน์ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดีขึ้น

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีขั้นตอนการ พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วย สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ในภาวะพึ่งพิง ในเครือข่ายโรงพยาบาลอุบลรัตน์ 2) การพัฒนารูปแบบ แบ่งเป็น 4 กระบวนการ และ 3) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วย สูงอายุในภาวะพึ่งพิง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ทีมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพทั้งโรงพยาบาลและ

เครือข่ายสุขภาพ ภาควิชาเครือข่ายการดูแลในชุมชน อาสาสมัครในชุมชนและญาติผู้ดูแลที่ผ่านการดูแล ผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ใน ภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะ พึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ

1. ทีมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ทีมสห วิชาชีพทั้งโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพ ภาควิ ชาเครือข่ายการดูแลในชุมชน อาสาสมัครในชุมชน และญาติผู้ดูแลที่ผ่านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะ พึ่งพิง จำนวน 50 ราย

2. ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5-11 จำนวน 60 ราย

3. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน 60 ราย

เงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของ ประชากรที่ถูกเลือกมาศึกษา ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) สมัครใจและสามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จนครบ 3 เดือน 2) มีทักษะอ่านออก เขียนได้ สามารถตอบ ได้และสื่อความหมาย เข้าใจในการตอบแบบ สัมภาษณ์

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกกิจกรรมตลอดจน ครบ 3 เดือน 2) ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมแต่ไม่ สามารถให้ข้อมูลได้ 3) ผู้ป่วยและผู้ดูแลย้ายที่อยู่ 4) เสียชีวิตระหว่างการวิจัย 5) พบภาวะแทรกซ้อน ระหว่างการทำวิจัย หรือต้องเปลี่ยนวิธีการรักษา 6) ในระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล

คัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มอย่าง โดยการเลือก ตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่ง ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ดังนี้ ทีม พัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพทั้ง โรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพ ภาควิชาเครือข่าย การดูแลในชุมชน อาสาสมัครในชุมชนและญาติ ผู้ดูแลที่ผ่านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ADL) น้อยกว่า

หรือเท่ากับ 5-11 และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ใน
ภาวะพึ่งพิง

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยที่พัฒนา
แนวคำถามเชิงกึ่งโครงสร้าง เพื่อวิเคราะห์ปัญหา
ความต้องการในการออกแบบ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ประกอบด้วยข้อมูล 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ
ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงประกอบด้วยเพศ อายุ
ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ โรคประจำตัว
อาศัยอยู่กับ สิทธิการรักษา

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการดูแลพฤติกรรม
สุขภาพที่บ้าน โดยผู้วิจัยจัดทำขึ้นเองจากการ
ทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เพื่อประเมินพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพที่บ้าน จำนวน 6 ข้อได้กำหนด
เกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบ Rating Scale เป็น
3 ระดับ คือ 1 คือ ปฏิบัติไม่ถูกต้อง, 2 คือปฏิบัติ
ถูกต้องบางส่วนและ 3 คือ ปฏิบัติได้ถูกต้อง การ
พิจารณาพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่บ้านใช้การ
แบ่งระดับแบ่งอิงเกณฑ์โดยหาค่าเฉลี่ยของคะแนน
แบบสอบถามทั้งชุดซึ่งอยู่ระหว่าง 13 คะแนน และ
แบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณช่วง
คะแนนพิสัยจากสูตร¹¹ ซึ่งสามารถแปลผลคะแนน
พฤติกรรมดูแลสุขภาพที่บ้าน ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
2.34 - 3.00	ระดับดี
1.67 - 2.33	ระดับปานกลาง
1.00 - 1.66	ระดับต่ำ

ชุดที่ 3 แบบประเมิน กิจวัตรประจำวัน
(Activity Daily Living) ของกรมอนามัย เป็นแบบ
ประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตร
ประจำวันขึ้นพื้นฐานของผู้ป่วย (Barthel ADL
Index) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ
ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหาร การ
ล้างหน้าแปรงฟัน การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา
การเคลื่อนไหวภายในห้องหรือบ้าน การแต่งตัว

การขึ้นลงบันได เป็นต้นโดยมีการแปลระดับ
คะแนนดังนี้

0 - 4 คะแนน ติดเตียง

5 - 11 คะแนน ติดบ้าน

12 - 20 คะแนน ติดสังคม

ชุดที่ 4 แบบสำรวจความพึงพอใจของทีมสห
วิชาชีพในโรงพยาบาลให้เลือกตอบตามระดับความ
พึงพอใจเลือกตอบ 5 ระดับ พอใจมากให้ 5
คะแนน พอใจ ให้ 4 คะแนน พอใจน้อยเกือบไม่
พอใจ ให้ 3 คะแนน ไม่พอใจน้อย 2 คะแนน และ
ไม่พอใจมาก ให้ 1 คะแนน เกณฑ์ในการวิเคราะห์
คะแนนความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแล
ต่อเนื่อง ใช้ในการคำนวณช่วงการวัด ดังนี้¹²
(Best, 1977: อ้างใน อาริรัตน์, 2557) กำหนด
คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
ช่วงคะแนน 4.21-5.00	พอใจมาก
ช่วงคะแนน 3.41-4.20	พอใจ
ช่วงคะแนน 2.61-3.40	พอใจน้อย

เกือบจะไม่

ช่วงคะแนน 1.81-2.60	ไม่พอใจ
ช่วงคะแนน 1.00-1.80	ไม่พอใจมาก

การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย นำ
เครื่องมือแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) และ
แบบประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่บ้านของ
ญาติ และแบบประเมินความพึงพอใจ ผ่านการ
ตรวจเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนี
ความสอดคล้อง (Index of tem Objective
Congruence: IOC)¹³ ตลอดจนความเหมาะสม
ของภาษาที่ใช้ ได้ค่าเท่ากับ 0.89 และ 0.85 และ
0.82 นำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติ
คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน
15 คน และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์
แอลฟา คอนบราต โดยได้ค่า เท่ากับ 0.98 และ
0.95 และ 0.90 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาจากรายงานสถิติ ความเสี่ยงสำคัญในโรงพยาบาล ตัวชี้วัดสำคัญที่ส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิต โดยใช้กระบวนการศึกษาทั้งหมด 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ในเครือข่ายโรงพยาบาลอุบลรัตน์ เก็บข้อมูล ระหว่างเดือนเดือนกุมภาพันธ์ 2564 - มีนาคม พ.ศ. 2564 โดยมีการประชุมเพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์สถานการณ์โดยการมีส่วนร่วม ดังนี้

ประชุมครั้งที่ 1 ประสานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เครือข่ายปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับการใช้แบบสอบถามถึงโครงสร้างแบบสนทนากลุ่มในทีมสุขภาพเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง รวบรวมประเด็นสำคัญในการตอบของกลุ่มตัวอย่างและนัดการประชุมครั้งต่อไปอีก 2 อาทิตย์

ประชุมครั้งที่ 2 สรุปปัญหาต่าง ๆ จากการประชุม ครั้งที่ 1 และสอบถามเพิ่มเติม เกี่ยวกับการพัฒนาระบบเพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเก็บรวบรวมข้อมูลความต้องการในการพัฒนารูปแบบผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงพร้อมกับศึกษาข้อมูลรูปแบบการพัฒนาเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่างที่ให้เกิดรูปแบบเพื่อนำมาพิจารณารูปแบบในครั้งต่อไปนัดการประชุมครั้งต่อไปอีก 2 อาทิตย์

ประชุมครั้งที่ 3 สรุปความต้องการที่กลุ่มตัวอย่างได้เสนอเพื่อให้มีรูปแบบการดูแลต่อผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง และได้นำเสนอรูปแบบจากการศึกษาวิจัยเพื่อให้สอดคล้องตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อการไปศึกษาอย่างละเอียดในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงต่อไปโดยมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงดังนี้

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน เมษายน 2564- กรกฎาคม 2564 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงมาสังเคราะห์รูปแบบร่วมกับทีมพัฒนารูปแบบเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ต่อเนื่องส่งผลต่อการดูแลที่ดีขึ้น ประกอบด้วย 3 กระบวนการดังนี้

กระบวนการที่ 1 เป็นการดูแลระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่ายการสร้างแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายตามหลัก METHOD ที่สามารถใช้ได้ง่ายและครอบคลุมเนื้อหาการประเมินสภาพ มีการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพเชื่อมโยงการนำข้อมูลที่ได้จากการวางแผนจำหน่ายมาบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Home Health Care Online ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายกลับจากโรงพยาบาลญาติจะได้รับการประเมินซ้ำการดูแลโดยเจ้าหน้าที่ COC ด้วยหลัก D-METHOD ผู้ป่วยและญาติจะได้รับสมุดบันทึกการดูแลตนเองที่บ้านเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง มีการจดบันทึกความต่อเนื่องของการดูแลระหว่างญาติและเจ้าหน้าที่เพื่อส่งเสริมความตระหนักในการดูแลตนเองที่บ้าน

กระบวนการที่ 2 มีช่องทางสำหรับการเข้าถึงและรับบริการในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ที่ OPD โดยมีใบส่งต่อเฉพาะแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นช่องทางด่วนในการเข้ารับบริการ

กระบวนการที่ 3 เจ้าหน้าที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ติดตามการมาตามนัดในโปรแกรม Hos-XP หากผู้ป่วยมาตามนัดเจ้าหน้าที่ COC ส่งข้อมูลผู้ป่วย โรคเรื้อรังกับ Case Manager เพื่อการดูแลต่อเนื่องติดตามการมาตามนัดอย่างต่อเนื่องบูรณาการการดูแลร่วมกันระหว่างหน่วยงานและทีมสหสาขาวิชาชีพ

กระบวนการที่ 4 พัฒนาต่อยอดแนวปฏิบัติเดิมเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน คือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

2. นำรูปแบบที่พัฒนามาทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย และนำปัญหาและอุปสรรคจากการนำรูปแบบการนำไปใช้กลับกลุ่มตัวอย่างมาปรับแบบฟอร์มร่วมกันพิจารณาอีกครั้งเพื่อให้เกิดรูปแบบพัฒนาที่สามารถใช้ได้ง่ายสะดวก ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงอย่างยั่งยืน

3. นำรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาจากกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 นำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2564-สิงหาคม 2564 ตามกระบวนการพัฒนารูปแบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-Test

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการดำเนินการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) โดยนำมาวิเคราะห์และแปลผลร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมถึงให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริงผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพ รวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบครั้งนี้เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและญาติที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงจำนวน 5 ราย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 72 มีอายุเฉลี่ย 40.46 ปี (SD = 5.71) มีอาชีพรับราชการ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงเฉลี่ย 13.42 ปี (SD = 6.09) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของพิสมัยและคณะ⁹ พบว่าส่วนใหญ่ทีมพัฒนารูปแบบดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 10 ปี จึงส่งผลต่อการวิเคราะห์ปัญหาและคิดรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้ดีส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น โดยได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนารูปแบบและทดลองการใช้รูปแบบได้ผลในแต่ละระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ผลของการวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงอำเภออุบลรัตน์ พบว่า 1) ผู้ป่วยไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับเนื่องจากแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายมีความยากในการใช้ ภาระงานที่มีจำนวนมาก 2) การมีแนวปฏิบัติที่ไม่ชัดเจนในกระบวนการดูแลต่อเนื่องและไม่บูรณาการการดูแลระหว่างทีมวิชาชีพและทีมสหสาขาอาชีพต่าง ๆ ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ทำเหมือนคนช่วยอื่นๆทั่วไป 3) ยังไม่มีช่องทางการส่งต่อจากบ้านที่เป็นช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง 4) ควรจัดทำคู่มือการดูแล

สุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้านในบริบทของอำเภออุบลรัตน์

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ คือ 1) พัฒนาแบบฟอร์มวางแผนจำหน่ายที่มีลักษณะการประเมินครอบคลุมตามหลัก METHOD ใช้อย่างเชื่อมโยงทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) พัฒนาสมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 3) พัฒนาแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุกว้างขวางจากชุมชนเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้ารับและเข้าถึงบริการสุขภาพ 4) พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลเชื่อมโยงบูรณาการกันดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมสหสาขาอาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

ระยะที่ 3 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยสูงอายุกว้างขวางที่มารับการรักษาและได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2564 จำนวน 60 ราย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70 มีอายุเฉลี่ย 71.57 ปี (SD = 7.29 มีสถานภาพ

คู่ ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 43.33 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน และกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกว้างขวางพึ่งพิง จำนวน 60 ราย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 มีอายุเฉลี่ย 44.93 ปี (SD = 10.27 มีสถานภาพคู่ ได้รับการศึกษาในระดับประถม เป็นร้อยละ 46.7 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40 มีรายได้เฉลี่ย 6,093 บาท

หลังได้รับการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงตามกระบวนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการดูแลสุขภาพที่บ้านพบว่า ผู้ป่วยและญาติมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านในระดับดีและความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุกว้างขวางพึ่งพิง พบว่า ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.5 ± 0.7 ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังพัฒนาด้วยสถิติ paired t-test (n = 60)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน	M	SD	P-value
ก่อนพัฒนารูปแบบ	5.53	2.99	0.000*
หลังพัฒนารูปแบบ	9.43	4.56	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

หลังได้รับการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงตามกระบวนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการดูแลสุขภาพที่บ้านพบว่า ผู้ป่วยและญาติมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.57 เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการดูแลที่มีการพัฒนาแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายที่สามารถเข้าถึงการประเมินอาการ การวางแผนและการ

ดูแลของเจ้าหน้าที่พยาบาลภายในตึกผู้ป่วยในให้สามารถใช้งานได้ เมื่อเจ้าหน้าที่พยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยได้เร็วตามแบบฟอร์มที่กำหนดส่งผลให้สามารถติดตามทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการดูแลร่วมกันแบบทีมสหวิชาชีพโดยมีการสอน สาธิต และแนะนำการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความตระหนักในการดูแลตนเองและที่สำคัญก่อนจำหน่ายกลับบ้านทุกรายที่มีปัญหาต้องดูแลต่อเนื่องต่างๆ ได้รับการประเมินซ้ำจากเจ้าหน้าที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อประเมินการดูแล

ให้กำลังใจญาติและเสริมความมั่นใจในการดูแลต่อเรื่องที่บ้าน มีสมุดบันทึกการดูแลต่อเรื่องที่บ้านกับญาติ ซึ่งภายในสมุดมีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อเมื่อมีปัญหาการดูแล สอนวิธีการทำแผล การประเมินแผล ลักษณะแผล ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของนันทกาญจน์ และคณะ¹⁴ พบว่าการมีสมุดสำหรับการดูแลที่บ้านให้กับญาติผู้ป่วย และการวางแผนจำหน่ายที่ติดตั้งเตียงพยาบาลโดยทีมสหวิชาชีพและมีการติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องพบว่าคะแนนความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน คะแนนความเครียดของญาติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา และเกษณี¹⁵ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบรูปการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียและผู้ดูแล โดยมีการพัฒนาตั้งแต่การประเมินปัญหา แนะนำ สอนและสาธิตตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลและมีการส่งต่อข้อมูลการดูแลในชุมชน พบว่ารูปแบบที่พัฒนาสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองต่อเรื่องที่บ้านได้ ซึ่งผลการดูแลไม่แตกต่างกันกับการศึกษาของวรรณรา และกัญญา¹⁶ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบรูปการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนาพบว่า การมีแนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่ออย่างชัดเจนส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติสถิติ $P < .05$

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งมีความสอดคล้องกับคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่บ้านอยู่ในระดับดีเนื่องจากรูปแบบการพัฒนาขึ้นที่มีกระบวนการการให้คำแนะนำ สอนสาธิตจากการปรับแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายเพื่อใช้สะดวกและง่ายขึ้นกับผู้ปฏิบัติงาน การโทรศัพท์ติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องและการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาล การมีพัฒนาต่อยอดแนวปฏิบัติที่มีระบบการติดต่อประสานงานระหว่าง

ทีมสหวิชาชีพ และทีมสหสาขาอาชีพต่างๆที่มีความเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ส่งผลต่อคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานดีขึ้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของนิสาชล⁷ พบว่าการพัฒนาโดยชุมชนมีส่วนร่วมพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรขึ้นพื้นฐานและการมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพดีขึ้น และจากการนำรูปแบบมาใช้กับผู้ปฏิบัติงานจึงได้มีการประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบกับทีม เพื่อมาวางแผน พัฒนาต่อยอดรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงต่อไปกระบวนการ PDCA เพื่อส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลและความยั่งยืนต่อไป

ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง พบว่าเฉลี่ย $= 3.5 \text{ SD } -0.7$ ทีมพัฒนารูปแบบมีความพึงพอใจ เนื่องจากเป็นรูปแบบที่ทีมพัฒนามีการคิดวิเคราะห์พัฒนารูปแบบร่วมกันกับผู้วิจัยจึงส่งผลต่อความพึงพอใจ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา และคณะ¹⁵ ศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียทีมพัฒนาที่มีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบพัฒนาโดยมีการวิเคราะห์ปัญหา และออกแบบในการพัฒนาร่วมกันส่งผลต่อความพึงพอใจในระดับดี

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลวิชาชีพผู้ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการระบบการดูแลต่อเนื่องจะต้องทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้แก่วัยช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (care giver) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพ ด้านการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การตรวจประเมิน คัดกรอง การฟื้นฟูสภาพ การรวบรวมข้อมูล การจัดทำรายงาน และจะต้องมีทักษะในการติดต่อประสานงานเป็นอย่างดีจึงจะสามารถขับเคลื่อนกระบวนการดังกล่าวให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้

2. การพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (care giver) เป็นอีกหนึ่งบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพผู้จัดการระบบการดูแลต่อเนื่อง จะต้องมีการจัดอบรมฟื้นฟูให้ความรู้ด้านการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การตรวจ

ประเมินคัดกรอง การฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากบุคลากรดังกล่าวเป็นอัตรากำลังสำคัญที่จะนำแผนการพยาบาลดูแลที่พยาบาลได้กำหนดไว้ไปให้การพยาบาลดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- 1.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561 [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 10 ธันวาคม 2565.จาก <http://thai.org/?p=38670>.
- 2.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 10 ธันวาคม 2565.จาก <http://thai.org/?p=40101>.
- สำนักงานวิจัยและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพ. แผนปฏิรูปสุขภาพใหม่. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 10 ธันวาคม 2565.จาก: <https://hrdo.org>
- 3.สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. คู่มือ แนวทางการจัดบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุ ในสถานบริการสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2557.[ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 10 ธันวาคม 2565.จาก: http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2021/01/book_5.pdf วารสาร ศูนย์อนามัยที่ 9 ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2566 Regional Health Promotion Center 9 Journal Vol. 17 No. 1 January-April 2023 270
- 4.สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. การพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 10 ธันวาคม 2565.จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2903/hs1670.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- 5.กองการพยาบาล (2563). แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคูณภาพบริการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2563. (พิมพ์ครั้งที่ 1) ปทุมธานี: สำนักพิมพ์ สี่ตะวันจำกัด.
- 6.ณิสาชล นาคกุล. (2018). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 1(7), 36-50.
- 7.พิศสมัย บุญเลิศ, เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และศุภดิ แฉวเพี้ย. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะทือวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 23(2), 79-87.
- 8.ระบบรายงาน [อินเทอร์เน็ต]. รพ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....; 2564 [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 10 ธันวาคม 2565.จาก: <https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/main/>.
- 9.ตัวชี้วัดงานเยี่ยมโรงพยาบาลอุบลรัตน์, 2563.
- 10.ธนาคมย์, ชูศักดิ์ และ อุดมศักดิ์. (2559)
- 11.อารีรัตน์ คมสว..(2557, ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์, สงขลา.

- 12.บุญชม ศรีสะอาด ,2553)
- 13.นันทกาญจน์ และคณะ (20 16)
- 14.ชนิษฐา พิศฉลาด, และเกษมณี มูลพานันท์. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย. พยาบาลสาร, 40(3), 96-108.
- 15.วรรณรา และกัญญา ศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ทีมพัฒนาที่มีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบพัฒนาโดยมีการวิเคราะห์ปัญหา และออกแบบในการพัฒนาร่วมกัน

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวของ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

The Development of a Model to Promote Self-Management with Family Support in the Elderly at Risk of Diabetes

(Received: August 23,2023 ; Revised: August 27,2023 ; Accepted: August 28,2023)

คณรัตน์ เดโฟสเซซ¹

Kanarat Defossez¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 38 คน รวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Dependent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า หลังการวิจัยกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การประเมินผลความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ฯ ไปใช้ในหน่วยงาน พบว่าพยาบาลวิชาชีพ ได้ให้เห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมตำบล

คำสำคัญ : การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การจัดการตนเอง การสนับสนุนของครอบครัว ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

ABSTRACT

This research was action research aimed to change the diabetes risk behavior among the elderly. The subjects were 38 diabetic risk groups. Data were collected before and after the experiment. An interview form was used to analyze general data by statistical percentage, mean, and standard deviation. Mean differences were compared using the Dependent t-test at the significance level of 0.05.

The study found that after the sample research have an average knowledge of diabetes The mean score of self-care behavior was significantly higher than before the experiment at 0.05 level and the mean blood sugar was lower than before the experiment. with statistical significance at the 0.05 level. It has been seen that there is a possibility of using it in the sub-district promotion hospital.

Keywords: development of nursing practice guidelines, self-management, family support, elderly people at risk of diabetes

บทนำ

จากรายงาน Global Age Watch Index 2015 ประชากรโลกมี 7,349 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 901 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด นับได้ว่าประชากรรวมทั่วโลก ได้เข้าเกณฑ์ที่เรียกว่าเป็น “สังคมสูงวัย” แล้ว และคาดการณ์ว่าใน ปี ค.ศ.2030

ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น เป็น 1.4 พันล้านคน หรือร้อยละ 16.5 และภายใน ปี ค.ศ.2050 จะเพิ่มขึ้น เป็น 2.1 พันล้านคน หรือร้อยละ 21.5 ของประชากรโลก (Help Age International, 2015) ซึ่งประเทศไทย ก็มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน อัตราการเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยจะเร็วกว่าของประเทศที่พัฒนาแล้วอย่าง

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุดรธานี จ.อุดรธานี

มาก จึงมีเวลาเตรียมรองรับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุนี้้นน้อยกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว ทั้งนี้จำนวนและร้อยละประชากรสูงอายุของไทยจะเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว คือ จากประมาณ 8 ล้านคน ใน พ.ศ. 2553 เป็น 13 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 ร้อยละประชากรสูงอายุก็เพิ่มเกือบเท่าตัวเช่นกัน จากประมาณ ร้อยละ 12 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2568 ⁶

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและโครงสร้างสังคมดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ และจะส่งผลกระทบต่อปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทาง สังคม และเศรษฐกิจจะกระทบต่อผู้สูงอายุแล้ว ในส่วนของผู้สูงอายุนี้ยังเกิดการเปลี่ยนแปลงในตนเอง เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และกลายเป็นปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อันเป็นปัญหาพื้นฐานการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากสภาพร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทำให้ประสบปัญหาสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ⁵

โรคที่พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงความเสื่อมทางร่างกายและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้สามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดได้หากมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างถูกต้องเหมาะสม ด้วยการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ¹⁷ ซึ่งภายใต้โครงสร้างของแนวคิด ทฤษฎีประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการกระทำ ซึ่งทั้งสององค์ประกอบมีความสัมพันธ์กัน โดยความสัมพันธ์ของทั้งสองมีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำ พฤติกรรมของบุคคล ที่ผ่านมามีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองในการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่าง ๆ เช่น การให้ความรู้ การฝึกยืดเอ็นและกล้ามเนื้อมีผลต่อระดับคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ พฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถในตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ¹⁹

จากการศึกษาข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลหนองนาคำ ในปี พ.ศ. 2564 พบด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 10.19 จากการเจาะระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2562-2564 ในกลุ่มผู้สูงอายุพบกลุ่มเสี่ยงที่มีระดับน้ำตาลระหว่าง 100-125 มก./ดล. คิดเป็นร้อยละ 12, 18, และ 20 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2564 สํารวจพบผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 36 อาศัยกับหลาน ร้อยละ 23 ไม่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียว ปัญหาของกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการขาดความรู้ในการดูแลตนเองและขาดความเชื่อมั่นในตนเอง จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขในทุกด้านเพื่อไม่ให้เป็นการต่อครอบครัว ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานถึงร้อยละ 12.93 เทียบกับอัตราความชุกของการเกิดโรคเบาหวานระดับประเทศ ร้อยละ 6.90 ดังนั้น สรุปได้ว่า โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลหนองนาคำ พบภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง

เมื่อใช้แบบคัดกรองด้วยวาจาในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานสูง พบว่า ร้อยละ 65.5 มีบิดา มารดา และพี่น้องสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 69.5 และมีบิดา มารดา และพี่น้องสายตรงเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 59.8 มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ร้อยละ 65.8 และขาดการออกกำลังกายร้อยละ 55.6 (กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน, 2562) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องใช้ระยะในการรักษาตนเองอย่างยาวนาน ดังนั้น จำเป็นต้องทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้ดีขึ้น

จากการศึกษา ของยงยุทธ (2553)⁷ ศึกษาการเสริมพลังเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไป พบว่า กระบวนการเสริมพลังอำนาจโดยการจัดเป็นกลุ่ม ๆ ละ 10 คน ครั้งละ 30 นาที ใช้ระยะเวลา 6 เดือน ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยความรู้ ความสามารถตนเอง และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคเบาหวานดีขึ้น และกระบวนการเสริมพลังทำให้

กลุ่มทดลองลดระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้ และการศึกษาของวีระพงษ์ (2559)¹⁰ พบว่า การนำแนวคิดการเสริมพลังมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด 3 เดือนลดลง ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จ คือ การหนุนเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ถูกต้อง มีผู้วิจัย ครอบครัวและเพื่อนบ้าน เป็นคนที่คอยพูดคุย ชักชวนที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยสนใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ เพื่อลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีสุขภาพดี อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข หน่วยงานรัฐไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นด้วย

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้ในฐานะพยาบาลที่มีบทบาทในการป้องกัน ส่งเสริม การเกิดโรคเรื้อรัง จึงต้องการศึกษาในเรื่องการแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลหนองนาคำ โดยนำวิธีการจัดการตนเองของ เครียร์ เป็นขั้นตอนกระทำเพื่อให้เกิดการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและมีการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ลงได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
2. เพื่อประเมินระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว หลังนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้

3. เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

สมมติฐาน

ภายหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการป้องกัน โรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด ดีขึ้น

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนาในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลหนองนาคำ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โดยการเจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (fasting blood sugar) มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 100- 125 mg/d ขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ระหว่าง เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประกอบด้วยการเสริมพลังอำนาจในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เน้นการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว กำหนดขอบเขตระยะเวลาในการศึกษาวิจัยช่วงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565 - ตุลาคม พ.ศ. 2565 รวมเป็นระยะเวลา 6 เดือน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อนำมาใช้ในเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลหนองนาคำ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

2. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้รับการฝึกทักษะการจัดการตนเองที่เหมาะสมและถูกต้องในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

3. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ได้รับการฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีผลการตรวจน้ำตาลในเลือดลดลง

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ของชูคัพ²³ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยซึ่งเป็นรูปแบบที่มีขั้นตอนชัดเจนกระชับเข้าใจง่ายประกอบด้วย 4 ระยะดังนี้ คือ

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (evidence - triggered phase)

ระยะที่ 2 การสืบค้นและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence - supported phase)

ระยะที่ 3 ระยะนำสู่การปฏิบัติ (evidence – observed phase)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร: เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลหนองนาคำ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนตุลาคม 2564-กุมภาพันธ์ 2565 มีเกณฑ์นำเข้า คือ ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า มีค่าระหว่าง 100-125 mg/dl มีผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 38 คน

กลุ่มตัวอย่าง: กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโพลิต และ ฮิงเกอร์²² กำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 กำหนดขนาดของความสัมพันธ์ (effect size) ที่ระดับปานกลาง คือ 0.5 จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง คำนวณได้ขนาดของความสัมพันธ์เฉลี่ยเท่ากับปานกลาง คือ ช่วง 0.2-0.5 ผู้วิจัยจึงใช้ขนาดความสัมพันธ์ที่ระดับปานกลาง เท่ากับ 0.5 เทียบตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 35 คน เพื่อป้องกันการสูญหายได้เพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็น 38 คน

ตัวแปร ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย มี 2 ส่วน คือ

1. ตัวแปรต้น คือ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการป้องกัน โรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด ดีขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: มี 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ประกอบด้วย 1) เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด 2) คู่มือความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 3) คู่มือแนวทาง 302ส 4) กล้องถ่ายรูป 5) เครื่องเล่นวิดีโอ 6) แผนกิจกรรมการเสริมสร้างพลังของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจำนวน 9 ครั้ง ระยะเวลา 12 สัปดาห์

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการจัดเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษาดัชนีมวลกายและรอบเอว 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวาน มี 20 ข้อ 3) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการออกกำลังกาย 5 ข้อ ด้านบริโภคอาหาร 15 ข้อ และการผ่อนคลายเครียด 8 ข้อ

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงของเนื้อหา (content validity) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และได้นำแบบสัมภาษณ์และเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขด้านความเหมาะสมของภาษาและความชัดเจนของเนื้อหา กิจกรรมการสร้างพลังอำนาจ ได้ค่า IOC - 0.86 แบบสอบถาม ได้ค่าความตรง = 0.88

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) นำแบบสอบถาม (สัมภาษณ์) ที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทำการทดสอบในพื้นที่ใกล้เคียง คือ ตำบลบ้านเลื่อม จำนวน 30 คน แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ใช้การประเมินความเที่ยงด้วยสูตร KR 20 แบบถูก-ผิด ถ้าตอบถูก 1 คะแนน ถ้าผิด 0 คะแนน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 ส่วนแบบสัมภาษณ์

พฤติกรรม การดูแลตนเอง ทำการทดสอบความเชื่อมั่น โดยประเมินจากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบรัค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.79

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลนำมาวิเคราะห์โดยการ แจกแจงความถี่ค่าเฉลี่ยและร้อยละ
2. ข้อมูลความรู้ และพฤติกรรม การปฏิบัติ ตัว โดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และเปรียบเทียบความ แตกต่างก่อนและหลังการวิจัย ใช้สถิติ Paired samples t - test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้ชี้แจง วัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กลุ่ม ตัวอย่างทราบ รวมถึงให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับ จากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูล ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริงผลการวิจัยจะ นำเสนอในภาพ รวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอม เข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่ม ตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอ ความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ผลการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อ ส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนของ ครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากรกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.42 เพศชายร้อยละ 31.58 มีอายุเฉลี่ย 67.97 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 39.50 อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 86 ปี มีสถานภาพสมรสคู่และอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 76.30 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.20 มีอาชีพทำงานบ้านร้อยละ 36.80 เมื่อ สอบถาม ประวัติพันธุกรรมเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วย โรคเบาหวาน ซึ่งมีญาติป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ

18.40 เมื่อทำการตรวจสอบสุขภาพและทำการประเมินค่า ดัชนีมวลกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายเกินมากกว่า 25 กก./ม² . ร้อยละ 36.80 โดย เพศชายมีค่าดัชนีมวลกายเกินอยู่ในระหว่าง 18.5–22.9 กก./ม² ร้อยละ 18.42 เพศหญิง ค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 25 กก./ม² ร้อยละ 31.58 เมื่อวัดเส้นรอบ เอวและนำไปเทียบกับเกณฑ์โดยเพศชาย ไม่เกิน 90 เซนติเมตร เพศหญิงไม่เกิน 80 เซนติเมตร พบว่า ส่วน ใหญ่มีรอบเอวเกินจากเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 71.10 ซึ่งพบเพศชายมีรอบเอวเกินเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 13.16 เพศหญิง ร้อยละ 57.89

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่อง โรคเบาหวาน พฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวาน น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน ก่อนทดลองและหลังทดลอง

ระดับความรู้ ก่อนวิจัยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.90 หลังวิจัยคะแนนเพิ่มขึ้นและอยู่ในกลุ่ม ระดับดี ร้อยละ 100 คะแนน เฉลี่ยความรู้เรื่อง โรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง เท่ากับ 9.34 คะแนน หลังทดลองเท่ากับ 17.48 คะแนน หลัง การทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 1

ระดับพฤติกรรม ก่อนวิจัยอยู่ในกลุ่มปานกลาง ร้อยละ 57.90 หลังวิจัยระดับคะแนนพฤติกรรมเพิ่ม ขึ้นอยู่ในกลุ่มระดับดี ร้อยละ 84.20 คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่ม ตัวอย่าง ก่อนการ ทดลองเท่ากับ 49.48 คะแนน หลังทดลองเท่ากับ 51.96 คะแนน หลังการทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อน การทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.02 ดัง ตารางที่ 1

น้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (fasting blood sugar) ก่อนวิจัยค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด อยู่ ในช่วงระหว่าง 100-109 mg/dl ร้อยละ 89.50 หลัง วิจัยค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดลดลง อยู่ในช่วงที่ต่ำกว่า 100 mg/dl เพิ่มขึ้นร้อยละ 89.50 ค่าเฉลี่ยระดับ น้ำตาล ในเลือด ก่อนทดลองเท่ากับ 106.92 mg/dl หลังทดลองเท่ากับ 94.74 mg/dl หลังการทดลองมีค่า

ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ที่
ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน และค่าเฉลี่ย
น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ก่อนทดลองและหลังทดลอง (n= 38)

ตัวแปร	ช่วงระยะเวลา	mean	S.D.	t	df	p-value
ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	ก่อนทดลอง	9.34	1.90	-25.39	37	0.01**
	หลังทดลอง	17.48	1.12			
พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน	ก่อนทดลอง	49.48	2.46	-3.70	37	0.02*
	หลังทดลอง	51.96	1.53			
ระดับน้ำตาลในเลือด	ก่อนทดลอง	106.92	5.74	11.48	37	0.01**
	หลังทดลอง	94.74	4.54			

*Sig < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน หลังวิจัย
ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีความรู้เพิ่มขึ้น
สอดคล้องกับการศึกษาของยงยุทธ (2553)⁷ พบว่า
ค่าเฉลี่ยคะแนนการป้องกันโรคเบาหวานหลังวิจัยสูง
กว่าการวิจัย เพราะกระบวนการเสริมพลังมีผลทำให้
กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้ เกิดการรับรู้ มีความ
ตระหนัก เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองที่
ถูกต้อง ลดระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อป้องกันการเกิด
โรคเบาหวานได้ และอุรา (2542)¹⁵ พบว่า การเพิ่ม
พลังอำนาจต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย
โรคเบาหวาน ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เรื่อง
โรคเบาหวานดีขึ้น

2. พฤติกรรมการปฏิบัติตัว หลังวิจัยผู้ป่วย
สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีคะแนนพฤติกรรมเพิ่ม
ขึ้นอยู่ในกลุ่มระดับดี สอดคล้องกับราสี (2548)⁸
พบว่า การใช้กระบวนการสร้างพลังมีผลต่อการ
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภค การออกกำลังกาย
และกิจกรรมการดำเนินชีวิตในทางที่ดีขึ้น และวีระ
พงษ์ (2559)¹⁰ การเสริมพลังให้กลุ่มเป้าหมายมีการ
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปฏิบัติที่ดีขึ้น รับรู้
ความสามารถในการดูแลตัวเองดีขึ้นส่งผลให้มี
พฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ดีขึ้นและระดับน้ำตาลใน
เลือดลดลง

3. ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด หลังวิจัยผู้ป่วย
สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลใน
เลือดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของยงยุทธ
(2553)⁷ พบว่า การใช้กระบวนการสร้างพลังมีผลต่อ
การลดน้ำตาลในเลือด สิริอร (2550)¹⁴ พบว่า การรับรู้
ความมีพลังอำนาจมีผลต่อการจัดการตัวเอง ทำให้
น้ำตาลในเลือดลดลง และวีระพงษ์ (2559)¹⁰ พบว่า
การนำแนวคิดการเสริมพลังมาใช้ในการส่งเสริม
สุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยมีการ
เปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ
โรคเบาหวาน ค่าดัชนีมวลกายพฤติกรรมดูแล
ตนเองระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ปัจจัยที่ทำให้เกิด
ความสำเร็จ คือ การหนุนเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่
ถูกต้อง มีผู้วิจัย ครอบครัว และเพื่อนบ้านเป็นคนที่
คอยพูดคุย ชักชวน ที่สำคัญ คือ ผู้ป่วย สัมผัสใจที่จะ
เปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง

4. ความเป็นไปได้หรือไม่แล้วนำผลการ
ประเมินหรือข้อเสนอแนะ มาปรับปรุงแก้ไขจนได้แนว
ปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้จริง การศึกษาความเป็นไป
ได้ในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในหน่วยงาน
ไปใช้ของทีมนักวิจัย พบว่าแนวปฏิบัติทางการ
พยาบาลทุกคนมีความคิดเห็นว่าจะสามารถนำไปใช้ได้
ร้อยละ 100 และในภาพรวม 6 ข้อได้ร้อยละ 88
ผลลัพธ์ของระยะนี้ คือ ได้แนวปฏิบัติที่ผ่านการ
ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ

ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงาน (evidence-based phase) เป็นขั้นตอนการประเมินผลและวิเคราะห์เพื่อหาข้อสรุปความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำแนวปฏิบัติทางการแพทย์ไปใช้จริงในหน่วยงานเพื่อผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ ตลอดจนการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องว่ามีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติที่เกิดขึ้นอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์หรือไม่ มีการเผยแพร่ข้อมูลเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือเชิงวิชาชีพซึ่งในระยะนี้ต้องวางแผนดำเนินการศึกษาต่อไป

สรุปการศึกษารั้งนี้

ด้านผลลัพธ์ได้การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 5 แนวปฏิบัติเมื่อนำมาทดลองใช้ การเสริมพลังอำนาจในการป้องกันโรคเบาหวานของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลหนองนาคำ จังหวัดอุดรธานี ประยุกต์แนวคิดการเสริมพลังของ Kieffer (1984)²⁰ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปฏิบัติที่ดีขึ้น น้ำตาลในเลือดลดลง เพราะการเสริมพลังเป็นแรงหนุนเสริมจากผู้วิจัย บุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านช่วยกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายตระหนัก ตั้งเป้าหมายชัดเจนพร้อมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยอาศัยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลไปใช้ของทีมผู้ร่วมวิจัยที่เป็นพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลหนองนาคำ พบว่า ความเป็นไปได้ร้อยละ 100 และแต่ละข้อผ่านการประเมินร้อยละ 80 ขึ้นไป แนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นทำให้ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

โรคเบาหวาน มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าก่อนการนำแนวปฏิบัติมาใช้ 0.5 %

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การจัดกิจกรรมกลุ่ม แต่ละกลุ่ม ไม่ควรเกิน 8 คน เพราะกลุ่มเป้าหมายได้มีโอกาสทำกิจกรรมด้วยตนเอง ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและกิจกรรมการเสริมพลังอำนาจควรนำไปประยุกต์และปรับใช้กับพื้นที่อื่นต่อไป

2. การให้ความรู้หรือจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมาย ต้องสอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่ เหมาะกับวิถีชีวิตปัจจุบัน และใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน เพื่อลดความแปลกแยกทางความคิด ไม่ควรกำหนดเนื้อหาทางวิชาการมากเกินไป เปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายวิเคราะห์ตนเอง ค้นหาตนเอง แล้วค่อยบูรณาการเนื้อหาไปพร้อมกัน

3. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติด้านสุขภาพในระดับชุมชน จะต้องให้ความรู้ผ่านสื่อหลายช่องทาง สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ สื่อบุคคล ดังนั้นบุคคลจะต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในด้านสุขภาพหรืออาจจะใช้สื่อพื้นบ้านประกอบการให้ความรู้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำการศึกษาแนวปฏิบัติดังกล่าว ไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อใช้ประกอบในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพโดยยึดแนวปฏิบัติด้านการแพทย์ทางเลือก เช่น การใช้สมุนไพรไทย การบริโภคข้าวซ้อมมือ ฯลฯ

เอกสารอ้างอิง

1. กรรณิการ์ ยั่งยืน และนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2559). นวัตกรรมเพื่อการจัดการตนเองผ่านระบบบริการสุขภาพทางไกลสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง. ศรีนครินทร์เวชสาร.31(1): 365-37122.

- 2.กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2557). รายงานประจำปี 2557. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- 3.ขวัญหทัย ไตรพิช. (2550). การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2.สารนิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล; 17.
- 4.ฉวีวรรณ ทองสาร. (2550). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการตนเองในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด.สารนิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์..
- 5.ธัช กนกเทศ. สังคมวิทยาสาธารณสุข. พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2559..
- 6.ปราโมทย์ ประสาทกุล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2558. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครปฐม: สถาบันวิจัย ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
- 7.ยงยุทธ์ สุขพิทักษ์. (2553). การเสริมพลังอำนาจเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไปพื้นที่ตำบลเขาพระบาท อำเภอเชียรใหญ่จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- 8.ราศี คณิตสาร. (2548). กระบวนการสร้างพลังเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงชาวไทยใหญ่บ้านผาบ่อ อำเภอมืองแม่ฮ่องสอน. วิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- 9.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบนควน อำเภอทุ่งสง. (2557). สรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข. [เอกสารอัดสำเนา]. นครศรีธรรมราช.
- 10.วีระพงษ์ จินะดิษฐ์. (2559). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลองหอยโข่ง อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา. [เอกสารอัดสำเนา]. สงขลา.
- 11.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2552).ข้อมูลสถิติ [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 12 ตุลาคม 2564.จาก <http://bps.ops.moph.go.th/index.php>
- 12.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). สรุปสถิติที่สำคัญปี 2556. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- 13.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554). สรุปสถิติที่สำคัญปี 2554. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- 14.สิริอร ข้อยุ่น. (2550). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัวต่อการรับรู้ความมีพลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์จัดการกับความเครียด.รายงานการศึกษาระดับปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- 15.อุรา สุวรรณรักษ์. (2542). การเพิ่มพลังอำนาจต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลสติงพระ จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 16.Al-Shookri, A., Khor, G. L., Chan, Y. M., Loke, S. C., & Al-Maskari, M. (2012). Effectiveness of medical nutrition treatment delivered by dietitians on glycemic outcomes and lipid profiles of Arab, Omani patients with Type 2 diabetes. Diabet Med.; 29(2): 236-244.
- 17.Bandura, A. (1997). Social Learning Theory. New Jersey. Prentice-Hall Inc.
- 18.Daniel Umpierre, Paula A. B. Ribeiro, Caroline K. Kramer, Cristiane B. Leitaˆo, Alessandra T.N. Zucatti, Mirela J. Azevedo, Jorge L. Gross, Jorge P.Ribeiro, Beatriz D. Schaan. (2011). Physical Activity

- Advice Only or Structured Exercise Training and Association With HbA1c Levels In Type2 Diabetes. JAMA. 305(17): 1790- 1799.
- 19.Han SS et al. (2005). The effects of a health promotion program for elderly. Taehan Kanho Hakhoe Chi.2005 Oct, 35(6), 1054-62
- 20.Kieffer, C. (1984). Citizen empowerment: a developmental perspective. In (eds.) J. Rappaport, C.Swift and R. Hess. Studies in empowerment: Steps toward understanding and action. Binghamton: The Haworth Press.
- 21.Nisak, M. Y. B., Talib, R. A., Norimah, A.K, Gilbertson, H., & Azmi, K. N. (2010). Improvement of Dietary Quality with the Aid of a Low Glycemic Index Diet in Asian Patients with Type 2 Diabetes Mellitus Randomized. Journal of the American College of Nutrition. 29(3):161– 170.
- 22.Polit, D. & Hungler, B. (1999). Nursing Intervention for Management of Patients with Dyspnea at Emergency Units in Baghdad Hospitals. Nursing Research: Principle and Method, 6th ed.; Philadelphia: Lippincott Company.
- 23.Soukup, S. M. (2000). The center for advanced nursing practice evidenced based practice model. Nursing Clinic of North America, 35 (2): 301-309.
- 24.T. Aghamolaei, H. Eftekhar¹, K. Mohammad², M. Nakhjavani³, D.Shojaeizadeh¹, F Ghofranipour and O.Safa. (2005). Effects of a Health Education Program on Behavior HbA1c and Health-Related Quality of Life Diabetic Patients. Acta Medica Iranica, 43(2): 89-94.21.

การเปรียบเทียบผลการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ ระหว่างผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้านและผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลพัฒนานิคม

Comparison of results of inguinal hernia surgery between day-to-day surgery patients and hospital admission patients in Phatthana Nikhom Hospital.

(Received: August 23,2023 ; Revised: August 27,2023 ; Accepted: August 28,2023)

วรกร คำน้อย¹

Warakorn Kamnoy¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับบ้านและผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นไส้เลื่อนที่ขาหนีบทั้งหมด 300 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้านและผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาลจำนวนกลุ่มละ 150 คน เครื่องมือเป็นแบบบันทึกข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ผลการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้านมีระยะเวลาผ่าตัด ระดับความปวดหลังผ่าตัด การใช้ยาแก้ปวดหลังการผ่าตัด ค่ารักษาในโรงพยาบาล น้อยกว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบนอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไม่มีความแตกต่างกันในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม
คำสำคัญ: ไส้เลื่อนที่ขาหนีบ, การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับบ้าน, การผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาล

Abstract

This study was retrospective study aimed to comparing the outcomes of same-day inguinal hernia surgery versus hospitalized inguinal hernia surgery. Sample size were 300 patients diagnosed with inguinal hernia. The sample was divided into two groups: patients who underwent same-day surgery and patients who underwent scheduled overnight admission, with 150 patients in each group. Data were collected, including demographic data, surgical outcomes, and complications. The data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, and t-tests.

Results: The study revealed that there were no significant differences in the characteristics of the two sample groups. Patients who underwent same-day surgery had shorter operative time, lower postoperative back pain score, less use of postoperative pain relief medication, and lower hospitalization costs compared to patients who underwent scheduled overnight admission, with statistically significant differences ($p<0.05$). The incidence of postoperative complications did not differ significantly between the two groups.

Keywords: Inguinal hernia, same-day surgery, hospitalized surgery

บทนำ

การผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบเป็นการผ่าตัดที่พบมากทางศัลยกรรม มีอุบัติการณ์ประมาณ 8 แสนรายต่อปี ในประเทศอเมริกา ซึ่งถือได้ว่าเป็น

การผ่าตัดที่ทำมากเป็นอันดับแรกในประเทศไทย การผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบเป็นหัตถการที่ทำโดยศัลยแพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาลประมาณ 2-3 วัน

¹ โรงพยาบาลพัฒนานิคม

เนื่องจากต้องเตรียมงดน้ำ งดอาหารและให้สารน้ำ ก่อนวันผ่าตัดและหลังการผ่าตัดต้องรอให้ผู้ป่วยตื่นจากการดมยาสลบหรือหมดฤทธิ์ของยาชาชนิดฉีด เข้าไขสันหลังก่อนประมาณ 1 -2 วันหลังผ่าตัด แต่หากมีภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบหรือ การฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง ผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาลมากกว่านั้น ซึ่งพบว่าในปัจจุบันมีความหนาแน่นในการครองเตียงของผู้ป่วย เกิดความแออัด และเพิ่มภาระงานแก่เจ้าหน้าที่ทั้งแพทย์และพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่มีจำนวนจำกัดเมื่อเทียบกับปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ในปัจจุบัน การผ่าตัดที่สามารถลดอัตราการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้โดยที่เกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วย และโรงพยาบาลน่าจะเป็นแนวทางในการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับภาวะการณ์ในปัจจุบัน ซึ่งนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขในการผลักดันให้มีการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบในภาวะที่ไม่ฉุกเฉินแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) จุดประสงค์เพื่อช่วยลดระยะเวลาที่ใช้ในโรงพยาบาล ลดระยะเวลาในการรอคอยผ่าตัด ลดความแออัดของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยยึดหลักความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับเป็นการผ่าตัดภายใต้การฉีดยาชาเฉพาะที่ ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องอยู่ในห้องพักฟื้นหลังการผ่าตัดดังเช่นการผ่าตัดทั่วไป

โรงพยาบาลพัฒนานิคมได้มีการดำเนินการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) ในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 แต่ยังไม่เคยประเมินผลการผ่าตัดที่ผ่านมา ในงานวิจัยนี้จึงต้องการศึกษาผลการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับ (One day surgery) เปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มที่นอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัด (Inpatient Surgery) โดยเปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดหลังผ่าตัดที่พบบ่อย และระยะเวลาในการรอคอยผ่าตัด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล หากการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับมีผลการรักษาที่ดี

จะสามารถนำมาเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาการผ่าตัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพัฒนานิคม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ ระหว่างผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาล
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการผ่าตัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพัฒนานิคม

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยโรงพยาบาลพัฒนานิคม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้เลื่อนขาหนีบแบบไม่ฉุกเฉินในโรงพยาบาลพัฒนานิคม โดยเข้ารับการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลพัฒนานิคม และโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ตั้งแต่เดือนเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565 จำนวนทั้งหมด 168 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้เลื่อนขาหนีบแบบไม่ฉุกเฉินในโรงพยาบาลพัฒนานิคม โดยเข้ารับการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลพัฒนานิคม และโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ตั้งแต่เดือนเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565 คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ โดยแบ่งเป็น ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) โดยเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ คือ ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 15 ปี อยู่ใน ASA Class I-II ไม่มีภาวะอุดตันของไส้เลื่อน กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นผู้ป่วยที่มาผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาล ทั้ง 2 กลุ่ม ทำผ่าตัดโดยใช้วิธี Modified Lichtenstein's Hernioplasty และใช้

Poly propylene mesh ในการเย็บเสริมความแข็งแรงของผนังหน้าท้อง

ขนาดตัวอย่าง กำหนดค่าอิทธิพลของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มความเชื่อมั่นที่ $\alpha=0.05$ ขนาดอิทธิพล $\text{power}=0.80$ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 64 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบบันทึกข้อมูล พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ อาชีพ โรคประจำตัว การใช้ยา ละเอียดลิ้มเลือด ASA Classification ชนิดของไส้เลื่อนที่ขาหนีบ ข้างที่เป็น

ส่วนที่ 2 ผลการผ่าตัด ประกอบด้วย ระยะเวลาในการผ่าตัด ระดับความปวดหลังผ่าตัด ที่ การใช้ยาแก้ปวด ภาวะแทรกซ้อน และค่ารักษาในโรงพยาบาล

การรวบรวมข้อมูล

โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลแบบแจกนับ (categorical data) จะถูกนำเสนอเป็น จำนวน และ ร้อยละ ในขณะที่ข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continuous data) ที่มีการกระจายตัวแบบปกติ (Normal distribution) จะนำเสนอโดยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation; SD) แต่ถ้าการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นแบบปกติ (Asymmetrical distribution) จะนำเสนอโดยค่ามัธยฐาน (median) และพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range; IQR)

ใช้สถิติ Chi square test เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่ม กำหนดค่านัยสำคัญ (significance) ที่ $p \leq 0.05$ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสองกลุ่มที่เป็นข้อมูลต่อเนื่อง ใช้สถิติทดสอบ Independent t-test สำหรับข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ ใช้ Wilcoxon signed-rank test กำหนดให้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยใช้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ 95% ($P\text{-value} < 0.05$)

ผลการวิจัย

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบ

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยนัดนอนเพื่อผ่าตัด (n=64)	ผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (n=64)	p-value
อายุ (ปี)	64.42±11.49	64.97±14.78	0.437
อาชีพ			
- รับจ้าง	38 (59.37)	36 (56.25)	0.194
- ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12 (18.76)	11 (17.19)	
- เกษตรกร/ค้าขาย	14 (21.87)	17 (26.56)	
โรคประจำตัว			
- HT	10 (15.63)	8 (12.50)	0.067
- DM/CKD	7 (10.94)	5 (7.82)	0.038
- > 1 โรค	8 (12.50)	9 (14.06)	0.017
- ไม่มีโรคประจำตัว	39 (60.93)	42 (65.62)	0.328
การใช้ยาละเอียดลิ้มเลือด ASA	12 (18.75)	9 (14.06)	0.374
ASA Classification			
-Class I	52 (81.25)	48 (75.00)	0.197

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบ

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยนัดนอนเพื่อผ่าตัด (n=64)	ผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (n=64)	p-value
-Class II	12 (18.75)	16 (25.00)	
ชนิดของไส้เลื่อนที่ขาหนีบ			
- Indirect inguinal hernia	61 (95.31)	62 (96.87)	0.324
- Direct inguinal hernia	3 (4.69)	2 (3.13)	
ข้างที่เป็น			
- ขวา	38 (59.37)	37 (57.81)	0.924
- ซ้าย	26 (40.63)	27 (42.19)	

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยแบบนัดนอน ผ่าตัดส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 64.42 ปี อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 59.37) โรคประจำตัวที่พบบ่อยที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 คน (ร้อยละ 15.63) มีการใช้ยาละลายลิ่มเลือด ASA จำนวน 12 คน (ร้อยละ 18.75) ASA Classification Class I จำนวน 52 คน (ร้อยละ 81.25) เป็นไส้เลื่อนชนิด Indirect inguinal hernia จำนวน 61 คน (ร้อยละ 95.31) ส่วนใหญ่เป็นข้างขวา จำนวน 38 คน (ร้อยละ 59.37) ผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับส่วนใหญ่มี

อายุเฉลี่ย 64.97 ปี อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 56.25) โรคประจำตัวที่พบบ่อยที่สุด คือ มากกว่า 1 โรค จำนวน 9 คน (ร้อยละ 14.06) มีการใช้ยาละลายลิ่มเลือด ASA จำนวน 9 คน (ร้อยละ 14.06) ASA Classification Class I จำนวน 48 คน (ร้อยละ 75.00) เป็นไส้เลื่อนชนิด Indirect inguinal hernia จำนวน 62 คน (ร้อยละ 96.87) ส่วนใหญ่เป็นข้างขวา จำนวน 37 คน (ร้อยละ 57.81) ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มพบว่าข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความแตกต่างทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 2 แสดงผลการผ่าตัดผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบ

ประเด็น	ผู้ป่วยนัดนอนเพื่อผ่าตัด (n=50)	ผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (n=50)	p-value
ระยะเวลาในการผ่าตัด (นาที)	51.94±3.08	43.72±7.03	0.002*
ระดับความปวดหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมง	4.47±2.36	2.52±0.69	0.003*
การใช้ยาแก้ปวดเพิ่มหลังการผ่าตัด	28 (46.00)	1 (2.00)	
ภาวะแทรกซ้อน			
- Hematoma	0	0	
- Severe pain (Pain score $\geq$ 7)	0	0	
- Urinary retention	4 (6.25)	0	
- Nausea หรือ vomiting	0	1 (1.56)	
- Dizziness	1 (1.56)	1 (.56)	
ค่ารักษาในโรงพยาบาล	11,380.47 $\pm$ 37.43	7,496.14 $\pm$ 36.24	0.001*

จากตารางที่ 2 พบว่า ระยะเวลาในการผ่าตัด ระดับความปวดหลังผ่าตัด ค่ารักษาในโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่า และแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วย

แบบนัดนอนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในด้านการใช้ยาแก้ปวด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดพบในกลุ่มผู้ป่วยแบบนัดนอนผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนขาหนีบที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ มีค่าระดับความปวดหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมงคือ 2.52 ± 0.69 ซึ่งเป็นระดับความปวดที่น้อยมาก และไม่ได้มีผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการฉีดยาระงับอาการปวดหลังการผ่าตัดเพิ่ม ซึ่งการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบวิธีนี้นอกจากสามารถผ่าตัดได้แบบผู้ป่วยนอก ยังพบว่าจำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยแบบนอนผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาซึ่งบ่งชี้ว่าระดับคะแนนความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ใช้การระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเฉพาะที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ใช้การระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลัง ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเป็นการให้ยาชาเฉพาะที่ การให้การระงับความเจ็บปวดก่อนที่จะเกิดการกระตุ้นความเจ็บปวดจะช่วยลดความไวของตัวรับความเจ็บปวดทำให้ความเจ็บปวดลดลง และยังมีฤทธิ์ระงับปวดที่ยาวนานกว่า

ในด้านคำรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่ต่ำกว่าผู้ป่วยแบบนอนผ่าตัด เนื่องจากระยะเวลารวมทั้งหมดในห้องผ่าตัดที่ลดลง รวมทั้งลดค่าหัตถการในการให้ยาชาทางไขสันหลัง และยังลดจำนวนวันนอนที่ไม่จำเป็นลงได้

ทำให้โรงพยาบาลสามารถบริหารจัดการในด้านเตียงผู้ป่วย และการใช้ห้องผ่าตัดได้ดีขึ้น ส่งผลให้เห็นความแตกต่างของค่าใช้จ่ายเห็นได้ชัดเจน นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวหลายโรคสามารถผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับได้ปลอดภัย และความเสี่ยงน้อย

จากผลการศึกษา การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับจะลดภาระค่ารักษาของผู้ป่วย ลดความแออัดของหอผู้ป่วยในและห้องผ่าตัดได้ แต่อย่างไรก็ตามการผ่าตัดไส้เลื่อนด้วยวิธีการนี้ ศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัดจำเป็นต้องมีการฝึกฝนและสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและทีมผ่าตัดในสถานพยาบาลที่ไม่เคยใช้วิธีนี้มาก่อน ซึ่งการฝึกฝนนี้ใช้ระยะเวลาไม่นานที่จะทำให้เกิดความชำนาญ ดังนั้นน่าจะสามารถขยายบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลพัฒนานิคมได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

หากเก็บข้อมูลและออกแบบเป็น prospective study จะสามารถลดอคติจากการเก็บข้อมูลย้อนหลังได้และสามารถนำผลการวิจัยมาพัฒนางานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อความชัดเจนของผลการวิจัยควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง และเก็บปัจจัยเพิ่มเติม ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

- กมล กัญญาประสิทธิ์. การเปรียบเทียบการผ่าตัดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบระหว่างการฉีดยาชาเฉพาะที่และการฉีดยาชาเข้าที่ช่องน้ำไขสันหลัง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2558; 24(6): 1167-1172.
- ชวลิต สงครามยศ. การศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบระหว่างการให้ยาชาเฉพาะที่กับการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลังในโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2563; 23(3): 48-56.
- พิชัย พงศ์มันจิต. ประสพการณ์การผ่าตัดโรคไส้เลื่อนที่ขาหนีบโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ 1,000 รายแรก. วารสารสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไป ประเทศไทย, 2553; 6(12): 16-22.
- ลลิตา ราชิงส์. การเปรียบเทียบผลการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบระหว่างผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาลมุกดาหาร. สรรพสิทธิเวชสาร, 2563; 20(5): 93-99.

5. เอกชัย ผดุงรักดีวงศ์. ผลลัพธ์ขั้นต้นของการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบไม่รับเป็นผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2561; 299-304.
6. De Sa Ribeiro FA, Padron F, Castro TD, Torres Filho LC, Fernandes BA. Inguinal hernia repair with local anesthesia in the outpatient. Rev Col Bras Cir. 2010;37(6):397-402.
7. Moreira H Jr, Moreira JP, Isaac RR, et al. Morphine spinal block anesthesia in patients who undergo an open hemorrhoidectomy: a prospective analysis of pain control and postoperative complications. Ann Coloproctol. 2014; 30(3):135-140.
8. Hutsacha Nueaitong. The Incidence of Spinal Anesthetic Complications: A Case Study in Kosumpisai Hospital, During the Year 2009-2011. Srinagarind Med J ,2012; 27(3): 297-301.
9. Gultekin FA, Kuruahvecioglu O, Karamercan A. A prospective comparison of local and spinal anesthesia for inguinal hernia repair. Hernia. 2007;11: 153-6.
10. Parviz K.Amid, Alex. G. Shulman. Local anesthesia for inguinal hernia repair step-by-step procedure. Annals of surgery. 1994; 220(6): 735-737.

การพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาสำหรับพยาบาลตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น
อาจาโร จ.สกลนคร

Development of a drug-resistance infection prevention system for nurses in the inpatient Phra
Ajarn Fan Acharo Hospital, Sakon Nakhon Province

(Received: August 23,2023 ; Revised: August 27,2023 ; Accepted: August 28,2023)

พาฝัน หงษ์เตาปูน¹ สุมาลินี ชุ่มชื่น¹
Pafan Hongtaopoon¹ Sumalini Chumchuen¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาระบบและศึกษาผลลัพธ์ ความเป็นไปได้ในการใช้และความพึงพอใจของพยาบาลตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ต่อการพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา ระหว่างเดือน มกราคม - เมษายน 2566 กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยใน จำนวน 29 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรสุขภาพต่อความเป็นไปได้ในการใช้ ซึ่งตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการจัดกลุ่มคำตอบ

ผลการวิจัยพบว่า พัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาตามแผนการดูแลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย การคัดกรอง การใช้หลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส การสวมหน้ากากปิดปากปิดจมูก การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยด้วย 2% คลอโรเอ็กซีดิน กลูโคเนต การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม การแจ้งเตือนบุคลากรสุขภาพ การส่งต่อระหว่างหน่วยงาน การเฝ้าระวังเชิงรุกและการระมัดระวังความผิดพลาดในการให้ยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าแผนการดูแลทางคลินิกนี้มีความชัดเจน สะดวก ปฏิบัติได้ง่าย และเหมาะสมในการใช้ปฏิบัติในหน่วยงาน ผลการเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังดำเนินการพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ความคิดเห็นของพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการใช้ตามระบบป้องกันการติดเชื้อดื้อยาตามแนวทางของแผนการดูแลทางคลินิก พบว่าพยาบาลร้อยละ 100เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งตามระบบป้องกันการติดเชื้อดื้อยา มีความเหมาะสมกับบริบทหน่วยงาน สามารถนำไปใช้ได้จริง

คำสำคัญ ระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา พยาบาลตึกผู้ป่วยใน

ABSTRACT

This research was action research to develop the system and study the results Feasibility of use and satisfaction of inpatient building nurses Phra Ajarn Fan Acharo Hospital on the development of a drug-resistant infection prevention system during January - April 2023. The sample group was 29 nurses working in the inpatient building. The tools used to collect data were general information questionnaires. and a questionnaire on the opinions of health personnel on the possibility of using The content validity was examined by 3 experts with a content validity index of .90. Data were analyzed using descriptive statistics and answer grouping.

The results showed that Development of a drug-resistant infection prevention system according to the clinical care plan for the prevention and control of the spread of AMR in hospitals, consisting of screening, the use of contact prevention principles wearing a cloth to cover the mouth and nose Cleaning the patient's body with 2% chlorhexidine gluconate. Cleaning the environment. Health Personnel Alerts forwarding between departments Proactive surveillance and vigilance for dosing errors and adverse events. Most of sample size were of the view that this clinical care plan was clear, convenient, and easy to implement. and appropriate for use in the organization The results of comparing the knowledge before and after the operation found that there was a statistically significant difference at the .05 level. Nurses' opinions on the feasibility of using a systemic antidote against AMR as a guideline for clinical care plans. It was found that 100% of nurses

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จ.สกลนคร

agreed and strongly agreed with the antidrug-resistance prevention system. is appropriate to the context of the organization can be used for real

Keywords: Drug-Resistant Infection Prevention System inpatient building nurse

บทนำ

การดื้อยาหลายกลุ่ม (Multidrug-Resistance [MDR]) ของเชื้อจุลชีพในโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงและเป็นภัยคุกคามที่เกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกระบุว่าการดื้อยาของแบคทีเรียเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ประสิทธิภาพของยาปฏิชีวนะที่มีอยู่ลดลง การติดเชื้อดื้อยาทวีความรุนแรง และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานการเฝ้าระวังพบว่าเชื้อดื้อยาหลายกลุ่ม เช่น เชื้อสแตฟีโลคอคคัส ออเรียส ที่ดื้อต่อยาเมทิซิลลิน (Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* [MRSA]) พบร้อยละ 20-80 ส่วนเชื้อเคลบเซลลา นิวโมเนีย (Klebsiella pneumoniae [K. pneumoniae]) ที่ดื้อต่อยากลุ่มเซฟาโลสปอริน รุ่นที่ 3 (third-generation cephalosporins) พบมากกว่าร้อยละ 30²⁹ ปัจจุบันทั่วโลกมีการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 700,000 คน คาดว่าในปี พ.ศ.2593 การเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาจะสูงถึง 10 ล้านคน ประเทศในทวีปเอเชียจะมีคนเสียชีวิตมากที่สุด คือ 4.7 ล้านคน ประเทศไทยพบว่าการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 38,000 คน คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมสูงถึง 4.2 หมื่นล้านบาท ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศคิดเป็นผลกระทบทางเศรษฐกิจสูงถึงประมาณ 3.5 พันล้านล้านบาท (คณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพ, 2559)

สำหรับประเทศไทย จากรายงานข้อมูลของศูนย์เฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ (National Antimicrobial Resistance Surveillance Center, Thailand [NARST]) พบว่า เชื้อ E. coli ดื้อต่อยากลุ่มฟลูออโรควิโนโลน (Fluoroquinolones) เพิ่มจากร้อยละ 40.14 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 54.90 ในปี พ.ศ. 2557 และเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ดื้อต่อยากลุ่ม Carbapenems เพิ่มจากร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 70.17 ในปี พ.ศ. 2557

(National Antimicrobial Resistance Surveillance Center, Thailand, 2014) การติดเชื้อดื้อยาหลายกลุ่มก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังเช่น ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอนเทอโรแบคทีเรียซีอีที่ดื้อยาจากการสร้างเอนไซม์เบต้าแลคตาเมสชนิดออกฤทธิ์กว้าง (ESBL-producing Enterobacteriaceae) มีอัตราการรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาเป็น 2.38 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อดื้อยาดังกล่าว¹⁸ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นและอาจเสียชีวิตได้

การติดเชื้อดื้อยาเป็นปัญหาที่ซับซ้อนยากต่อการแก้ไข การแพร่กระจายเชื้อเกิดขึ้นได้ในหลายหน่วยงานของโรงพยาบาลและเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของบุคลากรการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อรับการรักษารับการตรวจวินิจฉัยระหว่างหน่วยงานหรือหอผู้ป่วยอื่น การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยต่าง ๆ การปฏิบัติกิจกรรมการรักษาพยาบาลการจัดการอุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วย หรือจากการดูแลความสะอาดของสิ่งแวดล้อม อาจทำให้เชื้อดื้อยาแพร่กระจายไปสู่หน่วยงานอื่นๆ ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน⁶ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Hansen, 2010) เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยเชื้อดื้อยาโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร พบเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปีงบประมาณ 2562-2564 พบเชื้อดื้อยาจุลชีพ 3 ชนิดและดื้อยาปฏิชีวนะหลายขนาน ได้แก่ 1) เอสเชอริเชีย โคไลหรืออี.โคไล (*Escherichia coli*) ที่ทำให้เกิดโรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและทางเดินอาหาร พบร้อยละ 54.34, 59.15 และ 53.22 ตามลำดับ 2) เคลบซิลลา นิวโมเนีย (*Klebsiella pneumoniae*) ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจ โรคปอดอักเสบ พบร้อยละ 28.26, 30.98 และ 25.80

ตามลำดับ และ 3) เชื้ออะซิเนโตแบคเตอร์บอแมนนิอา (Acinetobacter baumannii) ทำให้ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ พบร้อยละ 7.60, 2.81 และ 11.29 ตามลำดับ ทั้งนี้ยังพบสิ่งส่งตรวจที่พบเชื้อ 3 อันดับ ได้แก่ 1) Urine C/S พบร้อยละ 52.67, 62.40 และ 43.71 ตามลำดับ 2) Sputum c/s พบร้อยละ 18.34, 15.03 และ 19.67 ตามลำดับ และ 3) Pus c/s พบร้อยละ 14.79, 7.51 และ 3.68 ตามลำดับ ส่วนโรคที่พบใน 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 38.66 เป็นผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ (ติดเชื้อ) ร้อยละ 12 2) Sepsis ร้อยละ 25.33 และ 3) โรคปอดบวม (Pneumonia) ร้อยละ 13.33 และอื่น ๆ ร้อยละ 22.67 (สถิติพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร, 2564) จากสถิติดังกล่าว พบว่า การติดเชื้อดื้อยามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีถึงแม้โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโรจะมีแนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อดื้อยาแล้วก็ตาม แต่ยังพบการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหน่วยงาน (ICWN) ของตึกผู้ป่วยได้มีการติดตามและรวบรวมผลการปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรในตึกผู้ป่วย โดยการสังเกต พบว่า บุคลากรไม่ทำตามมาตรการและแนวทางปฏิบัติ ร่วมกับการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา (Root Cause Analysis [RCA]) พบว่ากิจกรรมที่บุคลากรไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง ได้แก่ การทำความสะอาดมือตามหลัก 5 Moments การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันต่าง ๆ และในหอผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลได้ตลอดเวลา เนื่องจากหอผู้ป่วยในรับผู้ป่วยจำนวนมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังนอนนาน มีโรคแทรกซ้อน ส่งผลกระทบต่อภาระที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้แนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาที่จัดทำขึ้นไม่ได้ถูกนำไปใช้ในการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด ดังนั้น การกำหนดการดูแลผู้ป่วยที่ดีมีการสื่อสารที่ตรงระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และการปฏิบัติเป็นไปในมาตรฐานเดียวกันจะช่วยให้การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายกลุ่มในโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาสำหรับพยาบาล ซึ่งเป็นแผนการดูแลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล

จากการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Rotter et al. (2010) จากงานวิจัย 27 ฉบับ พบว่า การใช้แผนการดูแลทางคลินิกช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน (OR=0.58, 95% CI: 0.36-0.94) และปรับปรุงเรื่องงานเอกสาร (OR= 11.95, 95% CI: 4.72-30.30) แผนการดูแลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลในต่างประเทศ พบว่า มีการนำมาใช้ในการดูแลเฉพาะกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ MRSA²⁸ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาสำหรับพยาบาล โดยการวางแผนดูแลทางคลินิกสำหรับป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อเพื่อใช้ในโรงพยาบาลตามแนวคิดของ Cheah (2000) ซึ่งกำหนดไว้ 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การออกแบบแผนการดูแลทางคลินิก 3) การทดลองใช้แผนการดูแลทางคลินิก 4) การนำแผนการดูแลทางคลินิกไปใช้ และ 5) การประเมินผลและบูรณาการแผนการดูแลทางคลินิก โดยการพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาสำหรับพยาบาลขึ้นไปใช้ในตึกผู้ป่วยใน เนื่องจากเป็นแผนกที่รับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยากลุ่มมากที่สุด การพัฒนาพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาสำหรับพยาบาลตึกผู้ป่วยในดังกล่าว จะช่วยให้โรงพยาบาลตึกผู้ป่วยมีแนวปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การลดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลมีผลทำให้ผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพปลอดภัยจากการติดเชื้อดื้อยาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้ระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาสำหรับพยาบาลตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการ

ป้องกันการติดเชื้อดื้อยาสำหรับพยาบาลตึกผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

3. เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาสำหรับพยาบาลตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ต่อการพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยใช้แนวคิดของ Cheah (2000) ใน 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การออกแบบแผนการดูแลทางคลินิก 3) การทดลองใช้แผนการดูแลทางคลินิก ดำเนินการการศึกษาระหว่างเดือน มกราคม - เมษายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร และผู้ป่วยที่เข้าร่วมทดลองใช้แผนการดูแลทางคลินิกเป็นผู้ป่วยติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อดื้อยา

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ทุกคน จำนวน 3 ตึก ได้แก่ 1.) ตึกหญิง 2.) ตึกเด็ก 3.) ตึกสงฆ์ จำนวนรวม 29 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติ (purposive sampling) คือ ปฏิบัติงานอย่างน้อย 6 เดือน ขึ้นไป ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง

วิธีดำเนินการศึกษา

การพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาสำหรับพยาบาลตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ตามแนวคิดการพัฒนาแผนการดูแลทางคลินิกของ Cheah (2000) ใน 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์

แต่งตั้งทีมพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาสำหรับพยาบาลตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จากพยาบาลที่เป็นตัวแทนจากตึกผู้ป่วยใน ได้มาโดยการคัดเลือกแบบเจาะจง ผู้วิจัยและทีมพัฒนาร่วมกันทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ค้นหาปัญหา และวิเคราะห์ตามแนวคิด SWOT analysis หาจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค วิเคราะห์สถานการณ์การปฏิบัติ การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยใน แล้วนำมาใช้กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ของการพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาตามแนวทางของแผนการดูแลทางคลินิกที่จะพัฒนา หลังจากนั้นผู้วิจัยจัดการอบรมให้ความรู้แก่ทีมพัฒนาทุกคนเรื่องการดำเนินการพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาตามแนวทางของแผนการดูแลทางคลินิกที่จะพัฒนา และวิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับการพัฒนาแผนการดูแลทางคลินิก โดยศึกษาจากการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง รายงานการติดเชื้อดื้อยา ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร รายงานอุบัติการณ์ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา และแบบเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาตามแบบเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบแผนการพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาตามแนวทางของแผนการดูแลทางคลินิก

โดยกำหนดกลุ่มผู้ป่วย เลือกศึกษาในผู้ป่วยติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อดื้อยาหลายกลุ่มที่มารับการรักษาในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ทีมพัฒนาร่วมกันสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติและแผนการดูแลทางคลินิก พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและควบคุมการติดเชื้อจำนวน 2 ท่าน จากนั้นนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขให้ระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาตามแนวทาง

ของแผนการดูแลทางคลินิกมีความถูกต้องด้านเนื้อหา
มากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้ระบบการป้องกันการ การติดเชื้อดื้อยาตามแนวทางของแผนการดูแลทาง คลินิก

นำแผนการดูแลทางคลินิกไปทดลองใช้กับ
ผู้ป่วยติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อดื้อยาที่เข้ารับการ
รักษา ในเด็กผู้ป่วยใน จำนวน 3 ตึก ได้แก่ 1.) ตึกหญิง
2.) ตึกเด็ก 3.) ตึกสงฆ์ จำนวน 5 ราย เป็นเวลา 2
สัปดาห์ ผู้วิจัยและทีมพัฒนาร่วมกันสังเกตการณ์
ปฏิบัติของพยาบาลตามระบบการป้องกันการติดเชื้อ
ดื้อยาตามแนวทางของแผนการดูแลทางคลินิก

จากนั้นผู้วิจัยแจกสอบถามความคิดเห็น
ของพยาบาลถึงความเป็นไปได้ ความพึงพอใจของ
พยาบาลผู้ปฏิบัติและผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามระบบ
การป้องกันการติดเชื้อดื้อยาตามแนวทางของแผนการ
ดูแลทางคลินิก เมื่อสิ้นสุดการทดลองใช้ ผู้วิจัยได้
จัดพิมพ์ระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาสำหรับ
พยาบาลเด็กผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจา
โร เป็นรูปเล่มและมอบให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับ
การดูแลผู้ป่วยในเด็กผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์
ฝั้น อาจาโร ทุก หน่วยงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนเอกสารที่
เกี่ยวข้อง ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ
พยาบาล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด
ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ตำแหน่ง
การปฏิบัติงาน หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาใน
การปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านการป้องกันการ
การแพร่กระจายเชื้อ จำนวน 15 ข้อ เป็นคำตอบ 4
ตัวเลือก และทักษะการป้องกันและควบคุมการ
แพร่กระจายเชื้อดื้อยามี 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการ
ใช้อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสม จำนวน 8 ข้อ ด้าน
สุขอนามัยส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ และด้านการ
จัดการสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม จำนวน 11 ข้อ เป็น
คำตอบ 2 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ ซึ่ง

เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิง
เนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน
ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านแนวปฏิบัติทาง
คลินิก 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการ
ควบคุมการติดเชื้อ 2 ท่าน และพยาบาลควบคุมการติด
เชื้อ ในโรงพยาบาล 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรง
เชิงเนื้อหา (content validity index [CVI]) ของ
แบบสอบถามส่วน ที่ 2 เท่ากับ .90

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของ
พยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา ในงานวิจัย
ของ ขวัญตา กล้าการนา (2550) ประกอบด้วย การ
ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล 6 หมวด ได้แก่ การแยก
ผู้ป่วย การทำความสะอาดมือ การสวมอุปกรณ์ป้องกัน
การดูแลอุปกรณ์และของที่ใช้กับผู้ป่วยการเฝ้าระวัง
การติดเชื้อ และการกำจัดเชื้อในสิ่งแวดล้อม แบบ
บันทึกการสังเกตมีลักษณะเป็นการตรวจสอบรายการ
(check list) โดยใช้วิธีการทำเครื่องหมาย หรือ X ลงใน
ช่องว่างการปฏิบัติที่ตรงกับกิจกรรมการสังเกต โดย
การให้ความหมาย ดังนี้

✓ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ได้ถูกต้อง

X หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ไม่ถูกต้อง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความคิดเห็นของ
พยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการใช้ตามระบบการ
ป้องกันการติดเชื้อดื้อยาตามแนวทางของแผนการดูแล
ทางคลินิก มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดและปลาย
ปิด ประกอบด้วยคำถาม ปลายปิดในเรื่อง ความชัดเจน
ความสะดวก ความง่าย และความเหมาะสมในการนำ
แผนการดูแลทางคลินิกไปใช้ในการปฏิบัติจริง ลักษณะ
คำตอบเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่าของลิเคิร์ต
(Likert scale) 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็น
ด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนคำถาม
ปลายเปิดเป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และ
ข้อเสนอแนะในการใช้แผนการดูแลทางคลินิก ซึ่ง
เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิง
เนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านแนวปฏิบัติทาง
คลินิก 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการ
ติดเชื้อ 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

(content validity index [CVI]) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 เท่ากับ .90

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้ระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา มี 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert scale) 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านแนวปฏิบัติทางคลินิก 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการติดเชื้อ 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index [CVI]) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 เท่ากับ .90

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องระหว่างก่อนและหลังการใช้ระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาตามแนวทางของแผนการดูแลทางคลินิกโดยใช้สถิติ Dependent t – test ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมถึงให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริงผลการวิจัยจะ

นำเสนอในภาพ รวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่ม ตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ผลการวิจัย

1. การประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์
การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาสำหรับพยาบาลตึกผู้ป่วยในฯ เพื่อศึกษาผลลัพธ์ ความพึงพอใจ และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (feasibility test) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติตามรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (The Center for Advanced Nursing Practice Evidence-Based Practice Model) ของซุคัพ (Soukup)13 โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาล และระยะที่ 2 การนำไปใช้ ซึ่งจะทำได้แผนการดูแลทางคลินิกที่เหมาะสมและมีความเป็นไปได้ สำหรับพยาบาลและบุคลากรสุขภาพใช้ในการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยมีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มพยาบาล จำนวน 29 คน และกลุ่มผู้ป่วย จำนวน 52 คน มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่าง มกราคม - เมษายน 2566

จากสภาพปัญหาและความต้องการการพัฒนา ระบบการป้องกันการติดเชื้อสำหรับพยาบาลตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร สรุปได้ประเด็น 3 ด้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ด้าน/ประเด็น	สภาพปัญหา	แนวทางแก้ไข
ด้านบุคลากร (People)	1.ความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา	1.อบรมความรู้เรื่องเชื้อดื้อยา
		2.แผนพัฒนาบุคลากรทุก 6 เดือน
		3.อบรมฟื้นฟูทักษะบุคลากรด้านควบคุมการติดเชื้อ (ICwalk rally)
	2.การกำกับติดตามไม่ต่อเนื่อง	4.นิเทศ กำกับติดตามการปฏิบัติงาน
		พยาบาลโดยหัวหน้าตึก/รองหัวหน้า
		5.นิเทศ กำกับติดตามการปฏิบัติงาน โดย
		หัวหน้าเวรแก่เจ้าหน้าที่ระดับรองลงมา

		ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานทำความสะอาด
ด้านกระบวนการ	3.รูปแบบและวิธีปฏิบัติ	1.จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยเชื้อดื้อยา
(Process)	ไม่ชัดเจน	.ปรับปรุงแบบฟอร์มการติดตามเชื้อดื้อยา
ด้านอุปกรณ์	4.สื่อการสอนไม่ทันสมัย	1. จัดทำคู่มือการให้ความรู้ผู้ป่วยเชื้อดื้อยา
(Material)		ที่มีสีสันสวยงาม
		2.ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยเชื้อดื้อยา

2. ผลลัพธ์ของระบบการป้องกันการติดเชื้อ ดื้อยาสำหรับพยาบาลตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระ อาจารย์ผืน อาจาโร

ส่วนใหญ่กลุ่มให้บริการเป็นเพศหญิงคิดเป็น ร้อยละ 96.55 อายุของกลุ่มทดลองระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.38 รองลงมาอายุระหว่าง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.59 และอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.14 ตำแหน่งพยาบาลผู้ป่วยในคิดเป็นร้อยละ 100 และอายุการทำงานมากกว่า 10 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ

ละ 55.17 รองลงมาอายุการทำงาน 6-10 ปี คิดเป็น ร้อยละ 27.59 และการทำงาน 0-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.24

2.1 ผลการเปรียบเทียบความรู้ก่อนและ หลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการ ดำเนินงานมีค่าคะแนนความรู้มากกว่า ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังความรู้เชื้อดื้อยาสำหรับพยาบาลวิชาชีพ(N=29)

ความรู้				df	t	p-value	95%CI	
ก่อน		หลัง					lower	upper
ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.					
10.86	1.24	13.58	1.68	28	-8.916	.000	-3.34996	-2.09831

2.2 ผลสัสดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องของ พยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบฯ พบว่า มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กิจกรรมที่มีการปฏิบัติถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ กิจกรรม

การแยกผู้ป่วยและการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ร้อยละ 95.8 รองลงมาได้แก่ กิจกรรมการจัดการอุปกรณ์ของใช้และกิจกรรมการสวม PPE คิดเป็นร้อยละ 92.8 และ 90.6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบสัสดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา
ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบฯ

กิจกรรม	การปฏิบัติ		p-value
	ก่อนพัฒนาฯ (ร้อยละ)	หลังพัฒนาฯ (ร้อยละ)	
1. การแยกผู้ป่วย	31.3	95.8	.000*
2. การทำความสะอาดมือ	70.0	81.7	.055
3. การสวม PPE	57.6	90.6	.000*
4. การจัดการอุปกรณ์ของใช้	58.6	92.8	.000*
5. การเฝ้าระวังการติดเชื้อ	81.3	95.8	.001*
6. การกำจัดเชื้อในสิ่งแวดล้อม	77.1	85.7	.229
รวม	63.3	90.1	.000*

*P<.05

2.3 ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อการพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาสำหรับพยาบาล ดึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร พบว่า ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการใช้แนวปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อดื้อยาสำหรับพยาบาลดึกผู้ป่วยใน ที่มีคะแนนระดับมากที่สุดได้แก่ แนวทางการให้ความรู้และการปฏิบัติตัวสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา มีความชัดเจน เข้าใจง่าย มีลำดับขั้นตอนเป็นมาตรฐาน คู่มือเช็กดื้อยาสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและเป็นแนวทางเดียวกัน คู่มือเช็กดื้อยาช่วยให้ปฏิบัติตามหลัก Contact precaution แนวทางนี้ป้องกันการเกิดแพร่กระจายของเช็กดื้อยาโดยมีค่าเฉลี่ย 4.29 SD .63 ความพึงพอใจที่มีระดับคะแนนมากที่สุดได้แก่เป็นการเตรียมความพร้อมของญาติและผู้ป่วยก่อนกลับบ้านเป็นสื่อกลางในการทำความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างบุคลากรในหอผู้ป่วยและญาติ

2.4 ความคิดเห็นของพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการใช้ตามระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาตามแนวทางของแผนการดูแลทางคลินิก พบว่า พยาบาล ร้อยละ 100 เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าตามระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาตามแนวทางของแผนการดูแลทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานสามารถนำไปปฏิบัติในหน่วยงานได้ทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ ช่วยให้พยาบาลตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น สามารถนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้ออื่นๆ ได้ และระยะเวลาในการส่งเสริมการปฏิบัติมีความเหมาะสมมากกว่าร้อยละ 90

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อสำหรับพยาบาลดึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ตามแผนการดูแลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเช็กดื้อยา ดำเนินการโดยทีมพัฒนาที่ประกอบด้วย พยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ทำให้สามารถประเมินและวิเคราะห์

สถานการณ์ในภาพรวมของการปฏิบัติได้ แล้วนำมาวางแผนการแก้ไขปัญหา กำหนดเป้าหมายและเชื่อมประสานการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกันได้ ซึ่งจะส่งผลให้การพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อสำหรับพยาบาลดึกผู้ป่วยในประสบผลสำเร็จ⁶ ระบบการป้องกันการติดเชื้อตามแผนการดูแลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นมีเนื้อหาที่เสนอแนะการปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากรายงานการวิจัย 30 ฉบับ มีระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 1.b, 1.c และ 2.d ส่วนระดับข้อเสนอแนะตามความสามารถในการนำไปประยุกต์ใช้ อยู่ในเกรด A และแผนการดูแลทางคลินิกได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จึงทำให้แผนการดูแลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นมีความน่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้ได้จริง

เนื่องจากประกอบด้วยข้อปฏิบัติที่กำหนดจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการพิสูจน์โดยกระบวนการวิจัยและกิจกรรมการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเช็กดื้อยาที่กำหนดในระบบการป้องกันการติดเชื้อตามแผนการดูแลทางคลินิกมีความสอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่กำหนดโดย HICPAC ร่วมกับ CDC²³ โดยมีข้อปฏิบัติดังนี้

1. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ใช้แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยา ซึ่งจะช่วยแยกกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงออกจากผู้ที่ไม่ปัจจัยเสี่ยง¹¹ ทำให้บุคลากรสุขภาพทราบว่าผู้ป่วยรายใดมีความเสี่ยงต่อการมีเช็กดื้อยาก่อนนิคมหรือติดเชื้อดื้อยาตั้งแต่วันแรกและปฏิบัติการแยกผู้ป่วย รวมทั้งใช้หลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสตั้งแต่เริ่มแรกได้ จึงช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อและการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลได้⁹

2. การใช้หลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส ที่กำหนดให้แยกผู้ป่วยเข้าห้องแยกหรือแยกบริเวณเฉพาะ ทำความสะอาดมือ และสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ซึ่งผลงานวิจัยหลายฉบับที่ดำเนินการโดยใช้หลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

ทางการสัมผัสแล้วพบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยา และมีเชื้อดื้อยาก่อนนิคมของผู้ป่วยลดลง^{1,14}

3. การสวมผ้าปิดปากปิดจมูกเมื่อทำกิจกรรมที่เกิดการฟุ้งกระจาย เช่น การชะล้างแผล การดูดเสมหะ การใส่ท่อช่วยหายใจ รวมทั้งในสถานการณ์ที่อาจเกิดการแพร่เชื้อจากแหล่งที่มีเชื้อจำนวนมาก²³ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำกิจกรรมกับผู้ป่วยติดเชื้อ MRSA เนื่องจากเชื้อดังกล่าวเป็นเชื้อก่อโรคในจมูกของบุคลากรสุขภาพ ซึ่งพบว่าการสวมผ้าปิดปากปิดจมูกของบุคลากรสุขภาพ สามารถป้องกันการปนเปื้อนเชื้อได้¹⁷

4. การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยด้วย 2% คลอเฮกซีดิน กลูโคเนต แทนสบู่วันละ 1 ครั้ง โดยเช็ดทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยตั้งแต่คอลงไป ช่วยลดเชื้อดื้อยาบนผิวหนังของผู้ป่วยลงได้ และสามารถช่วยป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตจากการใส่สายสวน หลอดเลือดดำส่วนกลางและการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดได้ รวมทั้งช่วยลดเชื้อดื้อยาที่ผิวหนังผู้ป่วย โดยเฉพาะเชื้อ MRSA และเชื้อเอนเทอโรคอคคัสที่ดื้อต่อ ยา แวน โคมัย ซิน (Vancomycin-Resistant Enterococci [VRE]) ก่อโรค^{3,13}

5. การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมด้วยน้ำยาไฮโปคลอไรต์ 1: 100 ทุกวัน เนื่องจากเชื้อดื้อยา สามารถอาศัยอยู่บนพื้นผิวของสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย ได้นาน¹⁶ การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมจึงเป็นส่วนประกอบหนึ่งของมาตรการการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลที่สามารถลดอุบัติการณ์ของเชื้อดื้อยาได้¹

6. การแจ้งเตือนบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยการใช้สัญลักษณ์สื่อสาร ได้แก่ การติดเป็นสติ๊กเกอร์ที่หน้าแฟ้มประวัติผู้ป่วย คาร์เด็กซ์ แว่นป้ายแจ้งเตือน และการแจ้งข้อมูลทางวาจา วิธีการเหล่านี้มีประสิทธิภาพในการกระตุ้นให้บุคลากรสุขภาพปฏิบัติตามหลักการแยกผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น¹² นอกจากนี้การส่งต่อระหว่างหน่วยงาน โดยการประสานงานทางโทรศัพท์หรือระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อให้บุคลากรสุขภาพในหน่วยงานที่รับผู้ป่วยเตรียมพร้อมในการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการ

แพร่กระจายของเชื้อยา สามารถลดอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาลงได้⁴

7. การเฝ้าระวังเชิงรุกโดยส่งตรวจเพาะเชื้อ (active surveillance culture) ในผู้ป่วยที่รับใหม่หรือรับย้ายที่มีความเสี่ยงของการติดเชื้อดื้อยา เป็นการค้นหาผู้ป่วยที่มีเชื้อดื้อยาก่อนนิคมอยู่โดยไม่มีอาการของการติดเชื้อ ดังนั้นจึงควรทำการเฝ้าระวังเชิงรุกโดยส่งตรวจเพาะเชื้อตั้งแต่เริ่มแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากตรวจเพาะเชื้อเมื่อผู้ป่วยแสดงอาการของการติดเชื้อแล้ว อาจทำให้บุคลากรสุขภาพปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลล่าช้าได้⁸

8. การระมัดระวังความผิดพลาดในการให้ยา และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงเมื่อแยกผู้ป่วยเข้าห้องแยก เนื่องจากมีการศึกษาพบว่า การใช้หลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสและการแยกผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาหรือมีเชื้อดื้อยาก่อนนิคมไว้ในห้องแยก มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ เช่น การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและความผิดพลาดในการให้ยาซึ่งพบได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในห้องแยก เนื่องจากบุคลากรสุขภาพไม่ได้มองเห็นหรืออยู่กับผู้ป่วยในห้องแยกตลอดเวลา³⁰

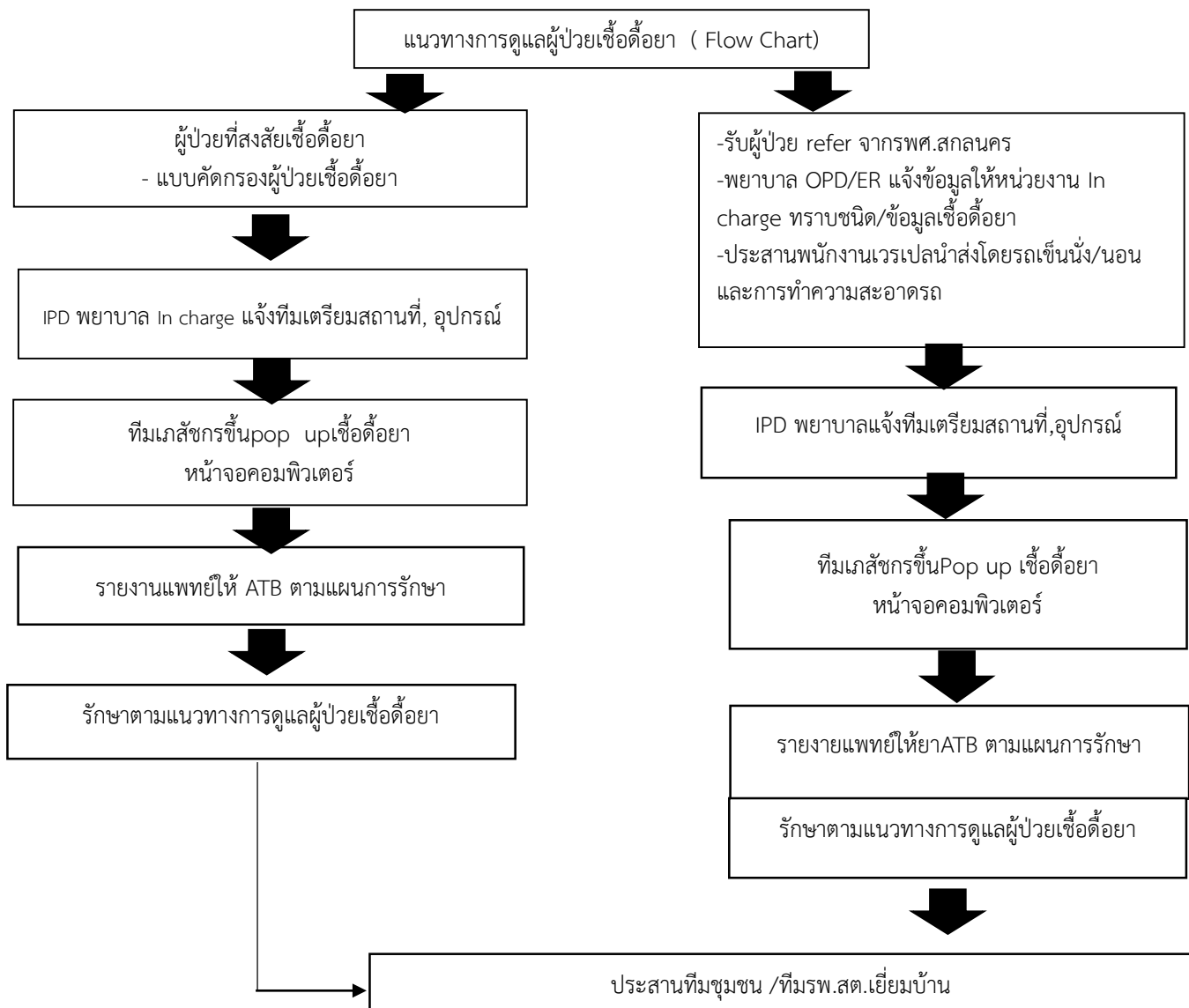
ความเป็นไปได้ในการใช้ระบบการป้องกันการติดเชื้อสำหรับพยาบาลตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ตามแผนการดูแลทางคลินิก พบว่าบุคลากรสุขภาพทุกคนเห็นด้วยถึงความชัดเจนในการนำแผนการดูแลทางคลินิกไปปฏิบัติ เนื่องจากทีมพัฒนาแผนการดูแลทางคลินิกมาจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แผนการดูแลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทำให้เนื้อหามีความชัดเจนและเข้าใจง่าย บุคลากรสุขภาพส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าแผนการดูแลทางคลินิกมีความสะดวกในการนำไปปฏิบัติ นำไปใช้ในการปฏิบัติได้ง่าย และมีความเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติจริง โดยสามารถปฏิบัติร่วมกับกิจกรรมการพยาบาลอื่น ๆ ได้ และสามารถแยกผู้ป่วยได้ตั้งแต่แรกเข้ารับการรักษา ดังเช่น บุคลากรสุขภาพสามารถปฏิบัติการคัดกรอง

ผู้ป่วยร่วมกับการซักประวัติและประเมินผู้ป่วยแรกรับ นอกจากนี้การใช้แบบคัดกรองให้คะแนนปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อดื้อยาสามารถค้นหาประวัติเก่าของผู้ป่วยได้จากระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล ส่วนการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัสนั้น สามารถปฏิบัติได้เนื่องจากหลักการดังกล่าวใช้ปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเป็นประจำในหอผู้ป่วยอยู่แล้ว บุคลากรสุขภาพบางส่วนที่ไม่เห็นด้วยนั้น เกิดจากการที่ยังติดในปัญหาเรื่องอัตรากำลังในหน่วยงานมีไม่เพียงพอ จำนวนผู้ป่วยและภาระงานมีมาก มีห้องแยกหรือบริเวณสำหรับแยกผู้ป่วยไม่เพียงพอ ไม่สะดวกในการสวมเสื้อคลุมดูแลผู้ป่วยและการเตรียมน้ำยาทำลายเชื้อก่อนนำไปทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้บุคลากรสุขภาพบางคนได้ทดลองใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วยเพียง 1 ราย จึงยังไม่มั่นใจว่าแผนการดูแลทางคลินิกสามารถนำไปได้จริงหรือไม่ และแผนการดูแลทางคลินิกเป็นการกำหนดกิจกรรมที่จำเป็นในปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

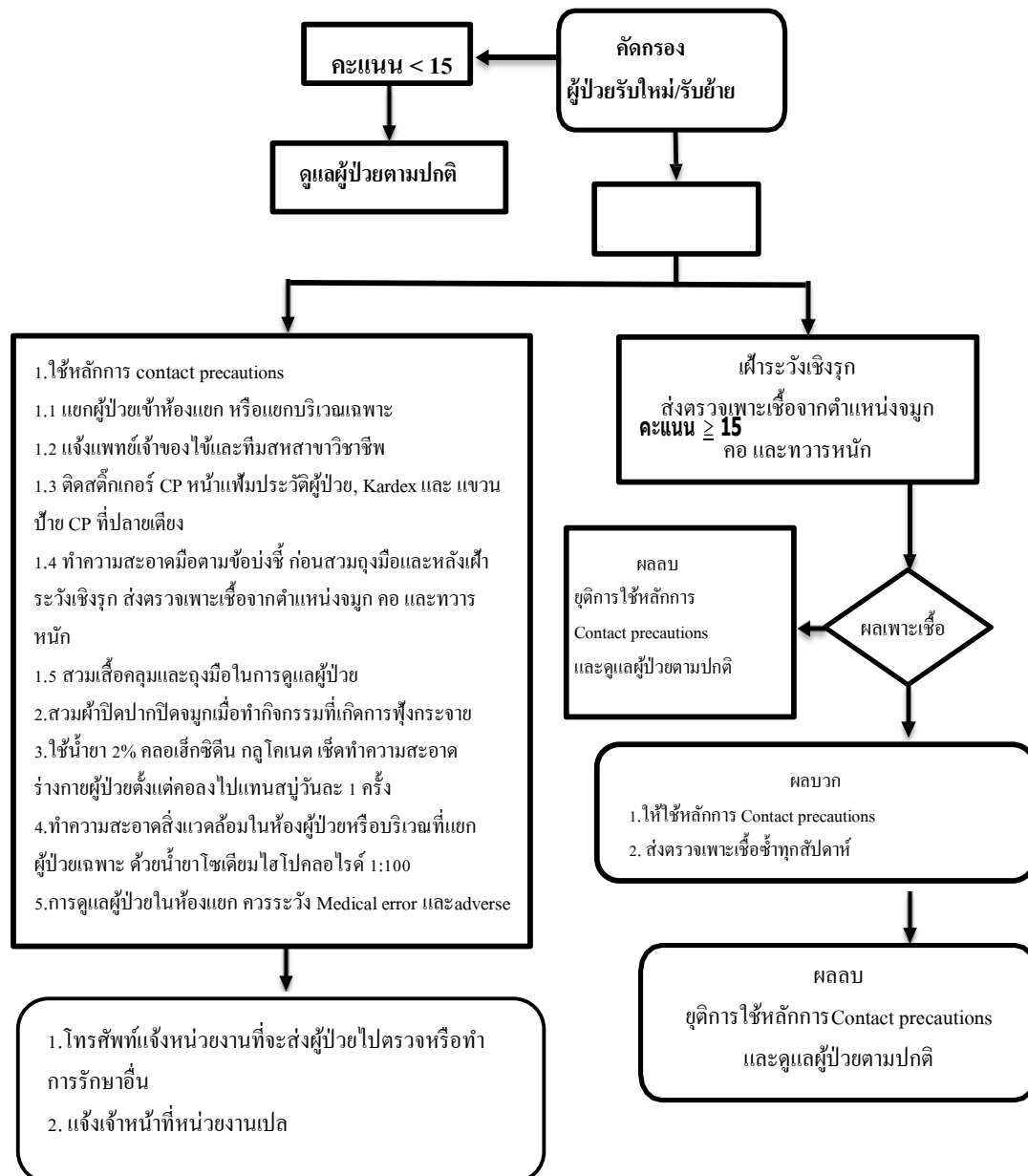
ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ต้องปฏิบัติเพิ่มจากการปฏิบัติเดิม ซึ่งอาจทำให้บุคลากรสุขภาพรู้สึกถึงความรับผิดชอบและภาระงานที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง²⁷ ในการใช้ระบบการป้องกันการติดเชื้อสำหรับพยาบาลตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ตามแผนการดูแลทางคลินิก จึงจำเป็นต้องมีการอบรมให้ความรู้หรือทบทวนการปฏิบัติเป็นระยะ และต้องมีการส่งเสริมบุคลากรสุขภาพให้สามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงได้ อีกทั้งมีการนิเทศติดตามกำกับและสนับสนุนการปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อให้ปฏิบัติตามหลักการที่กำหนดในระยะยาวต่อไปได้ (Shah, Castro-Sánchez, Charani, Drumright, & Holmes, 2015)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ควรมีการนำแนวปฏิบัติระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาสำหรับพยาบาลตึกผู้ป่วยในดังกล่าวประกอบ 1 และ 2



ภาพประกอบ 1 แนวปฏิบัติระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาสำหรับพยาบาลตึกผู้ป่วยใน



ภาพประกอบ 2 แนวปฏิบัติตามแผนการแผนการดูแลทางคลินิกป้องกันการติดเชื้อดื้อยาสำหรับพยาบาล ตักผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาสำหรับพยาบาลในการควบคุมการ
แพร่กระจายเชื้อในแผนกอื่นๆในโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

เอกสารอ้างอิง

1. Apisarnthanarak, A., Pinitchai, U., Thongphubeth, K., Yuekyen, C., Warren, D. K., Fraser, V. J. (2008). A
multifaceted intervention to reduce pandrug-resistant *Acinetobacter baumannii* colonization
and infection in 3 intensive care units in a Thai tertiary care center: a 3-year study. *Clinical
Infectious Diseases*, 47(6), 760-767.

2. Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2013). Antibiotic resistance threats in the United States, 2013. Retrieved from <http://www.cdc.gov/drugresistance/threat-report-2013/> Cheah, J. (2000). Development and implementation of a clinical pathway programme in an acute care general hospital in Singapore. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(5), 403-412.
3. Chen, W., Li, S., Li, L., Wu, X., & Zhang, W. (2013). Effects of daily bathing with chlorhexidine and acquired infection of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and vancomycin-resistant *Enterococcus*: a meta-analysis. *Journal of Thoracic Disease*, 5(4), 518-524
4. Ciobotaro, P., Oved, M., Nadir, E., Bardenstein, R., & Zimhony, O. (2011). An effective intervention to limit the spread of an epidemic carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* strain in an acute care setting: from theory to practice. *American Journal of Infection Control*, 39(8), 671-677.
5. European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC]. (2012). EU action on antimicrobial resistance—European antibiotic awareness day. Retrieved from http://ecdc.europa.eu/en/aboutus/organisation/Director%20Speeches/1201_Director_speech_EU_health_prize_journalists.pdf
6. Every, N., Hochman, J., Becker, R., Kopecky, S., & Cannon, C. P. (2000). Critical pathways: A review. *Circulation*, 101(4), 461-465. F
7. Ritz, S. A., Hogan, P. G., Singh, L. N., Thompson, R. M., Wallace, M. A., Whitney, K., ... Fraser, V. J. (2014). Contamination of environmental surfaces with *Staphylococcus aureus* in households with children infected with methicillin-resistant *S. aureus*. *JAMA Pediatric*, 168(11), 1030-1038.
8. Herbert, S., Halvorsen, D. S., Leong, T., Franklin, C., Harrington, G., & Spelman, D. (2007). Large outbreak of infection and colonization with gram-negative pathogens carrying the metallo β -lactamase gene bla IMP-4 at a 320-bed tertiary hospital in Australia. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 28(1), 98-101.
9. Ho, C., Lau, A., Cimon, K., Farrah, K., & Gardam, M. (2013). Screening, isolation, and decolonization strategies for Vancomycin-Resistant Enterococci or Extended Spectrum Beta-Lactamase-producing organisms: A systematic review of the clinical evidence and health services impact. *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health*, 3(1), e3102.
10. Huskins, W. C., Huckabee, C. M., O'Grady, N. P., Murray, P., Kopetskie, H., Zimmer, L., ... Samore, M. (2011). Intervention to reduce transmission of resistant bacteria in intensive care. *New England Journal of Medicine*, 364(15), 1407-1418.
11. Juylek, N., Picheansathian, W., & Klunklin, P. (2016). Development of Risk Factor Scoring System of Multidrug-resistant Microorganism Infection Among In-Patients. *Nursing Journal*, 43(3), 69-80. (In Thai)
12. Kac, G., Grohs, P., Durieux, P., Trinquart, L., Gueneret, M., Rodi, A., ... Meyer, G. (2007). Impact of electronic alerts on isolation precautions for patients with multidrug-resistant bacteria. *Archives of Internal Medicine*, 167(19), 2086-2090.

- 13.Karki, S., & Cheng, A. C. (2012). Impact of non-rinse skin cleansing with chlorhexidine gluconate on prevention of healthcare-associated infections and colonization with multi-resistant organisms: a systematic review. *Journal of Hospital Infection*, 82(2), 71-84.
- 14.Kim, N. H., Han, W. D., Song, K. H., Seo, H. K., Shin, M. J., Kim, T. S., ... Kim, H. B. (2014). Successful containment of carbapenem-resistant Enterobacteriaceae by strict contact precautions without active surveillance. *American Journal of Infection Control*, 42(12), 1270-1273.
- 15.Knoester, M., de Boer, M. G. J., Maarleveld, J. J., Claas, E. C. J., Bernards, A. T., de Jonge, E., ... Veldkamp, K. E. (2014). An integrated approach to control a prolonged outbreak of multidrug resistant *Pseudomonas aeruginosa* in an intensive care unit. *Clinical Microbiology and Infection*, 20(4), O207-O215.
- 16.Kramer, A., Schwebke, I., & Kampf, G. (2006). How long do nosocomial pathogens persist on inanimate surfaces? A systematic review. *BMC Infectious Diseases*, 6(1), 130-137.
- 17.Lacey, S., Flaxman, D., Scales, J., & Wilson. A. (2001). The usefulness of masks in preventing transient carriage of epidemic methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* by healthcare workers. *Journal of Hospital Infection*, 48(4), 308-311.
- 18.Maslikowska, J. A., Walker, S. A. N., Elligsen, M., Mittmann, N., Palmay, L., Daneman, N., & Simor, A. (2016). Impact of infection with extended-spectrum b-lactamase-producing *Escherichia coli* or *Klebsiella* species on outcome and hospitalization costs. *Journal of Hospital Infection*, 92(1), 33-41.
- 19.National Antimicrobial Resistance Surveillance Center, Thailand. (2014). Antibigrams. Retrieved from <http://narst.dmsc.moph.go.th/antibiograms.html> (In Thai)
- 20.Özgür, E. S., Horasan, E. S., Karaca, K., Ersöz, G., Atış, S. N., & Kaya, A. (2014). Ventilator-associated pneumonia due to extensive drug-resistant *Acinetobacter baumannii*: risk factors, clinical features, and outcomes. *American Journal of Infection Control*, 42(2), 206-208.
- 21.Rotter, T., Kinsman, L., James, E., Machotta, A., Gothe, H., Willis, J., ... Kugler, J. (2010). Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. Retrieved from <http://2.cochrane.org/reviews/en/ab006632>.
- 22.Html Shah, N., Castro-Sánchez, E., Charani, E., Drumright, L. N., & Holmes, A. H. (2015). Towards changing healthcare workers' behaviour: a qualitative study exploring non-compliance through appraisals of infection prevention and control practices. *Journal of Hospital Infection*, 90(2), 126-134.
- 23.Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L., & Committee, H. I. C. P. A. (2007). Management of multidrug-resistant organisms in health care settings, 2006. *American Journal of Infection Control*, 35(10), S165-S193.
- 24.Strategy and Planning Division Ministry of Public Health, Thailand. (2013). Manual Health Office (1st ed.). Bangkok: The War Veterans Organization officer of Printing Mill. (In Thai)
- 25.Development of Clinical Pathway for Prevention and Control of Multidrug-Resistant Organisms Transmission in Hospital Nursing Journal volume 47 No.1 January-March 2020 137

26. The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grade of Recommendation Working Party. (2014). Supporting document for the Joanna Briggs Institute levels of evidence and grades of recommendation. Retrieved from <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Levels-of-Evidence>.
27. Wijtjammaree, N. (2011). Organization Communication (2nd ed.). Bangkok: Kasetsart University Press. (In Thai)
28. Wolstenholme, S. (2005). Pathway to success- the introduction of an integrated care pathway for delivery of care to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*- positive patients. *Journal of Infection Prevention*, 6(6), 20-24.
29. World Health Organization. (2014). Antimicrobial resistance global report on surveillance. Retrieved from <http://www.who.int/drugresistance/documents/surveillancereport/en/>
30. Zahar, J. R., Garrouste-Orgeas, M., Vesin, A., Schwebel, C., Bonadona, A., Philippart, F., ... Timsit, J. F. (2013). Impact of contact isolation for multidrug-resistant organisms on the occurrence of medical errors and adverse events. *Intensive Care Medicine*, 39(12), 2153-2160

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน Development of care model for stroke patients and transitional caregivers from hospital to home

(Received: August 23,2023 ; Revised: August 27,2023 ; Accepted: August 28,2023)

อินทิรา ภูสง่า¹ รัตนามั่นคง¹ อุไรรักษ์ ผาชา¹
Inthira Phusanga¹, Rattana Mankong¹, Urairak Phacha¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาใน Stroke Unit โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช เลิงนกทา จำนวน 30 คน และผู้ดูแล จำนวน 30 คน แบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำ และแบบประเมินความสามารถของผู้ดูแล ซึ่งเครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงโดยการคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลได้เท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติบรรยายและใช้สถิติที่

ผลการศึกษารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การดูแล 2 ระยะ คือ (1) ระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยประเมินความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล วางแผนการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน สอนเรื่องการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (2) ระยะการติดตามเยี่ยมที่บ้าน และการอำนวยความสะดวกทางโทรศัพท์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบสูงกว่าก่อนได้รับดูแลตามรูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.45, p < .05$) การกลับมารักษาซ้ำก่อนและหลังได้รับดูแลตามรูปแบบไม่มีความแตกต่างกัน และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนได้รับดูแลตามรูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.09, p < .05$)

คำสำคัญ : การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล ระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

ABSTRACT

This research was action research aimed to develop and evaluate the outcomes of a developed model of care for the elderly, stroke and transitional caregivers from hospital to home. The sample consisted of 30 elderly stroke patients admitted to the Stroke Unit, Somdej Phra Yuparaj Hospital, Leungnoktha, and 30 caregivers, using a specific type according to their qualifications. Data were collected from the patient and caregiver general record form. Assessment form for the ability to perform daily activities of stroke patients in the elderly record of re-treatment and a caregiver's competency assessment form All tools were checked for content validity by 3 experts. The validity was verified by calculating Cronbach's alpha coefficient of the caregiver's competency assessment form equal to .81. Descriptive statistics were analyzed and used t – test.

The results of the study The developed model consisted of 2 phases of care, namely (1) the phase in which the patients were admitted to the hospital. by assessing the needs of stroke patients and their caregivers Plan transitional care from hospital to home. Teach about transitional care from hospital to home (2) home follow-up period and convenience by phone. It was found that the mean score of the ability to perform daily activities of stroke elderly patients after receiving the pattern care was significantly higher than before receiving the pattern care ($t = -6.45, p < .05$) There was no difference between re-treatment before and after receiving the conventional care. and the mean

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงทา

score of caregiver's ability to care for patients was significantly higher than before taking care of the model ($t = -9.09$, $p < .05$).

Keywords: caring for elderly patients Stroke, carer, transition from hospital to home

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความบกพร่องของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด โดยมีอาการนานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองมีการแตก ตีบ หรืออุดตัน ทำให้เกิดการตายของเนื้อสมอง โดยอาการทางคลินิกจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว²⁰ พยาธิสภาพของโรคก่อให้เกิดปัญหาทั้งในระยะวิกฤตและระยะฟื้นฟูสภาพ ปัญหาที่พบในระยะวิกฤตจะทำให้มีอาการหมดสติ การทำงานของระบบหัวใจและระบบหายใจผิดปกติ และมีความดันในกะโหลกศีรษะสูง ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลในระยะวิกฤตที่ถูกต้องอาจทำให้เสียชีวิตได้⁹ แต่เมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤตอาการรบกวนทางระบบประสาทหรือความพิการที่เกิดขึ้นจะเริ่มคงที่ โดยความพิการที่พบ ได้แก่ ความบกพร่องในการสื่อสาร ผู้ป่วยจะพูดไม่ชัดหรือไม่สามารถพูดเป็นคำและประโยคได้ นอกจากนี้อาจพบอาการอ่อนแรงของร่างกายครึ่งซีกร่วมกับการเคลื่อนไหวลำบาก ผู้ป่วยบางรายอาจสูญเสียการทรงตัว มีความผิดปกติด้านการมองเห็น มีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยว การกลืน รวมทั้งการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระผิดปกติ (National Stroke Association [NSA], 2017) ความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงโดยร้อยละ 45 พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด¹³

การกลับมาใช้ชีวิตเป็นอิสระที่บ่งบอกถึงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะพบการกลับมารักษา ภายใน 30 วัน ได้ประมาณร้อยละ 9¹⁸ และในการศึกษาย้อนหลังพบว่า แม้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะรอดชีวิตจากความเจ็บป่วย แต่มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 53.5 ที่มีการกลับมารักษาภายในระยะเวลา 1 ปี และมีผู้ป่วยน้อยกว่าร้อยละ 15 ที่สามารถมีชีวิตรอด

ได้ถึง 5 ปี ภายหลังการเจ็บป่วย⁴ ผลของการกลับมารักษาจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการที่รุนแรงขึ้น และพบอัตราการตายหลังกลับมารักษาสู่ถึงร้อยละ 56.2 หรือ 1.5 เท่า เมื่อเทียบกับการรักษาครั้งแรก (สมศักดิ์, 2554) และผู้ป่วยที่รอดชีวิตที่เหลือส่วนใหญ่จะอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้ดูแล

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายโซนเหนือ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ 120 เตียง เป็นสถานพยาบาลที่เข้าร่วมระบบ Health Link สามารถเชื่อมโยงข้อมูลการรักษากับโรงพยาบาลอื่นๆ ผู้ป่วยไม่ต้องกลับไปขอข้อมูลที่โรงพยาบาลเดิม เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาให้ดีขึ้น แพทย์สามารถดูข้อมูลการรักษาจากโรงพยาบาลอื่น ลดขั้นตอนการตรวจวินิจฉัย เพิ่มความรวดเร็วในการรักษา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จัดตั้ง Stroke unit หอผู้ป่วยสามัญ เพื่อรองรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบไม่ฉุกเฉิน เป้าหมายหลักในการจัดตั้ง Stroke unit คือ รับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบไม่ฉุกเฉิน (Stroke Non Fast tract) รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เริ่มต้นจะรับไว้ 4 เตียง ที่ ward รวมลดการส่งตัวต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบไม่ฉุกเฉินไปโรงพยาบาลจังหวัด การรักษาผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน การป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ การทำกายภาพและฟื้นฟูผู้ป่วยหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน การติดตามต่อเนื่อง จากข้อมูลสถิติที่ผ่านมารับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2562 -2564 จำนวน 170, 184 และ 169 ราย ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยกลับมาได้รับการรักษาซ้ำใน 3 เดือน ด้วยสาเหตุภาวะปอดอักเสบที่มีสาเหตุมาจากการสำลัก ร้อยละ 54 การเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 21 และภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 15 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เหล่านี้เป็นผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น จากการดูแลที่ไม่ถูกต้อง จากการวางแผนจำหน่ายที่ไม่ชัดเจน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยประยุกต์ใช้การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนเลอร์และคณะ^{15,16,17} ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นรายกรณีอย่างสมบูรณ์ และวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและบุคลากรทีมสุขภาพ รวมถึงติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยกำหนดการดูแลครอบคลุม 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล (hospital visits) ซึ่งขั้นตอนดำเนินการประกอบด้วย (1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อการวางแผนการจำหน่ายอย่างสมบูรณ์ (2) วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยวางแผนจำหน่ายเป็นรายบุคคล และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล (3) ปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายที่วางไว้ เป็นการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยมีการให้ความรู้ ฝึกทักษะ และ (4) เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการทบทวนความรู้ ทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันการฟื้นฟูสภาพ และปรับปรุงแผนการจำหน่ายภายใน 24 ชั่วโมงก่อนจำหน่าย และระยะที่ 2 เป็นระยะการเยี่ยมที่บ้าน และการอำนวยความสะดวกทางโทรศัพท์ (home visits and telephone availability) ขั้นตอนการดำเนินการประกอบด้วย (1) การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหลังจำหน่าย (2) การเยี่ยมทางโทรศัพท์ และบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยผู้วิจัยหวังผลให้การศึกษาครั้งนี้ เป็นประโยชน์สำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ตลอดจนผู้ดูแลได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลอย่างเหมาะสม ส่งผลต่อการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดการกลับมารักษาใน

โรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน มีผลลัพธ์ดีขึ้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านที่เข้ารับการรักษารักษาใน Stroke Unit โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงทา จำนวน 30 คน และผู้ดูแล จำนวน 30 คน ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2564 ถึงเดือน มิถุนายน 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษารักษาในหอ Stroke Unit โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนทา แบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือด

สมอง จำนวน 30 คน และผู้ดูแล จำนวน 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่าง 60 คน ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับน้อย (5-8 คะแนน) และปานกลาง (9-11 คะแนน) โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ของ จิตะพันธ์กุล กมลรัตนกุล และเอบราฮิม¹⁰ และมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัยวิธีการศึกษา/การดำเนิน

เกณฑ์การคัดออกผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารักษาผ่านช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (stroke fast track) และได้รับยาละลายลิ่มเลือดอาร์ที พีเอ (rt-PA) อาการของโรคหลอดเลือดสมองรุนแรงขึ้นทำให้ผู้ป่วยต้องย้ายเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก . ไม่สามารถติดต่อได้ภายหลังการจำหน่าย และถอนตัวระหว่างการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และสิทธิการรักษาพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษา ประกอบด้วย วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล โรคประจำตัว ระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน อุปสรรค การแพทย์ที่ผู้ป่วยใช้ การรับประทานอาหาร การรักษาที่สำคัญ และสรุปปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือและดูแลต่อเนื่อง

1.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบประเมินของจิตะพันธ์กุล กมลรัตนกุล และเอบราฮิม¹⁰ แปลมาจากแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของมาร์โฮนี และบาร์เทล¹²

ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ (1) การรับประทานอาหาร (2) การล้างหน้า หวีผมและโกนหนวด (3) การลุกจากเตียงไปยังเก้าอี้ หรือการลุกนั่งจากที่นอน (4) การใช้ห้องสุขา (5) การเคลื่อนที่ภายในบ้าน หรือภายในห้อง (6) การสวมใส่เสื้อผ้า (7) การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น (8) การอาบน้ำ (9) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และ (10) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การให้คะแนนมาจากการสังเกต การสอบถาม และให้คะแนนตามลำดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งในแต่ละกิจกรรมมีคะแนนต่างกันขึ้นอยู่กับความต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมนั้นๆ โดยมีสัดส่วนการให้คะแนน เมื่อนำคะแนนทั้ง 10 กิจกรรมมารวมกันจะได้คะแนนอยู่ในช่วง 0 - 20 คะแนน

1.3 แบบบันทึกการกลับมาพักในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใช้สำหรับบันทึกข้อมูลการกลับมาพักภายใน 30 วันหลังเก็บข้อมูล ทั้งนี้ในผู้ป่วยแต่ละรายไม่ว่ากลับมาพักกี่ครั้งจะนับเป็นการกลับมาพัก 1 คน

1.4 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย และความต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล/ทีมสุขภาพ

1.5 แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของจารึก ธาณิรัตน์ (2545) เพื่อประเมินการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย ความสามารถในการดูแล 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน 13 ข้อ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 10 ข้อ การฟื้นฟูสุขภาพ 5 ข้อ การดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วย 7 ข้อ รวมทั้งหมด 35 ข้อ แบ่งการให้คะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน เท่ากับ 0 คะแนน ไม่ปฏิบัติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม มีการดำเนินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ดังต่อไปนี้

1. แบบประเมินความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยดูแล เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด เพื่อสอบถามเกี่ยวกับความต้องการข้อมูล ความช่วยเหลือ การสอนเกี่ยวกับทักษะความสามารถต่างๆ ได้แก่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และความต้องการข้อมูลอื่นๆ

2. แผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เป็นแผนการดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยดูแลที่แบ่งระยะการดูแลเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล และระยะติดตามเยี่ยมที่บ้าน และการอำนวยความสะดวกทาง

3. แผนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านสำหรับผู้วิจัย ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านนี้มีเครื่องมือประกอบการทดลอง และสื่อประกอบ ดังนี้ โทรศัพท์ การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลด้านจิตใจ

4. สื่อนำเสนอภาพนิ่ง เรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ใช้ประกอบการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหาได้ง่ายยิ่งขึ้น ซึ่งมีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอนสำหรับผู้วิจัย

5. สื่อคลิปวิดีโอ 10 เรื่อง ดังนี้ 1) สาธิตการอาบน้ำผู้ป่วยบนเตียง 2) สาธิตการอาบน้ำผู้ป่วยบนเตียง 3) สาธิตการทำความสะอาดผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะเพศชาย 4) สาธิตการอาบน้ำผู้ป่วยบนเตียง 3) สาธิตการทำความสะอาดผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะเพศหญิง 5) สาธิตการดูแลแผลผู้ป่วยที่เจาะคอ 6) สาธิตการล้างแผลผู้ป่วยที่เจาะคอ 7) สาธิตการป้อนอาหารทางสายยาง 8) สาธิตการล้างแผลผู้ป่วยมี

แผลกดทับ 9) สาธิตการดูแลช่องปากผู้ป่วยติดเตียง 10) สาธิตการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย ผู้วิจัยส่งคลิปวิดีโอให้ผู้ดูแลผ่านช่องทางโทรศัพท์เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ใช้เปิดดูคลิปวิดีโอและให้ปฏิบัติตามคลิปวิดีโอ การสาธิตในเรื่องนั้นๆตามปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจเนื้อหาได้ง่ายและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยยิ่งขึ้น

6. คู่มือสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยดูแล ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีเนื้อหาสอดคล้องกับสื่อนำเสนอภาพนิ่ง และสอดคล้องกับแผนการสอนสำหรับผู้วิจัย โดยเนื้อหาในคู่มือจะมีความกระชับ เข้าใจง่าย และผู้วิจัยจะมอบให้กลุ่มตัวอย่างหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนและศึกษาด้วยตนเอง

7. สมุดประจำตัวผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสมุดที่บันทึกข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย และบันทึกต่อเนื่องเมื่อมีการติดตามเยี่ยมบ้าน

8. แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน ใช้เพื่อบันทึกสภาพผู้ป่วยและผู้ป่วยดูแล ปัญหาต่างๆ ที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ป่วยดูแล และคำแนะนำที่ได้รับจากผู้วิจัย เครื่องมือนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้ คือ สภาพผู้ป่วย สภาพผู้ป่วยดูแล ปัญหาที่พบในการติดตามเยี่ยมบ้านในครั้งนี้ ข้อเสนอแนะที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับจากผู้วิจัย และการนัดครั้งต่อไป

9. แบบบันทึกการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ใช้ประเมินและติดตามสภาพผู้ป่วยและผู้ป่วยดูแลและปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ป่วยดูแลทางโทรศัพท์ เครื่องมือนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้ คือ อาการของผู้ป่วยหลังการจำหน่าย ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยหรือความต้องการของผู้ป่วยและผู้ป่วยดูแลเพิ่มเติม ข้อเสนอแนะและคำแนะนำที่ได้รับจากผู้วิจัย และการนัดหมายทางโทรศัพท์ครั้งต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ ความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง

เหมาะสมของการใช้ภาษาความครอบคลุมของเนื้อหา รูปแบบของกิจกรรมและเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยระยะเปลี่ยน ผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน รวมถึงสื่อที่ใช้ประกอบใน รูปแบบการดูแล ได้แก่ แบบประเมินความต้องการ ของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วย แขนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและ ผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน สื่อ นำเสนอภาพนิ่ง สื่อคลิปวิดีโอง่ายๆ คู่มือสำหรับ ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วย แขน ประจำตัวผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบ บันทึกรักษาติดตามเยี่ยมบ้าน และแบบบันทึกการ โทรศัพทติดตามเยี่ยม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือด สมอง 1 ท่าน 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ และคณะ 1 ท่าน และ 3) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน ผู้วิจัย นำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และ แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ไปทดลองใช้กับผู้ป่วย สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วนำมา หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค(Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า ความเที่ยงเท่ากับ .81 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับ (Polit & Beck, 2012) คำนวณหาค่าความเที่ยงจาก ความ สอดคล้องภายในของแบบประเมินโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 ซึ่ง เป็นค่าที่ยอมรับ (Polit & Beck, 2012)

ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

จากรายงานสถิติ ความเสี่ยงสำคัญใน โรงพยาบาล ตัวชี้วัดสำคัญที่ส่งผลต่ออัตราการเกิด การกลับมาได้รับการรักษาซ้ำใน 28 วัน โดยใช้ กระบวนการศึกษาทั้งหมด 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วย สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยระยะเปลี่ยน ผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านใน Stroke Unit โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนก เก็บข้อมูล ระหว่างเดือน กันยายน 2563 – ตุลาคม พ.ศ. 2563 โดยมีการประชุมเพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ สถานการณ์โดยการมีส่วนร่วม

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจาก โรงพยาบาลสู่บ้าน ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2563 - ธันวาคม 2563 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ ได้จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรค หลอดเลือดสมองและผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจาก โรงพยาบาลสู่บ้านมาสังเคราะห์รูปแบบร่วมกับทีม พัฒนารูปแบบ ประกอบด้วยการดูแล 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (hospital Visits) ผู้วิจัยติดต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล และให้การดูแลทุกวัน จนกระทั่งจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล

ระยะการติดตามเยี่ยมที่บ้าน และการอำนวยความสะดวกทางโทรศัพท์ (home visits and telephone availability)

ระยะที่ 3 นำรูปแบบที่ได้รับการพัฒนามาใช้ กับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยระยะ เปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านที่มารับบริการที่ Stroke Unit โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ตั้งแต่เดือนมกราคม 2564 - มิถุนายน 2564 ตาม กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรค หลอดเลือดสมองและผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจาก โรงพยาบาลสู่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือด

เลือดสมองก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามรูปแบบฯ ด้วยสถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มอิสระต่อกัน (Independent t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลภายหลังการได้รับการดูแลตามรูปแบบฯ ด้วยสถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มอิสระต่อกัน (Independent t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการพัฒนาแบบผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนการพัฒนาแบบฯ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการพัฒนาแบบผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (N = 30)

ประเด็น	ก่อนพัฒนารูปแบบ		หลังพัฒนารูปแบบ		t	P-value
	M	SD	M	SD		
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	7.50	2.11	9.47	3.21	-6.45	0.00
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล	54.13	3.09	61.60	3.26	-9.09	.000

จากตารางที่ 1 พบว่า

การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการพัฒนาแบบผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนการพัฒนาแบบฯ (M = 9.47, SD = 3.21) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -6.45, p < .01)

คะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ก่อนและหลังการพัฒนาแบบผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -9.09, p < .01)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ก่อนและหลังการพัฒนาแบบผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -9.09, p < .01) ทั้งนี้เนื่องจาก รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ได้กำหนดการดูแลเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายภายใน 3-5 วัน) ในวันที่ 1 จะมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล วันที่ 2 ร่วมกันกับบุคลากรทีมสุขภาพประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละราย วันที่ 3-5 เตรียมความพร้อมและปรับปรุงแผนการจำหน่ายผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงก่อนจำหน่าย

ระยะที่ 2 ระยะการเยี่ยมบ้าน จะติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ในวันที่ 7 หลังเก็บข้อมูลครั้งแรก และเยี่ยมวันที่ 30 นอกจากนี้ยังมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในวันที่ 14 และวันที่ 21 สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง 3) การปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายที่วางไว้ และ 4) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านและทางโทรศัพท์ โดยสื่อที่ใช้ประกอบการสอน ได้แก่ สื่อนำเสนอภาพนิ่ง เรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและคู่มือสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แบบบันทึกการกลับมารักษา และแบบประเมินความสามารถของผู้ดูแล

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับน้อยถึงปานกลาง ผลการวิจัยจึงไม่สามารถอ้างอิงไปยังผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับอื่น

ข้อเสนอแนะ

ควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลยังเครือข่ายบริการ เพราะผลการวิจัยสามารถพิสูจน์ให้เห็นว่าการใช้รูปแบบการดูแลนี้สามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ตลอดจนสามารถเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้

เอกสารอ้างอิง

1. วาสนา มูลฐิ, สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และสิริรัตน์ สิลจารัส. (2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย. วารสารสภาการพยาบาล , 31(1), 95-110.
2. สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2554). Recurrent Ischemic stroke in Srinagarind Hospital. วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 6(3), 31-38.
3. สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และสิริรัตน์ สิลจารัส. (2559). การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข , 30(3), 84-101.
4. Bravata, D. M., Ho, S. Y., Meehan, T. P., Brass, L. M., & Concato, J. (2015). Readmission and death after hospitalization for acute ischemic stroke: 5-year follow-up in the medicare population. Stroke, 38(6), 1899-1904. doi.org/10.1161/STROKEAHA.106.481465
5. Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed., pp.54- 55). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- 6.Coleman, E. A., & Boulton, C. (2003). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 556-557
- 7.Dharmasaroja, P. (2012). Ischemic stroke. Bangkok: Jaransanitwong.
- 8.Farahvar, A., Gerber, L. M., Chiu, Y. L., Carney, N., Härtl, R., & Ghajar, J. (2012). Increased mortality in patients with severe traumatic brain injury treated without intracranial pressure monitoring. *Journal of Neurosurgery*, 117(4), 729-734. doi: 10.3171/2012.7.JNS111816Grove, Burns & Gray, 2013
- 9.Hickey, J. V. (2014). *The clinical practice of neurological and neurological nursing* (7th ed.). Philadelphia : Lippincott.
- 10.Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P. & Ebrahim, S. (1994). The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. *Age and Ageing*, 23(2), 97-101. doi: 10.1093/ageing/23.2.97.
- 11.Li, J., Zhang, P., Wu, S., Wang, Y., Zhou, J., Yi, X., & Wang, C. (2019). Stroke-related complications in large hemisphere infarction: incidence and influence on unfavorable outcome. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*, 12(3), 224-235.
- 12.Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index: a simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland State Medical Journal*.
- 13,National Stroke Association. (2017). Effects of stroke. retrieved from <http://www.stroke.org/site/PageServer?pagename=effects>
- 14.Naylor, M. D. (2006). Transitional care: a critical dimension of the home healthcare quality agenda. *Journal for Healthcare Quality*, 28(1), 48-54.
- 15.Naylor, M. D., Brooten, D., Campbell, R., Jacobsen, B. S., Mezey, M. D., Pauly, M. V., & Schwartz, J. S. (1999). Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *Jama*, 281(7), 613-620.
- 16.Naylor, M. D., Brooten, D. A., Campbell, R. L., Maislin, G., McCauley, K. M., & Schwartz, J. S. (2004). Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(5), 675-684.
- 17.Naylor, M., Brooten, D., Jones, R., Lavizzo-Mourey, R., Mezey, M., & Pauly, M. (1994). Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly: a randomized clinical trial. *Annals of Internal Medicine*, 120(12), 999-1006
- 18.Suri, M. F. K., & Qureshi, A. I. (2013). Readmission within 1 month of discharge among patients with acute ischemic stroke: results of the University Health System Consortium Stroke Benchmarking study. *Journal of Vascular and Interventional Neurology*, 6(2), 47.
- 19.Wang, Y., Yang, F., Shi, H., Yang, C., & Hu, H. (2017). What Type of Transitional Care Effectively Reduced Mortality and Improved ADL of Stroke Patients? A MetaAnalysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(5), 510-518.

20. World Health Organization. (2021). Stroke Cerebrovascular accident health topic. retrieved from http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/
21. Yan, T., Liu, C., Li, Y., Xiao, W., Li, Y., & Wang, S. (2018). Prevalence and predictive factors of urinary tract infection among patients with stroke: a metaanalysis. *American Journal of Infection Control*, 46(4), 402-409

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต Development of nursing practice guidelines for the prevention of acute disorientation in critically ill patients

(Received: August 23,2023 ; Revised: August 27,2023 ; Accepted: August 28,2023)

อริญญา ศรีทวงษ์¹

Aranya Srihavong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเพ็ญ กลุ่มตัวอย่างผู้ได้รับ CPG-PDC ดำเนินการระหว่างเดือนระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 – เมษายน พ.ศ. 2565 จำนวน 52 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ CPG-PDC และแบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และ Multivariable risk difference regression

ผลการวิจัย พบว่า CPG-PDC มีสาระสำคัญ 6 หมวด คือ 1) การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินปัจจัยเสี่ยงและเฝ้าระวังภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยการประเมินปัจจัยเสี่ยงจากโปรแกรมประยุกต์ และจากเครื่องมือ (CAM-ICU) 3) การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน ใช้มาตรการรูปแบบไม่ใช้ยา Care bundle ABCDEF 4) การให้ความรู้แก่บุคลากรทีมสุขภาพ 5) การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและการบันทึก และ 6) การพัฒนาคุณภาพบริการ เมื่อใช้ CPG-PDC จำนวน 52 ราย พบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันลดลงเหลือเพียง 15 ราย (ร้อยละ 14.20) และระยะเวลาผู้ป่วยเกิดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เฉลี่ยลดลงเหลือ 0.9 เวรต่อราย

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติทางการพยาบาล การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต

ABSTRACT

This research was action research aimed to develop and evaluate the nursing practice guideline for the prevention of sudden disorientation in critically ill patients. Phen Hospital A sample of 52 people receiving CPG-PDC was conducted between October 2021-April 2022. The CPG-PDC and the incidence record form of acute delirium were used. Descriptive statistics were used for general data: percentage, mean, standard deviation, Independent t-test and Multivariable risk difference regression.

The research results showed that CPG-PDC had 6 main areas: 1) protection of patients' rights and ethics; 2) risk factor assessment and surveillance of acute confusional state. by assessing risk factors from applications and from tools (CAM-ICU) 3) prevention of acute confusional state Implement non-drug measures. Care bundle ABCDEF 4) health team personnel education 5) ongoing care monitoring and recording. And 6) Service quality improvement When using CPG-PDC of 52 cases, the incidence of acute confusion was reduced to 15 cases (14.20%) and the duration of the incidence of acute confusion was reduced to 15 cases (14.20%). The average dropped to 0.9 shifts per person.

Keywords: nursing practice guidelines Prevention of acute disorientation in critically ill patients

บทนำ

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต
(Intensive care unit delirium: ICU delirium) เป็น

กลุ่มอาการที่พบได้บ่อยมีลักษณะประกอบด้วย
อาการเริ่มต้นที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและมีการ
เปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาของวัน ขาดความตั้งใจและ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลเพ็ญ อ.เพ็ญ จ.อุดรธานี

ขาดสมาธิ ความคิดไม่เป็นระบบและการรับรู้ผิดปกติไป หรือมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว⁶ สาเหตุเกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทที่ไปควบคุมสติปัญญา พฤติกรรม และอารมณ์ของผู้ป่วย¹⁴ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแบ่งเป็นปัจจัยหลัก 2 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยชักนำ (Predisposing factors) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอยู่เดิมก่อนเข้ารับการรักษา ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคล ได้แก่ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่มีการสูบบุหรี่หรือดื่มสุราเป็นประจำ และปัจจัยจากโรคเรื้อรัง¹⁸ 2) ปัจจัยเร่งให้เกิด (Precipitating factors) ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกิดภายหลังเข้ารับการรักษา ประกอบด้วย ปัจจัยจากการเจ็บป่วยวิกฤตเฉียบพลัน³¹ และปัจจัยจากสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนักซึ่งสามารถป้องกันได้ ได้แก่ การถูกแยกจากครอบครัวและบุคคลที่รัก การที่ต้องเข้ามาอยู่ในที่ไม่นอนเคย การมีระเบียบวิธีปฏิบัติที่เข้มงวดในการรักษาผู้ป่วย³¹ มีหลายสาเหตุร่วมกัน ผู้ป่วยจะมีการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมลดลงร่วมกับมีสมาธิและความสนใจลดลง ไม่สามารถรักษาระดับของความสนใจให้คงที่ (maintain attention) รวมทั้งเสียระดับความรู้สึกตัว (consciousness) และความสนใจ (attention) อาการนำของผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้แก่ กระสับกระส่าย วิตกกังวล หงุดหงิด บางรายไวต่อสิ่งเร้า ในขณะที่บางรายมีอาการง่วงนอนและมีประสาทหลอน อาจมีฝันร้ายได้ ช่วงนี้อาจกินเวลานานตั้งแต่หลายชั่วโมงจนถึงหลายวัน²⁷ อาการของผู้ป่วยมักแย่ลงในเวลากลางคืน เรียกว่า sundowning syndrome ในขณะนั้นผู้ป่วยมักมีความคิดหลงผิด ประสาทหลอน เพ้อหลอน วิตกกังวลหรือหงุดหงิด¹⁰

เมื่อเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาวในระยะสั้น พบว่า ผู้ป่วยมักจะได้รับผลกระทบที่มีแบบแผนการนอนที่ผิดปกติ มีการดิ่งสายต่าง ๆ ที่สอดใส่ไว้ในตัวผู้ป่วยเพื่อการรักษาพยาบาลโดยไม่ได้ตั้งใจ เช่น สายให้น้ำเกลือ สายสวนปัสสาวะ ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น ทำให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและมีอัตราการเสียชีวิต

สูงขึ้น ในระยะยาวพบว่าเมื่อเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันส่งผลให้พร่องการรู้คิดและความจำความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง เกิดภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น เกิดสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนักซึ่งสามารถป้องกันได้ ได้แก่ การถูกแยกจากครอบครัวและบุคคลที่รัก การที่ต้องเข้ามาอยู่ในที่ไม่นอนเคย การมีระเบียบวิธีปฏิบัติที่เข้มงวดในการรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักจะมีแสงสว่างตลอดเวลาทำให้รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย²⁹ เสี่ยงที่ดิ่งรบกวนจากบุคลากรและอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตนอนไม่หลับ¹¹ อาการปวดที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยวิกฤต⁹ ขาดการรับรู้กาลเวลา สถานที่ และสภาพแวดล้อมภายนอกหอผู้ป่วยหนัก¹² ปัจจัยเสี่ยงที่กล่าวข้างต้น ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้มากขึ้น⁶ ผลกระทบที่เกิดจากภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้ เนื่องจากผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ภาวะสับสนจะทำให้ผู้ป่วยดึงเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ช่วยชีวิต ได้แก่ ดึงท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์การรักษาออก เสี่ยงต่อการพลัดตกจากเตียง⁶ ส่งผลต่อการฟื้นฟูที่ช้าลงและต้องนอนในหอผู้ป่วยหนักนานขึ้น รวมถึงระยะเวลาที่นอนในโรงพยาบาลที่จะเพิ่มขึ้น และทำให้อัตราตายสูงขึ้น²⁴ บุคลากรผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตราย หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ต่อสู หรือทำร้าย⁹ ส่งผลต่อครอบครัวและญาติเกิดความกลัวและวิตกกังวลมากขึ้น¹⁵

โรงพยาบาลเพ็ญเป็นโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลระดับแม่ข่ายที่เปิดให้บริการหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมให้บริการผู้ป่วยวิกฤตด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมวิกฤตที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยหนักโดยมีสถิติการเข้ารับบริการจากปี 2562 – 2563 เท่ากับ 222,273 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารอบปฏิบัติการการดึงอุปกรณ์ ดึงท่อช่วยหายใจ จำนวน 7 ครั้งและ 8 ครั้ง

การป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้รับการยอมรับว่าเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ปัจจุบันมีการศึกษาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างต่อเนื่อง ทั้งการค้นหาลดปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และพบว่าผลจากการใช้แนวปฏิบัติดังกล่าวทำให้การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันลดลง¹ แต่ทางหอผู้ป่วยหนักยังไม่มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และยังไม่มีแนวทางปฏิบัติใดที่มีความเฉพาะกับบริบท ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความเห็นว่าควรมีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยจัดให้มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤตที่มีความชัดเจนจะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลมีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความตระหนักมีทัศนคติที่ดีต่อการรับรู้การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันพยาบาลมีแนวทางในการดูแลได้พัฒนาความรู้ในการดูแลอันจะมีผลต่อการประเมินการวินิจฉัยและการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างมีประสิทธิภาพ ลดผลกระทบจากภาวะนี้และทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนัก
2. เพื่อศึกษาผลของพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนัก

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติ และขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลแนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาล

วิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 – เมษายน พ.ศ. 2565

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ได้ประยุกต์ขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย²¹ มากำหนดเป็น ขั้นตอนการศึกษา 3 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเพ็ญ จำนวน 10 รายวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเพ็ญ ผู้วิจัยจัดการสนทนากลุ่ม (focus groups) สัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยหนัก ใช้เวลารวมกันทั้งหมดครั้งละ 1 ชั่วโมง เพื่อค้นหาปัญหาและศึกษาสถานการณ์ในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และตรวจสอบความถูกต้องของประเด็นศึกษา

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบ

กระบวนการที่ 1 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก CPG-PDC วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกให้มีความทันสมัย มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้ และสอดคล้องกับบริบทของหอผู้ป่วย โดยประเมินจากคะแนน (Richmond Agitation Sedation Scale: RASS, 2002) > -3 คะแนน (Dongkaew, 2011)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ประกอบด้วย กิจกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ 7 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไข และขอบเขตการดำเนินงาน ผู้วิจัยเลือกเรื่องที่มีความสำคัญต่อหน่วยงานและเฉพาะเจาะจงพิจารณาจากประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น มีจำนวนมาก (High

volume) มีความเสี่ยงสูง (High risk) และผลลัพธ์ที่เกิดอันตรายสูงต่อผู้ป่วย นำมากำหนดหัวข้อการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำปาง โดยได้รับความเห็นชอบในหลักการจากทีมผู้บริหารของกลุ่มงานการพยาบาล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

กิจกรรมที่ 2 กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก จากสหสาขาวิชาชีพ ผู้วิจัยประสานงานกับบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องเป็นรายบุคคลเพื่อปรึกษา และเชิญร่วมเป็นทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก และได้รับการตอบรับด้วยความสนใจ แต่งตั้งบุคลากรเข้าร่วมทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน และเภสัชกร 1 คน รวมทั้งสิ้น 5 คน

กิจกรรมที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์ทางสุขภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกโดยทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก และผู้วิจัยร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ที่มีความชัดเจน สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และกำหนดผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการให้การดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ครอบคลุมทุกเป้าหมาย

กิจกรรมที่ 4 ทบทวนวรรณกรรม เพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด โดยทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกและผู้วิจัยร่วมประชุมวางแผนการสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์และหลักฐานความรู้ ที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งกำหนดระดับความน่าเชื่อถือ (Quality of evidence) และคุณภาพของหลักฐาน ความรู้ เชิง ประจักษ์ (Strength of recommendation) ในการนำไปปฏิบัติ ตามเกณฑ์ของ Joanna Briggs Institute (JBI) (2013) จากหลักฐานเชิงประจักษ์ 42 ฉบับ โดยกรรมการได้จัดประชุม 3 ครั้ง ประเมินจัดคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ และปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

กิจกรรมที่ 5 ยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกและผู้วิจัยดำเนินการ

รวบรวม ข้อเสนอจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการคัดเลือกและประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์พิจารณาทำการยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต โดยกำหนดเนื้อหาสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิก จัดเป็นหมวดหมู่ 6 องค์ประกอบ จากนั้นสอบถามผู้ปฏิบัติ (แบบสอบถามพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ) โดยประเมินความเห็นของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 18 คน พบว่าแนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ใช้ได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วย และผู้ให้การดูแลมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติร้อยละ 87 สำหรับความสะดวกในการใช้ร้อยละ 88.9 ใช้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อนร้อยละ 94.4 พยาบาลหรือทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 90.7 และประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลร้อยละ 96.3 โดยภาพรวมของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติเฉลี่ยทุกหัวข้อร้อยละ 91.42

กิจกรรมที่ 6 การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ รูปเล่มแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับยกร่างนำมาให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในประเด็นทางคลินิก (ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต) แพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในประเด็นทางคลินิก (หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม) 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกคืออาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ประเมินความตรงตามเนื้อหา (Content validity) พบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ทุกรายการมากกว่า .05 และปรับปรุงเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางคลินิกตามข้อเสนอแนะจัดทำคู่มือการประเมินภาวะซึม

กิจกรรมที่ 7 นำร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 5 รายใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นนำผลการรับฟังความคิดเห็นมาประชุมร่วมกัน เพื่อปรับแก้แนวปฏิบัติทางคลินิกตามความเห็น ร่วมสรุปและจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สมบูรณ์พร้อมกระบวนการหรือกระสับกระส่าย (RASS) คู่มือประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต (CAM-ICU) คู่มือการ

ส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต คู่มือการจัดการอาการปวด คู่มือการเคลื่อนไหวร่างกายและออกกำลังกายผู้ป่วยวิกฤต คู่มือการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และคู่มือการสนับสนุนด้านการรับรู้ผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นรายละเอียดความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ที่พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติต้องการให้ขยายความให้เกิดความเข้าใจยิ่งขึ้น

กระบวนการที่ 2 ขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติ CPG-PDC ไปใช้ ระหว่างเดือนมกราคม ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ.2565 มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความร่วมมือระหว่างบุคคล และทีมสุขภาพจึงจะเกิดประสิทธิผลได้ตามต้องการ รวมทั้งต้องใช้กลยุทธ์หลายอย่างร่วมกัน เพื่อเกิดการเปลี่ยนแปลง

กระบวนการที่ 3 ขั้นตอนการประเมินผลผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก CPG-PDC ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2565– เมษายน พ.ศ. 2565 มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการใช้ และประเมินผลตามกรอบ ²¹ ซึ่งประกอบด้วย 1) การจัดพิมพ์และเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ 3) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกหน่วยงาน

เครื่องมือ คือ แนวปฏิบัติทางคลินิก CPG-PDC และแบบบันทึกผลลัพธ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มใช้และไม่ใช้ CPG-PDC

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงบรรยาย Chi square test และวิเคราะห์ประสิทธิผลของการใช้ CPG-PDC ด้วยการปรับอิทธิพล Multivariable risk difference regression และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เกิดอุบัติเหตุด้วยด้วย Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้ชี้แจง

วัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมถึงให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริงผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพ รวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียอมรับเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่ม ตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ผลการวิจัย

ปัญหาและสถานการณ์ พบว่า จากการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าพยาบาลวิชาชีพพบว่าผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษามีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ง่าย เป็นปัญหาที่มีความสำคัญและก่อให้เกิดความยากลำบากในการดูแล (ร้อยละ 100) พยาบาลวิชาชีพไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในหอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยไม่มีแนวปฏิบัติในการประเมินหรือการดูแลเป็นลายลักษณ์อักษร ปัญหาอุปสรรคและสิ่งที่ต้องการพัฒนา คือ การฝึกอบรม การให้ความรู้ และสร้างแนวปฏิบัติที่มีมาตรฐาน

การสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลประจำการเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้แบบสอบถามสำรวจความคิดเห็นที่ผู้สีกษาสร้างขึ้น พบว่า พยาบาลทั้งหมดยังไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลันมาก่อน ร้อยละ 72.22 มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันระดับปานกลาง ร้อยละ 61.11 มีความรู้และทักษะ ในการพยาบาลเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตระดับปานกลาง ร้อยละ 66.67 มีความคาดหวังต่อการมีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตอยู่ในระดับมาก และร้อยละ 61.1 เห็นด้วยอย่างมากต่อการมีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ในเดือนมีนาคม-กันยายน พ.ศ. 2564 พบว่า สัดส่วนของการบันทึกลักษณะอาการและอาการแสดงรวมทั้งแนวทางการรักษาล้ำกับภาวะสับสนฉับพลันในแบบบันทึกความก้าวหน้าของแพทย์และแบบบันทึกทางการแพทย์บาลที่ได้รับการวินิจฉัยเพียงร้อยละ 27.28 ผู้ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันมีอายุเฉลี่ย 77.41 ปี วันนอนเฉลี่ย 7.23 วัน และพบอุบัติการณ์ดังสาย ดังท่อช่วยหายใจ 3 ราย เกือบตกเตียง 2 ราย

ประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบ พบว่ากลุ่มไม่ใช้ CPG-PDC จำนวน 52 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.54 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 51.92 มีความผิดปกติระบบทางเดินหายใจและปอด

ร้อยละ 40.38 มีระดับความรู้สึกตัว GCS อยู่ระหว่าง 13 - 15 คะแนนร้อยละ 55.77 มีการประเมินคะแนน RASS ส่วนใหญ่เป็นรู้สึกตัวดีและสงบอยู่ในระดับคะแนนเท่ากับ 0 ร้อยละ 60.33 สำหรับกลุ่มใช้ CPG-PDC จำนวน 52 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.69 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 46.15 ส่วนใหญ่มีความผิดปกติระบบทางเดินหายใจและปอดร้อยละ 38.46 มีระดับความรู้สึกตัว GCS อยู่ระหว่าง 13 - 15 คะแนน ร้อยละ 59.62 คะแนน ภาวะซึม สับสน หรือ กระวนกระวายส่วนใหญ่อยู่ในระดับคะแนนเท่ากับ 0 คิดเป็นร้อยละ 55.77 โดยข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในประเด็นโรคที่ได้รับการวินิจฉัยด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 1 ประสิทธิภาพของ CPG-PDC ของกลุ่มใช้และไม่ใช้ CPG-PDC ด้วย Chi square test (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ไม่ใช้ CPG-PDC (n= 52)		ใช้ CPG-PDC (n= 50)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลัน					
1 - 5 ปัจจัย	20	38.46	23	44.23	<0.001
6 - 10 ปัจจัย	32	61.54	29	55.77	
การใช้นอนหลับ					
ไม่ใช้ยา (ราย)	29	55.77	28	53.85	0.706
ใช้ยา (ราย)	23	44.23	24	46.15	
การใช้ยาระงับประสาท					
ไม่ใช้ยา (ราย)	20	38.46	23	44.23	0.853
ใช้ยา (ราย)	32	61.54	29	55.77	
การใช้ยาระงับปวด					
ไม่ใช้ยา (ราย)	23	44.23	28	53.85	<0.001
ใช้ยา (ราย)	29	55.77	24	46.15	

จากตาราง 3 พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลันทั้งกลุ่มใช้และไม่ใช้ CPG-PDC มีความแตกต่างกันโดยกลุ่มใช้ CPG-PDC ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลันระดับปานกลางร้อยละ 59.62 รองลงมาที่มีความเสี่ยงระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 40.38 สำหรับกลุ่มไม่ใช้ CPG-PDC ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง ร้อยละ 57.69 ทั้งสองกลุ่มส่วน

ใหญ่ไม่ใช้นอนหลับและไม่ใช้ยาต้านอาการทางจิตสำหรับการใช้ยาระงับปวด พบว่า กลุ่มไม่ใช้ CPG-PDC ส่วนใหญ่ไม่ใช้ยาระงับปวด ร้อยละ 53.85 สำหรับกลุ่มใช้ CPG-PDC ส่วนใหญ่ใช้ยาระงับปวดถึงร้อยละ 55.77 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

ตารางที่ 2 ปรับอิทธิพลของตัวแปรที่มีผลต่อประสิทธิผลของ CPG-PDC ด้วยสถิติ Multivariable risk difference regression

ตัวชี้วัด	ไม่ใช้ CPG-PDC (n= 52)		ใช้ CPG-PDC (n= 50)		Adjusted effect	95%CI	p-value
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ (ราย)			
การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน	42	34.7	15	14.2	-7.8	5.2-0.7	0.071
การใช้ยาต้านอาการทางจิต (antipsychotic drug)	19	30.9	15	100	13	-3.6-22.5	< 0.001

ตาราง 2 พบว่า การใช้ CPG-PDC จะเพิ่มการใช้ยาต้านอาการทางจิตร้อยละ 13 ($p < 0.001$) และ การใช้ CPG-PDC ช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันลงได้ร้อยละ 7.8 ($p = 0.071$) โดยลดได้ตั้งแต่ร้อยละ 7-16.2

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ระหว่างกลุ่มใช้และไม่ใช้ CPG-PDC ด้วยสถิติ Independent t-test

ตัวชี้วัด	ก่อนใช้		หลังใช้		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ระยะเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ (ราย/เวร)	4.5	±8.2	0.9	±2.9	2.6	<0.001

จากตาราง 3 พบว่า ระยะเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ลดลงเหลือ 0.9 เวิร์ดรายแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

จำนวนร้อยละความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต ($n = 10$) พบว่า การประเมินความเห็นของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 10 คน พบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ใช้ได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วยโดยมีคะแนนพึงพอใจในการใช้ภาพรวม เฉลี่ยร้อยละ 91.42

สรุปและอภิปรายผล

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วยสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินปัจจัยเสี่ยงและเฝ้าระวังภาวะสับสนเฉียบพลัน 3) การป้องกันการเกิดภาวะสับสน

เฉียบพลัน 4) การให้ความรู้แก่บุคลากรทีมสุขภาพ 5) การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและการบันทึก 6) การพัฒนาคุณภาพบริการ ดังนี้

1. รูปแบบการพยาบาลแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological prevention) เติ ม ใช้รูปแบบ Care bundle ABCDE ซึ่งมาจาก A คือ (Assess, prevent & manage pain, B คือ (Both spontaneous awakening Trials (SAT) & Spontaneous Breathing Trial (SBT), C คือ (Choice and Check of sedation), D คือ (Delirium reduction interventions) ประกอบด้วย Re-orientation และ Sleep promotion, E คือ (Early Exercise and Mobility) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1) การประเมินการป้องกันและการจัดการความปวด 2) การประเมินการตื่นและความพร้อมในการหายใจเอง 3) การประสานความร่วมมือการจัดการ

ความปวดและภาวะหายใจไม่สงบทั้งแนวทางใช้ยาและไม่ใช้ยา 4) การประเมินผลและเฝ้าระวังภาวะสับสนเฉียบพลันทุกวัน 5) การกระตุ้นการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายโดยเร็วปรับมาเป็น Care bundle ABCDEF โดยเพิ่ม F คือ (Family-communication and Friendly involvement) F คือ (Family-communication and involvement) การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพโดยทีมสุขภาพสร้างสัมพันธภาพและมีความเป็นมิตรในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต

2. โปรแกรมประยุกต์สำเร็จรูป (application program) ประเมินปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่องทุกวันจากรูปแบบ PRE-DELIRIC model ปรับเป็น E-PREDELIRIC (Early-PREdiction of DELIRIUM in ICU) เป็นเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ประกอบด้วย การประเมินปัจจัยด้านอายุคะแนน APACHE | ระดับความเจ็บป่วย ประเภทของผู้ป่วย การติดเชื้อ ค่าความเป็นกรดต่างของผลเลือดการใช้ยา Morphine การใช้ยาลดปวด การทำหน้าท้อง และความรุนแรงตัวในการรับการรักษา ซึ่งเครื่องมือนี้สะดวก

การเกิดผลลัพธ์ที่ดีส่วนหนึ่งมาจากการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะที่สำคัญของแนวปฏิบัติให้ครบตามองค์ประกอบทุกด้าน ประการแรก ได้แก่ การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตตามโปรแกรมสำเร็จรูปแบบ E-PRE-DELIRIC model อย่างต่อเนื่องทุกวัน ทำให้สามารถทำนายโอกาสของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต รวมถึงผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถวางแผนป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันแบบเฉพาะ ร่วมกับการใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตามกรอบแนวคิดการใช้แนวปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยอาศัยการบูรณาการ กลยุทธ์ที่เหมาะสมกับบริบทเกิดการเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติ ผู้ศึกษาในบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยได้ใช้บทบาทการเป็นผู้นำส่งเสริมการให้ความรู้ รวมถึงการกำกับทิศทั้งในและนอกเวลาราชการ อีกทั้งก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้มีการใช้การประชาสัมพันธ์

เผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจ โดยการจัดประชุมในหน่วยงานให้กับพยาบาลครบทุกคน เกี่ยวกับสาระสำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต ในหอผู้ป่วยวิกฤต การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต การจัดทำบอร์ดเพื่อเผยแพร่ การติดตามภูมิขั้นตอนการปฏิบัติเพื่อเข้าใจได้ง่ายในห้องทำงาน การจัดทำคู่มือฉบับเต็มและฉบับย่อแบบพกพา รวมถึงการจัดทำแฟ้มข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของแนวปฏิบัติไว้ที่หน้าจอคอมพิวเตอร์ในหน่วยงาน เพื่อสะดวกต่อผู้ใช้แนวปฏิบัติสามารถเข้าถึงแนวปฏิบัติได้โดยง่าย รวมถึงผู้ศึกษาจัดทำและกำหนดตารางเวลาของการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤต และนำมาติดไว้ในห้องทำงาน ทำให้สะดวกต่อพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทราบว่ามีกิจกรรมอะไรบ้างเพื่อนำลงสู่การปฏิบัติได้ และสามารถยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนกิจกรรมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้ใช้การประชาสัมพันธ์ในกลุ่มญาติ จัดทำบอร์ดและแจกแผ่นพับสำหรับญาติเพื่อให้ความรู้แนวทางการป้องกัน และวางแผนร่วมกับญาติ และสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยให้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ การส่งเสริมการนอนหลับ การจัดชั่วโมงเงียบและการเข้าเยี่ยมอย่างเหมาะสม รวมถึงสนับสนุนด้านกำลังใจ และเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยวิกฤต

จากการวิจัย วัตถุประสงค์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัด แสดงในตาราง 2 มีปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญคือ หน่วยงานมีบรรยากาศของการเรียนรู้ พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้แนวปฏิบัติ หน่วยงานมีการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสนับสนุนจากผู้บริหารในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรติดตามประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันกา

วะสับสนฉับพลันของผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อยืนยันถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติ

ฉับพลันของผู้ป่วยวิกฤต ในผู้ป่วยหลาย ๆ หอผู้ป่วยวิกฤต (Muttisite research) เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น

2.ควรมีการศึกษาผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสน

เอกสารอ้างอิง

- 1.จินตนา สินธุสุวรรณ. ปัจจัยทำนายภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ].กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์; 2553.
- 2.พรจิรา ปรีวัชรากุล, ณัฏฐา สายเสวย. จิตเวช ศิริราช DSM-5. 2 ed. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์น ไทยการพิมพ์; 2558.
- 3.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. ภาวะซึมเศร้าฉับพลัน. ใน: วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (บรรณาธิการ). การจัดการภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2557.
- 4.สุภาวดี เอี่ยมธนะสินชัย. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้ป่วยอายุรกรรมที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2556; 28(3)
- 5.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: American Psychiatric Association; 2000.
- 6.Arend, E. & Christensen, M. (2009). Delirium in the intensive care unit: ๗ review. Nursing in Critical Care, 14(3), 145–154
- 7.Arend, E. & Christensen, M. (2009). Delirium in the intensive care unit: ๗ review. Nursing in Critical Care, 14(3), 145–154.
- 8.Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill.
- 9.Boot, R. (2012). Delirium: a review of the nurse role in the intensive care unit. Intensive & Critical Care Nursing, 28(3), 185–189.
- 10.Bourgeois J A, Seaman J S, Servis M E. Delirium dementia and amnestic and other cognitive disorders The American Psychiatric Publishing textbook of psychiatry: American Psychiatric Association 2008; 2013 [2013 Jan 17]. 5th:[
- 11.Bourne, R. S. (2008). Delirium and use of sedation agents in intensive care. Nursing in Critical Care, 13(4), 195-202.
- 12.Brummel, N. E. & Girard, T. D. (2013). Preventing delirium in the intensive care unit. Critical care Clinics, 29(1), 51-65.
- 13.Devlin JW, Fong JJ, Fraser, GL, Riker, RR. Delirium assessment in the critically ill. JournalofIntensiveCareMedicine 2007;33:929-40.

14. Hayhurst, C. J., Pandharipande, P. P., & Hughes, C. G. (2016). Intensive care unit delirium: a review of diagnosis, prevention, and treatment. *Anesthesiology*, 125(6), 1229–1241. doi: 10.11096/IEEESTD.2007.4299432
15. King, J., & Gratrix, A. (2009). Delirium in intensive care. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*, 9(5), 144–147.
16. Laohatanakom, S. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention of acute confusional states in Sub Intensive Care Unit. Lampang: Department of nursing, Lampang Hospital. (in Thai)
17. Lipowski Z J. Delirium in elderly patient. *The New England Journal of MEDICINE*. 1989;320(9):578-81.
18. Maldonado, J. R. (2008). Delirium in the acute care setting: Characteristics, diagnosis and treatment. *Critical Care Clinics*, 24(4), 657–722.
19. Martins, S., & Fernandes, L. Delirium in elderly people: a review. *Frontiers in Neurology* 2012; 3(101). McPherson, J.A & et al. Delirium in the Cardiovascular ICU: Exploring Modifiable Risk Factors. *Critical Care Medicine* 2013; 41(2).
20. Milbrandt EB, Deppen S, Harrison PL, Shintani AK, Speroff T, Stiles RA, et al. Costs associated with delirium in mechanically ventilated patients. *Crit Care Med*. 2004 Apr;32(4):955-62.
21. National Health and Medical Research Council. (1999). A guideline to the development, implementation and evaluation of clinical practice guideline. Canberra: Commonwealth Australia.
22. Pandharipande P, Jackson J, Ely EW. Delirium: acute cognitive dysfunction in the critically ill. *Curr Opin Crit Care*. 2005 Aug;11(4):360-8.
23. Praditsuwan, R., Limmathuroskul, D., Assanasen, J., Pakdeewongse, S., Eiamjinnasuwat, W., Sirisuwat, A., et al. Prevalence and Incidence of Delirium in Thai Older Patients: A Study at General Medical Wards in Siriraj Hospital. *J Med Assoc Thai* 2012; 95(2):S245-S250.
24. Pun BT, Ely EW. The importance of diagnosing and managing ICU delirium. *Chest*. 2007 Aug;132(2):624-36.
25. Riva, J. J., Malik, K. M.P., Burnie, J. S., Endicott, R. A., & Busse, J. W. What is your research question? An introduction to the PICOT format for clinicians. *The Journal of the Canadian Chiropractic Association* 2012; 56(3): 167-171.
26. Robinson TN, Raeburn Cd Fau - Tran ZV, Tran Zv Fau - Angles EM, Angles Em Fau - Brenner LA, Brenner La Fau - Moss M, Moss M. Postoperative delirium in the elderly: risk factors and outcomes. *Ann Surg*. 2009 Jan;249(1):173-8.
27. Sadock B J, Sadock V A. Delirium, dementia and amnestic and other cognitive disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan & Sadock's synopsis of Psychiatry: behavioral sciences/clinical Psychiatry*. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 319-72.

- 28.Spronk PE, Riekerk B, Hofhuis J, Rommes JH. Occurrence of delirium is severely underestimated in the ICU during daily care. *Intensive Care Medicine*. 2009;35(7):1276-80.
- 29.Tabet, N., & Howard, R. (2006). Prevention, diagnosis and treatment of delirium: Staff educational approaches. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 6(5), 741–751.
- 30.Thongchai, C. (2005). Clinical practice guidelines development. *The Thai Journal of Nursing Council*, 20(2), 63-76.
- 31.Van Rompaey, B., Elseviers, M. M., Schuurmans, M. J., Shortridge-Baggett, L. M., Truijen, S., & Bossaert, L. (2009). Risk factors for delirium in intensive care patients: A prospective cohort study. *Critical Care (London, England)*, 13(3), R77.
- 32.Van, R. B., Schuurmans, M. J., Shortridge-Baggett, L. M., Truijen, S., & Bossaert, L. (2008). Risk factors for intensive care delirium: A systematic review. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24(2), 98–107.
- 33.Wise MG, Trzepacz PT. Delirium (Confusional states). *The American Psychiatric press textbook of consultation-liaison psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Association; 2005. p. 257-72.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันแผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา

Nursing care of Ischemic Stroke patients in the Out patient Department
Kalasin Hospital : Case Study

(Received: August 23,2023 ; Revised: August 27,2023 ; Accepted: August 28,2023)

ละมุลเพชร ประคำ¹

Lamunphet Prakham¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย โดยเลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน มิถุนายน – กรกฎาคม พ.ศ. 2566 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาลจากเวชระเบียน จากการซักประวัติผู้ป่วยและญาติ โดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ทฤษฎีการดูแลตัวเองของโอเร็มเพื่อค้นหาปัญหาและวางแผนปฏิบัติการพยาบาลและสรุปประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิง อายุ 47 ปี ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ด้วยอาการ ปวดศีรษะ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ปฏิเสธโรคประจำตัว ขณะนั่งรถตรวจพบมีอาการ ชาที่แขนด้านซ้ายและมีอ่อนแรง แพทย์วินิจฉัยโรค Stroke fast track มีแผนการรักษาปรึกษาแพทย์เวชปฏิบัติฉุกเฉินและแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมระบบประสาทและสมอง ส่งตรวจ CT Scan Emergency ผลการตรวจพบภาวะโรคหลอดเลือดสมอง แผนการรักษาต่อเนื่องด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA และส่งเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต หลังรับการรักษาอาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดพบอายุรกรรมระบบประสาทและสมอง 2 สัปดาห์ ที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อติดตามการรักษาต่อเนื่อง

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชาย อายุ 56 ปี ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ด้วยอาการแขนด้านขวา มีอาการชา อ่อนแรง พูดไม่ชัด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน แพทย์วินิจฉัยโรค Ischemic Stroke ผลการตรวจพบ Chronic lacunar infraction มีโรคประจำตัว หอบหืด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน แผนการรักษาปรึกษาแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมระบบประสาทและสมองให้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน พบแขนและขาด้านขวาอ่อนแรง และมีปัญหาการกลืน มีแผนการรักษาต่อเนื่อง รับการรักษาด้วยการให้ยาและฟื้นฟูสภาพ หลังรับการรักษาอาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน นัดพบอายุรกรรมระบบประสาทและสมองและแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู อีก 2 สัปดาห์ ที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อติดตามการรักษาต่อเนื่อง ภายหลังการรักษาและการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องอาการโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลัน, การพยาบาลผู้ป่วย

Abstract

This study was a comparative study of two case studies. By specifically selecting patients with ischemic stroke who came to receives treatment in the outpatient department Kalasin Hospital during June – July 2022. By collecting medical history information from medical records and taking the history of the patient and relatives. It was use Gordon's 11 Health Patterns and Orem's self-care theory to find problems and plan nursing actions, summarize and evaluate nursing results continuously and comprehensively.

Case study 1: A 46-year-old Thai femal patient, The patient was entries to the outpatient department with symptoms of headache that occurred 2 hours before coming to the hospital. The patient denies his illness. While sitting and waiting to be detected, there were symptoms Numbness in the left arm and weakness. The doctor diagnosed Stroke fast track, had a treatment plan, consulted with an emergency medicine doctor and a specialist in neurological , brain medicine and sent for CT Scan Emergency examination. The results of the examination revealed a stroke. The treatment plan continued with the blood clot-busting drug rt-PA and was sent for treatment to the stroke intensive care unit. After receiving treatment, the patient's condition gradually improved. The doctor allowed him to go home. Make an appointment to see neurology and brain medicine for 2 weeks at the outpatient.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Case study 2: A 56-year-old Thai male patient, The patient was entries to the outpatient department with symptoms of right arm numbness, weakness, unclear speech, It happened 1 day before coming to the hospital. The doctor diagnosed Ischemic Stroke, The results found Chronic lacunar infraction. The patient has chronic diseases such as asthma, high blood pressure, diabetes. Treatment plan: Consult with a specialist in neurological and brain medicine to received treatment at the inpatient department had found weakness in the right arm and leg and have swallowing problems. The patient had receive treatment with medication and rehabilitation. After receiving treatment, symptoms gradually improved. The doctor send it home, Make an appointment to see a neurology and brain medicine doctor and a rehabilitation medicine doctor for another 2 weeks at the outpatient department to follow up on treatment. After continued treatment and rehabilitation, the patient's overall condition improved accordingly.

KEYWORDS: Acute ischemic stroke, Nursing care

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการสูญเสียชีวิต ก่อนวัยอันควร และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี จากรายงานขององค์การโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ประชากรป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 1 ใน 4 ของประชากรที่มีอายุ 25 ปี ขึ้นไปเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และคาดการณ์ว่าจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน^{1,2} สำหรับในประเทศไทยพบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องพบมากเป็นอันดับ 2 ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค, 2561)³ อีกทั้งยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2560 พบอัตราการเสียชีวิต 41.3 ต่อแสนประชากร และปี 2564 พบอัตราการเสียชีวิต 54.20 ต่อแสนประชากร ในปี 2566 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 349,126 ราย เสียชีวิต 36,214 ราย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี⁴ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตระยะยาวของผู้ป่วยและครอบครัว⁵

จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อย เป็นสาเหตุหลักของความพิการและนำไปสู่การเสียชีวิตตามมา นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจทั้งของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล รวมถึงการดูแลรักษาต่อเนื่องเมื่อกลับมาพักฟื้นที่บ้าน⁶ ดังนั้นการส่งเสริม และ

ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ผู้ป่วยมีประวัติ เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น และเมื่อผู้ป่วยป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วได้รับประเมินเพื่อคัดกรอง และตรวจวินิจฉัย ได้รวดเร็ว ทันเวลา ก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ลดอัตราการเสียชีวิต และความพิการภาวะแทรกซ้อน และสามารถฟื้นฟูสภาพได้อย่างรวดเร็ว⁷

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 540 เตียง ให้บริการผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่ผ่านมามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปี 2563-2565 ทั้งสิ้น 1,741, 1,736 และ 1,994 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน ปี 2563-2565 ทั้งสิ้น 1,292 1,241 และ 1,104 รายตามลำดับ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดจำนวน 36, 37 และ 52 ราย พบอัตราการเสียชีวิตหลังผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 13.89, 37.84 และ 9.62 ตามลำดับ⁸ ซึ่งผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลมีทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลชุมชน ถูกส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้ป่วยที่มาโดยทีม EMS นำส่ง มาด้วยอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ยังพบผู้ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ในคลินิกโรคเรื้อรัง มาด้วยอาการที่ไม่ชัดเจน ขณะรอตรวจมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ซึ่ง

พบอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นในโรงพยาบาล ดังนั้นทางผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินคัดกรอง⁹ ดูแลผู้ป่วยให้ได้ตามมาตรฐาน อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ลดอัตราการเสียชีวิต ความพิการ และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้¹⁰

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลและพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลัน

วิธีการศึกษา

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบบเจาะจงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่าง เดือน มิถุนายน – กรกฎาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาลจากเวชระเบียนผู้ป่วย จากการซักประวัติผู้ป่วยและญาติ โดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ทฤษฎีการดูแลตัวเองของโอเร็ม เพื่อค้นหาปัญหาและวางแผนปฏิบัติการพยาบาลสรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา กรณีศึกษา 2 ราย ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดยขอความยินยอมด้วยวาจาได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและไม่มีภาระเมตสิทธิของผู้ป่วยในการศึกษา ข้อมูลของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษาเป็นความลับ

เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิง อายุ 47 ปี ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ด้วยอาการปวดศีรษะ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ปฏิเสธโรคประจำตัว ขณะนั่งรอตรวจพบมีอาการ ชาที่แขนด้านซ้ายและมีอ่อนแรง แพทย์วินิจฉัยโรค Stroke fast track มีแผนการรักษาปรึกษาแพทย์เวชปฏิบัติฉุกเฉินและแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมระบบประสาทและสมอง ส่งตรวจ CT Scan Emergency ผลการตรวจพบภาวะโรคหลอดเลือดสมอง แผนการรักษาต่อเนื่องด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA และส่งเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต หลังรับการรักษาอาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดพบอายุรกรรมระบบประสาทและสมอง 2 สัปดาห์ ที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อติดตามการรักษาต่อเนื่อง

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชาย อายุ 56 ปี ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ด้วยอาการแขนด้านขวา มีอาการชา อ่อนแรง พูดไม่ชัด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน แพทย์วินิจฉัยโรค Ischemic Stroke ผลการตรวจพบChronic lacunar infraction โรคประจำตัว หอบหืด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน แผนการรักษาปรึกษาแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมระบบประสาทและสมองให้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน พบแขนและขาด้านขวาอ่อนแรง และมีปัญหาการกลืน มีแผนการรักษาต่อเนื่อง รับการรักษาด้วยการให้ยาและฟื้นฟูสภาพ หลังรับการรักษาอาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน นัดพบอายุรกรรมระบบประสาทและสมองและแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู อีก 2 สัปดาห์ ที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อติดตามการรักษาต่อเนื่อง ภายหลังการรักษาและการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องอาการโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ

ตารางที่. 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	หญิง	ชาย
อายุ	47	56
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	ประถมศึกษา 6
สถานภาพสมรส	สมรส	สมรส

ตารางที่. 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2
อาชีพ	ข้าราชการครู	ทำนา
สิทธิการรักษา	เบิกได้	บัตรทอง
ภูมิลำเนา	อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์	อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์
วันที่เข้ารับการรักษ	10 มิถุนายน 2566	5 กรกฎาคม 2566
วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล	14 กันยายน 2566	20 กรกฎาคม 2566
การวินิจฉัยโรค	Stroke fast track	Ischemic Stroke
การตรวจพิเศษ	CT Scan	CT Scan
อาการสำคัญ ที่มาโรงพยาบาล	ปวดศีรษะ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ขณะนั่งรอตรวจพบมีอาการ ชาที่แขนด้านซ้าย และมีอ่อนแรง	แขนและขาด้านขวา มีอาการชา อ่อนแรง พุดไม่ชัด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดศีรษะเข้ารับการ รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ขณะ นั่งรอตรวจอาการจากแพทย์ สังเกตว่ามีอาการชาที่แขน ด้านซ้ายและมีอาการอ่อนแรง แจ้งพยาบาลหน้าห้อง ตรวจ และรายงานแพทย์ตรวจเยี่ยมประเมินอาการ มี แผนการรักษาปรึกษาแพทย์เวชกีกฉุกเฉินและแพทย์ อายุรกรรมประสาทและสมอง วินิจฉัยภาวะโรคหลอดเลือด สมอง นำส่งผู้ป่วยCT Scan และแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉินเพื่อรับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด ชนิด rt-PA	1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการแขนด้านขวา มีอาการชา อ่อนแรง พุดไม่ชัด ผู้ป่วยนอนพักและ สังเกตอาการด้วยการบีบนิ้วแขนและขา และรอบุตร มาจากทำงาน อาการชาและอาการอ่อนแรงยังไม่ดีขึ้น บุตรจึงนำเข้ามารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล กาฬสินธุ์ หลังจากพยาบาลซักประวัติหน้าจุดคัดกรอง ประสานแพทย์หน้าห้องตรวจ วินิจฉัยโรคหลอดเลือด สมองมีแผนการรักษาส่งตรวจ CT Scan พบ Chronic lacunar infraction at bilateral basal ganglia and bilateral corona radiate white matter ประสาน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการ รักษาต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยใน
ประวัติการ เจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธโรคประจำตัว	โรคประจำตัว หอบหืด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เข้ารับการตรวจรักษาตาม นัดทุกครั้ง
อาการแรกเริ่ม	ผู้ป่วย GCS E4V5M6 pupil 3 mms. react to light both eyes motor power left grade IV right grade V สัญญาณชีพ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 168 /87 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation = 99% ผล CT Scan พบ Hyperdense right arterial sign, cound be hyper acute right cerebral in fraction, Chronic cerebral infraction at right parieto	ผู้ป่วย GCS E4V5M6 pupil 3 mms. react to light both eyes motor power left grade V right grade III สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ,ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 158/72 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation 99% ผล CT Scan พ บ Chronic lacunar infraction at bilateral basal ganglia and bilateral corona radiate white matter.
การประเมินร่างกายตามระบบ		
1.General appearance	Thai Female, Good consciousness, looked alert BW 63 kgs. สูง 169 cms. BMI = 22.05	Thai Mail, good consciousness, looked weak, not pale jaundice BW 70 kgs. สูง 173 cms. BMI 23.38
2.HEENT	Not pale conjunctive, no pale sclera, no edematous of eyelids, no neck engorged.	Not pale conjunctive no pale sclera, no edematous of eyelids, no neck engorged
3.Heart	Normal S1, S2, no murmur	Normal S1, S2, no murmur
4.Lungs	Clear both lungs	Lungs Clear, no crepitation
5.Abdomen	Abdomen soft normal active bowel sound	Abdomen soft not tender normal active bowel sound
6. Genitourinary	CVA not tender	CVA not tender
7.Extremities	Motor power left grade IV, right gradeV	Motor power left grade V, right grade III

ตารางที่. 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
8.Neurosigns	GCS E4V5M6 pupil 3mm. react to light both eyes	GCS E4V5M6 pupil 3mm react to light both eyes

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร่วมกับภาวะแทรกซ้อนระยะฟื้นฟู

ประเด็น	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	การวิเคราะห์
1. แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เนื่องจากการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีอาการเกิดขึ้นเฉียบพลัน ต้องได้รับการรักษาด้วยการเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์และให้ยาละลายลิ่มเลือดตามพบแพทย์เพียงลำพังไม่มีญาติมาด้วย	ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากมีอาการมา 1 วัน ไม่คิดว่าหลังพบแพทย์จะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรค กลัวพิการไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนปกติ	กรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย รับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยรับรู้ว่าตนเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันชนิดเฉียบพลัน มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนของโรค
2.พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	<u>การวินิจฉัย</u> Stroke fast track <u>อาการและอาการแสดง</u> ผู้ป่วย GCS E4V5M6 pupil 3 mms. react to light both eyes motor power left gradeIV right gradeV สัญญาณชีพ36.7องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 168 /87 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation=99%	<u>การวินิจฉัย</u> Ischemic Stroke <u>อาการและอาการแสดง</u> ผู้ป่วยGCS E4V5M6 pupil 3mms. react to light both eyes motor power left gradeV right gradeIII สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 158/72 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation=99%	<u>การวินิจฉัย</u> กรณีศึกษา รายที่ 1 Ischemic Stroke กรณีศึกษา รายที่ 2 Ischemic Stroke เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบได้ประมาณ 80% หลอดเลือดสมองอุดตันเกิดได้จากลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นในบริเวณอื่นไหลไปตามกระแสเลือดจนไปอุดตันที่หลอดเลือดสมอง หรืออาจเกิดจากมีลิ่มเลือดก่อตัวในหลอดเลือดสมองและขยายขนาดใหญ่ขึ้นจนอุดตันหลอดเลือดสมอง ส่วนสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากตำแหน่งการเกิดพยาธิสภาพแตกต่างกันตรงตำแหน่งทำให้อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน ทั้งอาการและความรุนแรงของโรค
3.แผนการรักษา	<u>Medication</u> OPD -Consult เวชศาสตร์ฉุกเฉิน/อายุรกรรมประสาทและสมอง -CT Scan Brain emergency -Lab CBC, BUN,CR, Elte, PT,PTT,INR,G/M PRC ER rt-PA (0.9m mg/kg) total dose =58.68 mg <u>WARD IPD</u> - Omeprazole 40mg IV ทุก 12 ชั่วโมง -Simvastatin(20mg) 1 tab oral hs # 15 tabs -B complex 1 tab tid pc # 45 tabs -Folic acid 1 tab tid pc # 15 tabs	<u>Medication</u> Consult อายุรกรรมประสาทและสมอง -Omeprazole 20mg 1 tab oral OD -Folic 1x1 oral pc. -B complex 1x3 oral pc. -Atorvastatin 20mg 1 tab oral hs. -Plavix(75mg) 1x1 oral pc. <u>กายภาพบำบัด</u> Consult PM&R Consult PT Consult OT <u>ตรวจพิเศษ</u> CT Scan <u>การผ่าตัด</u> ไม่มี <u>F/U</u> 2 สัปดาห์ OPD Neuro/เวชศาสตร์	<u>แผนการรักษา</u> มีความต่างในแผนการรักษาของแพทย์ กรณีศึกษา รายที่ 1 มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง มีแผนการรักษาด้วยการซักประวัติตรวจร่างกายเพื่อเข้าระบบ FAST Track ของโรงพยาบาลและได้รับการปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินและแพทย์อายุรกรรมประสาทและสมองเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะStroke ในแผนผู้ป่วยนอก มีแผนการรักษาให้ยาละลายลิ่มเลือด ชนิด rt-PA และปรึกษาแพทย์ PM&Rและนักกายภาพบำบัด กรณีศึกษา รายที่ 2 มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง มีแผนการรักษาด้วยการซักประวัติ ตรวจร่างกายและเพื่อเข้าระบบ FAST Trackแต่ระยะเวลากการเจ็บป่วย เกินระยะเวลาเข้า FAST มีแผนการรักษาประสาน อายุรกรรมประสาทและสมอง_และรักษาด้วยการให้ยา -Omeprazole 20mg 1 tab oral OD -Folic 1x1 oral pc. -B complex 1x3 oral pc.

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร่วมกับภาวะแทรกซ้อนระยะฟื้นฟู

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
	กายภาพบำบัด -Consult PM&R ตรวจพิเศษ -CT Scan : การผ่าตัด ไม่มี F/U 2 สัปดาห์ OPD Neuro	ฟื้นฟู	-Atorvastatin 20mg 1 tab oral hs. -Plavix(75mg) 1x1 oral pc. และติดตามอาการต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอกที่แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูและอายุรกรรมประสาทและสมอง เพื่อรับการรักษาต่อเนื่องและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการประเมิน Stroke จากการคัดกรองในแผนกผู้ป่วยนอกซึ่งเป็นหน่วยงานด้านหน้าที่รักษาผู้ป่วยเรื้อรังและมีแผนการรักษาต่อเนื่องและรวดเร็วตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยรายโรคส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของโรคและกลับไปดำเนินชีวิตได้

ตารางที่ 3 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมการพยาบาล
1. มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีภาวะสมองขาดเลือด กรณีศึกษาที่ 1,2	1) ประเมินอาการทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอกได้แก่ ระดับความรู้สึก รูม่านตา และปฏิกิริยาต่อแสง การกลอกตา ระบบการเคลื่อนไหว รีเฟล็กซ์ ของตาและการกลืน และประเมินสัญญาณชีพขณะรับการรักษา 2) ให้การดูแลเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ จัดให้นอนศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา รักษาแนวศีรษะและลำตัวให้อยู่ในแนวปกติของร่างกาย หลีกเลี่ยงการงอพับของคอและการหมุนหรือหันศีรษะ หลีกเลี่ยงการงอข้อสะโพกของผู้ป่วยมากกว่า 90 องศา 3) ป้องกันการขาดออกซิเจน โดยการทำทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการให้ออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 4) ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 0.9%NSS1000 ml vein drip 80 cc/hr
2. ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและจากการได้รับยาลดสลายลิ่มเลือด กรณีศึกษาที่ 2	1) ดูแลให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับ การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การรักษาด้วยการให้ยาลดสลายลิ่มเลือดที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ 2) ให้นอนศีรษะสูง 15-30 องศา ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนเต็มที่ 24 ชั่วโมง 3) งดน้ำและอาหารยกเว้นยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 4) วัดสัญญาณชีพตามแผนการรักษาของแพทย์ Keep BP<180/110mmHg ถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบเพื่อดำเนินการรักษา 6) ให้ออกซิเจนชนิด cannular 5 L/min Keep SPO ₂ <95% 7) ดูแลส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษาของแพทย์
3. เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำจากภาวะความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาที่ 1,2	1) แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติของภาวะความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มีอาเจียน ชักเกร็ง เป็นต้น 2) ดูแลให้เข้ารับการตรวจตามแผนการรักษา ควบคุมความดันตามแผนการรักษาของแพทย์ 3) ดูแลการรับประทานยาให้มีความต่อเนื่อง 4) แนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การงดอาหารเค็ม มัน อาหารหมักดอง งดอาหารประเภทแป้ง เป็นต้น 5) ดูแลให้ทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 6) แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น มีอาการชา แขนและขา หรือแขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด เป็นต้น
3. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติดกล้ามเนื้อสลับ จากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง กรณีศึกษาที่ 2	1) ประเมินกำลังของแขนและขาทั้ง 2 ข้าง เพื่อบันทึกและวางแผนให้การพยาบาล 2) ส่งกายภาพบำบัดเพื่อทำการกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ 3) ดูแลออกกำลังกายแบบ passive-active exercise เข้า ยืน วันละ 15-30 นาที เพื่อป้องกันข้อติดแข็งเกร็ง 4) ดูแลจัดท่านั่งให้นอนยกศีรษะสูง 30 องศา และพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันข้อติดแข็งเกร็ง 5) แนะนำญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน 6) สอนแนะนำการใช้อุปกรณ์เสริมในการช่วยเคลื่อนไหวร่างกาย 7) กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ในการทำกิจวัตรประจำวัน 8) จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดความคล่องตัวในการหยิบอุปกรณ์และของใช้

ตารางที่ 3 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมการพยาบาล
4.มีโอกาสดเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร กรณีศึกษาที่ 2	1) ประเมินภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองตีบ คือ ภาวะ Aspiration 2) มีการวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์, พยาบาล, เภสัชกร, กายภาพบำบัด, นักโภชนาการและญาติ 3) แนะนำญาติจัดอาหารให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค สอนประเมินการกลืนของผู้ป่วย จัดทำอาหารอ่อนหรือข้น 30-45 องศา เพื่อป้องกันการไหลย้อนของอาหาร 4) ดูแลรักษาความสะอาดช่องปาก ล้างเศษอาหารที่ติดข้างกระพุ้งแก้มด้านอัมพาตออกให้หมดโดยการบ้วนปากและแปรงฟันทุกวัน 5) ดูแลการให้อาหารและการฝึกกลืนโดยแพทย์กายภาพ ตามแผนการรักษา ของแพทย์ 6) สังเกตอาการสำลักอาหาร
5.เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากแขนขาอ่อนแรง กรณีศึกษาที่ 2	1) ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม (ADL) เพื่อช่วยวางแผนการดูแล 2) ประเมินการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในการทำกิจกรรม ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน คอยพยุงลูกนั่ง ช่วยประคองเวลาผู้ป่วยลุก นั่ง เดิน 3) สอนผู้ป่วยให้ออกกำลังกายแบบ active และ passive exercise ร่วมกับทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู 4) การจัดอุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วย เช่น ที่นอน ผ้าปู เสื้อผ้า โดยเน้นถึงความสะดวก ไม่มีปมหรือเงื่อน ที่อาจทำให้เกิดแผลจากการนอนทับ 5) สอนญาติและผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมบริหารตนเองและกิจวัตรประจำวันอย่างเป็นขั้นตอนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆตามความสามารถ 6) ยกไม้กั้นเตียงป้องกันการพลัดตกหกล้มญาติคอยช่วยเหลือในการทำกิจกรรม
6. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค กรณีศึกษาที่ 1,2	1) ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรค เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ 2) อธิบายญาติเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรค แผนการรักษา 3) ประสานงานกับแพทย์ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์อายุรกรรมประสาทและสมอง แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หน่วยงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยใน หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการรักษาได้แก่ นักกายภาพบำบัด ทีมดูแลต่อเนื่อง ทีมเยี่ยมบ้าน ประสานงานกับ รพ.สต.อสม.ในเขตพื้นที่ เตรียมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน 4) ดูแลช่วยเหลือร่วมกับเครือข่ายในการช่วยเหลือ โดยร่วมกับผู้นำชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ และโครงการพลังบวรในการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านค่าใช้จ่ายและเศรษฐกิจ
7.ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการปฏิบัติตัว กรณีศึกษาที่ 1,2	1) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอาการปัญหาที่ยังคงหลงเหลืออยู่ การสังเกตอาการผิดปกติทางระบบประสาท ที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ อาการปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว แขนและขามีอาการอ่อนแรง หรือมีอาการชา หรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงเป็นต้น 2) แนะนำสอนและฝึกผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล (care giver) การทำกายภาพบำบัด การเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม การรักษาความสะอาดร่างกาย การอาบน้ำ แปรงฟัน ความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ทุกครั้งที่ป้อนป้อนอาหาร 4) ให้ผู้ป่วยได้รับทราบเกี่ยวกับความเป็นจริงรอบ ๆ ตัว เช่น จัดหาปฏิทิน วิทยุ รูปภาพของครอบครัวไว้ในห้องหรือข้างตู้ข้างเตียง 5) แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การสังเกตอาการข้างเคียงของการรับประทานยา แนะนำการมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามแผนการรักษา
	สรุปปัญหาทางการพยาบาลกรณีศึกษาขณะดูแล 1) มีโอกาสดเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีภาวะสมองขาดเลือด 2) ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและจากการได้รับยาลดความดันโลหิต 3) มีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ จากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง 4) มีโอกาสดเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร 5) เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากแขนขาและขาอ่อนแรง 6) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค 7) ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการปฏิบัติตัว ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความต่างในกรณีศึกษาคือ กรณีศึกษารายที่ 1 1) ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและจากการได้รับยาลดความดันโลหิต กรณีศึกษารายที่ 2 1) มีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ จากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง 2) มีโอกาสดเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยเพศหญิงและเพศชาย ได้รับการวินิจฉัยโรคเบื้องต้นเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันมาด้วยอาการที่แตกต่างกัน การวินิจฉัย Stroke Fast track โดยการใช้แนวทาง FAST ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ในกรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองในขณะรอบพบแพทย์หน้าห้องตรวจ ทำให้ได้รับการวินิจฉัยภาวะโรคหลอดเลือดสมองและได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยการ CT Scan ผลพบว่ามีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการรักษาต่อเนื่องที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการให้ยาสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ กรณีศึกษารายที่ 2 เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกด้วยอาการมือขาชาและอ่อนแรง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ซึ่งผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภาวะโรคหลอดเลือดสมองที่แผนกผู้ป่วยนอกและมีการประสานงานอายุรกรรมประสาทและสมอง ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยการ CT Scan เนื่องจากระยะเวลาที่เข้ารับการรักษามีเวลามากกว่า 4.5 ชั่วโมง แผนการรักษาจึงไม่เป็นระบบ FAST ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องในแผนกผู้ป่วยในอาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับและจำหน่ายกลับบ้านและนัดติดตามการรักษาที่แผนก อายุรกรรมประสาทและสมองและแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อให้การรักษาต่อเนื่อง ฟื้นฟูสภาพและป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำในการดูแลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่มีความเร่งด่วน สามารถรอรับการรักษาได้ ยังคงมีปัญหาจากภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองซึ่งต้องดูแลต่อเนื่อง ในด้านของความรู้ในการดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติ การฟื้นฟูสภาพร่างกายจากการมีอาการอ่อนแรง ตลอดจนการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การรับประทานยา การเข้ารับการรักษตามนัด เพื่อติดตามการรักษา ซึ่งผู้ป่วยและCare giver ผู้ดูแลต้องตระหนักถึงความสำคัญในการรักษาให้เกิดความต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดการเจ็บป่วยซ้ำ ลดความ

รุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคที่สามารถป้องกันได้ และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและญาติ

สรุปผลการศึกษา การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญเป็นอย่างมากตั้งแต่กระบวนการรับรู้ของประชาชนในการรับรู้ภาวะโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้รวดเร็ว การให้ความรู้แก่ผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอกโดยสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองคือ (B E F A S T) B: Balance หมายถึง เวียนศีรษะ ทรงตัวไม่ได้ E: Eyes หมายถึง ตา มัว มองไม่เห็น เห็นภาพซ้อน F: facial palsy หมายถึง คืออาการกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง ผู้ป่วยจะมีอาการปากเบี้ยว หลับตาไม่สนิท ยิงฟันและยิ้มไม่ได้ น้ำลายไหลออกจากมุมปากข้างที่ตก A : Arm หมายถึง คืออาการอ่อนแรงของแขนและ/หรือขา ซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย ถ้าเป็นมาก คือ ขยับไม่ได้ ยกไม่ขึ้น ถ้าอ่อนแรงไม่มาก ยกขึ้นค้างได้ แต่ไม่นานก็ตกลงไม่สามารถยกค้างได้ S :Speech หมายถึง คือการพูดลำบาก พูดติดๆ ขัดๆ พูดไม่ชัด นึกคำพูดไม่ออก T :Time หมายถึง คือรู้เวลาที่เกิดอาการผิดปกติ รู้ว่าเกิดเป็นเวลาเท่าไรเกิดทันที ตลอดจนพยาบาลหน้าห้องตรวจมีความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสามารถให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับทราบ การประเมินอาการเบื้องต้น ตลอดจนการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการระหว่างเข้ารับการรักษหรือมีอาการผิดปกติเมื่ออยู่ที่บ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

ข้อเสนอแนะ

1.ควรรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในแผนกผู้ป่วยนอก โดยให้ความรู้ในคลินิกเสี่ยงได้แก่ คลินิก เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือแผนกอื่นๆโดยเน้นให้ความรู้เกี่ยวกับอาการที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.ควรมีการการใช้ระบบช่องทางด่วนของ1669 แนวทาง “BEFAST” (Balance, Eyes, Face, Arm, Speech, Time) การวินิจฉัยจะช่วยให้ประชาชนทั่วไปเข้าใจในอาการผิดปกติของระบบประสาท ซึ่งอาจเกิดขึ้นทันทีทันใดในการเฝ้าระวังและสังเกตอาการผิดปกติ เพื่อเป็นแนวทางให้ประชาชนสามารถคัดกรองอาการเบื้องต้นรับรู้ถึงตามความรุนแรงของโรค เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ความพิการและการเสียชีวิตที่อาจตามมา

3.ควรเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก โดยการพัฒนาศักยภาพในด้านการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการประเมิน BEFAST และแนวทางการรักษาของแพทย์ เป็นการพัฒนาศักยภาพของทีมงานสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ทันทั่วถึง ลดอัตราการความพิการและการเสียชีวิต

4.ควรส่งเสริมจัดกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วย ทุกครั้งที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเข้ารับการรักษาเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพิ่มพูน

ความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพ กรณีผลลัพธ์ในการดูแล รักษาผู้ป่วยดี จะเป็นการเสริมพลัง หากผลลัพธ์ในการดูแล รักษาไม่ดี จะเป็นการวิเคราะห์หาสาเหตุ และกระตุ้นเตือนให้ พยาบาลวิชาชีพมีความตระหนักในการเฝ้าระวังกระบวนการดูแลผู้ป่วย

5.การนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันของ พยาบาลวิชาชีพ โดยผู้นำทางการพยาบาลเพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ปราศจากความเสี่ยง ภายใต้การช่วยเหลือ ชี้แนะ สอนสาธิต และให้คำปรึกษา แก้ไขปัญหาในสถานการณ์ ที่ยุ่งยาก ซับซ้อนได้

6.ควรพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลัน โดยผนวกเข้าโปรแกรมการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่และโปรแกรมการฟื้นฟูบุคลากรระหว่างประจำการ (On the Job Training; OJT) เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลัน

เอกสารอ้างอิง

1. The National Institute of Neurological Disorder and stroke rt-PA Stroke study group. (2018).Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. N Engl J Med, 333(24),1581-7.
2. American Stroke Association.(2020) Guideline for the early Management of patient With Acute Ischemic Stroke. Retrieved january 10, 2020, from https://www.bmc.org/sites/default/files/Patient_Care/Specialty_Care/Stroke_and_Cerebrovascular_Center/Medical_Professionals/Protocols
3. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. (2561). ประเด็นการรณรงค์วันอัมพาตโลก 2561. สืบค้นเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2562,จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files>
- 4.กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564). กรุงเทพฯ : โอชั่นอาร์ตจำกัด; 2560
6. สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย.(2560). แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ. กรุงเทพฯ:สถาบันประสาทวิทยา.
7. World Stroke Organization. (2015). World stroke campaign. Retrieved June 6, 2016, from <http://www.worldstrokecampaign.org>
8. สถิติข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. งานข้อมูลและสถิติ. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2563-2565. (คัดสำเนา)
9. สถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพและการแพทย์ฉุกเฉิน (ระดับโลกและประเทศไทย) <https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2022> ค้นวันที่30 กค.2565
10. พรณวลัย ผดุงวนิชย์กุล โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/106_2017-08-19.pdfค้นวันที่30 กค.2565
11. โรงพยาบาลราชวิถี. คู่มือแนวทางการปฏิบัติงาน ยาความสูง โรงพยาบาลราชวิถี. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทแดเน็กซ์ อินเตอร์คอร์ปอเรชั่นจำกัด;2560.

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงและได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่บ้าน : กรณีศึกษา Nursing care of patients at home with severe traumatic brain injury and receiving craniectomy: case study

(Received: August 24,2023 ; Revised: August 27,2023 ; Accepted: August 28,2023)

กัลยาณี สุขสุเมธ¹
Galayanee Suksumake

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 47 ปี ชี้อายุยานยนต์ล้มเอง ส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้รับการผ่าตัด เปิดกะโหลกศีรษะ และส่งตัวมารักษาฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลขามทะเลสอ วันที่ 28 มีนาคม 2565 รักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 14 วัน แพทย์จำหน่ายและส่งต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งพบว่าสภาพผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยมีแผลเจาะคอ มีแผลกดทับ ใส่สายยางให้อาหาร และใส่สายสวนปัสสาวะ มีการวางแผนการเยี่ยมออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนเยี่ยม ระยะเยี่ยม และระยะสิ้นสุดการเยี่ยม ได้รับการเยี่ยมและติดตามจำนวน 4 ครั้ง ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ไม่เกิดการกลับมารักษาซ้ำ

คำสำคัญ : การพยาบาล, บาดเจ็บสมองรุนแรง, การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

Abstract

A 47-year-old Thai female patient riding a motorcycle fell by herself. The patient received craniectomy at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital and then was send to Rehabilitation at Kham Talay So Hospital for treatment. On 28 March, 2022, patient was admitted for 14 days and then was discharged and referred her for continuous care at home for follow-up visits. After patient discharge, the patient had a throat piercing wound, pressure sores, and wearing a rubber tube for feeding and putting a urinary catheter. The visit was planned into 3 phases: pre-visit phase, visit phase and end-visit phase. Patient was received the follow-up. Caregivers were able to care for the patient. The patient was no recurrence of treatment.

Keywords: nursing, severe traumatic brain injury, craniotomy

บทนำ

การบาดเจ็บทางสมอง (TBI) หมายถึงการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมองหรือพบมีพยาธิสภาพในสมองจากหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นใด โดยมีสาเหตุจากแรงภายนอก ซึ่งการบาดเจ็บทางสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย จำนวนผู้ป่วยและความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ ได้เพิ่มขึ้นตามความเจริญทางเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศไทย เมื่อ 5 ปีก่อนนี้บาดเจ็บศีรษะและอุบัติเหตุอย่างอื่น เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในประเทศไทย พบอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรเป็น

อันดับ 3 ของโลก คิดเป็น 38.1 คนต่อแสนประชากร 1-5

สำหรับประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็ง คิดเป็น 50.18 ต่อแสนประชากร เฉลี่ยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรวันละ 25 ราย เป็นสาเหตุการตายอันดับแรกในคนวัยทำงาน ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมองจะนิยมใช้ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยบาดเจ็บ (consciousness) เป็นพื้นฐานในการแบ่งกลุ่มและทำนายผลการรักษาได้อีกด้วย ความรุนแรงของการบาดเจ็บแบ่งเป็น 1) Mild TBI คะแนนกลาสโกว์ 13-15 2) Moderate TBI

¹ พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลขามทะเลสอ

คะแนนกลาสโวก์ 9-12 3) Severe TBI คะแนนกลาสโวก์ 3-8⁶⁻⁸

โรงพยาบาลขามทะเลสอ จากรายงานข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์ ปี 2563-2565 พบว่ามีผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง จำนวน 28, 32, 39 รายตามลำดับ และมีผู้เสียชีวิต จำนวน 5, 4, 6 รายตามลำดับ โดยปี 2565 พบสาเหตุการเสียชีวิตมาจากภาวะแทรกซ้อนจากโรค Pneumonia และ sepsis เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีความพิการหลงเหลือ ถือได้ว่าเป็นผู้ต้องการการดูแลแบบประคับประคองและมีภาวะโรคซับซ้อน เช่น ผู้ที่มีอุปกรณพิเศษติดตัว ผู้ที่เจ็บป่วยมีภาวะโรคซับซ้อนต้องดูแลต่อจากโรงพยาบาลเพื่อให้สามารถกลับมาพักอาศัยที่บ้าน แต่ยังคงต้องการการดูแลใกล้ชิด หรือต้องดูแลเฉพาะในแต่ละปัญหา ตามสภาพปัญหาและความต้องการเพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ได้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/พิการที่มีภาวะแทรกซ้อน/ทำกิจกรรมประจำวันไม่ได้สูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม มีบทบาทสำคัญในการดูแล ให้การพยาบาลแก่ประชาชน กลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ให้การพยาบาลแบบองค์รวมและครอบคลุม 4 มิติ ทั้งสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ สำหรับการจัดบริการพยาบาลแก่กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองและมีภาวะพึ่งพิงในชุมชนนั้น โดยมีบทบาทสำคัญได้แก่บทบาทในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ ส่งเสริมความสามารถในการช่วยเหลือตนเองให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการจัดการโรคที่เหมาะสมและติดตามประเมินผลการดูแลเพื่อปรับให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง บทบาทเป็นผู้ให้ความรู้ ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ เป็นบทบาทที่มีความสำคัญในมิติสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนและเสริมพลังอำนาจผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนให้สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ โดยเฉพาะรูปแบบบริการผู้ป่วยในชุมชนใช้รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการ

สุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง และมีภาวะโรคซับซ้อนต้องดูแลเป็นพิเศษ ยึดหลักผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงและได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่บ้าน

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 47 ปี เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขามทะเลสอ วันที่ 29 มีนาคม 2565 เวลา 11.00 น.

อาการสำคัญ รับส่งตัวกลับจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสีห์มา หลังทำผ่าตัด Craniectomy เพื่อให้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่องรักษาปอดติดเชื้อ และฟื้นฟูสภาพ

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ผู้ป่วยมีอาการยานยนต์ไม่สมมาตรกันเล็กน้อย รถล้มเอง สลบไปจำเหตุการณ์ไม่ได้ ศีรษะบวมโนบริเวณหน้าผาก มีเลือดออกหูขวา และจมูกทั้ง 2 ข้าง มีผู้เห็นเหตุการณ์แจ้งรถมูลนิธิกู้ชีพฉุกเฉิน นำส่งโรงพยาบาล และส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสีห์มา ตั้งแต่วันที่ 15 กุมภาพันธ์-28 มีนาคม 2565

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัว

ประวัติในครอบครัว บิดายังมีชีวิต สุขภาพแข็งแรง มารดาเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งไทรอยด์ ผู้ป่วยเป็นบุตรคนสุดท้ายของครอบครัว ในจำนวน 7 คน ยังไม่ได้แต่งงาน ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบิดา และพี่สาวคนกลาง

เศรษฐกิจ/รายได้ ก่อนเจ็บป่วย ผู้ป่วยทำงานรับจ้าง รายได้ 8,000-10,000 บาท/เดือน รายได้บางส่วน ให้บิดา หลังเจ็บป่วยไม่มีรายได้ พี่สาวคนกลางดูแลให้ความช่วยเหลือ

ที่อยู่อาศัย ปัจจุบันอยู่กับบิดา ลักษณะบ้านเป็นบ้านชั้นบนเป็นไม้ ชั้นล่างเป็นปูน ไม่มีทางลาด พื้นปูกระเบื้อง กั้นห้องเป็นสัดส่วน มีเตียงนอนปรับระดับยืมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียง

สังคมและสิ่งแวดล้อม เดิมผู้ป่วยเป็นคนคุยเก่ง สัมพันธภาพกับเพื่อนบ้านดี สภาพบ้านเป็นบ้านเดี่ยวในชนบท มีบ้านญาติๆ อยู่ใกล้ๆ กัน

การสนับสนุนจากสังคมและเครือข่าย มีอาสาสมัครสาธารณสุข พยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จิตอาสา และพยาบาลจากโรงพยาบาลชุมทะเลสอ ให้การดูแลสนับสนุนด้านเครื่องมืออุปกรณ์ให้คำแนะนำหรือรถ รับ-ส่ง รวมทั้งเครือข่ายกาชาดจังหวัด ให้การประสานช่วยเหลือในเรื่องเครื่องอุปโภค บริโภค แพมเพอส ต่างๆ

การวินิจฉัยโรค Subdural hemorrhage with Rt craniectomy and Tracheostomy

อาการเจ็บป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2565 เวลา 20.45 น. หลังได้รับบาดเจ็บแพทย์ได้ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบว่า Acute Rt Subdural hemorrhage of diffused brain edema more on the left cerebral hemisphere with mass effect causing midline shift to the right about 4 mm ได้รับการวินิจฉัย Subdural hemorrhage of diffused brain edema ได้รับการผ่าตัด Rt craniectomy และใส่ท่อช่วยหายใจไว้ นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท มีภาวะแทรกซ้อน ปอดอักเสบ และต่อมาได้รับการเจาะคอ (Tracheostomy tube) พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนปอดติดเชื้อ และผลกดทับสะโพก ทั้ง 2 ข้าง เกรด 2 ผู้ป่วยมีการรับรู้ สามารถสื่อสารได้ ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะได้ จึงใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ ไม่สามารถกลืนอาหารได้ ต้องให้อาหารทางสายยาง Blendera® 350 ml x 4 มื้อ นอกจากนี้การหายใจยังไม่มีประสิทธิภาพไม่สามารถไอขับเสมหะได้เอง ใส่ท่อ

เจาะคอไว้ ช่วยให้ทางเดินหายใจโล่งโดยการดูดเสมหะเป็นระยะๆ ต่อมารับกลับบ้านจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อให้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง รักษาปอดติดเชื้อ และฟื้นฟูสภาพ รักษาแผลกดทับที่โรงพยาบาลชุมทะเลสอ ตั้งแต่วันที่ 30 มีนาคม 2565 ถึง วันที่ 4 เมษายน 2565 ประสานการดูแลส่งต่อกับพยาบาลในพื้นที่ โดยใช้โปรแกรม Smart COC ในการส่งต่อข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและประสานทางโทรศัพท์ เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแล ประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้าน การให้ความช่วยเหลือสนับสนุน นอกจากนี้ประสานเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ ที่จำเป็นพร้อมทั้งสนับสนุนในส่วนขาด มีการประเมินความรู้และทักษะการดูแลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยยังพบปัญหาโรคซับซ้อนที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านและต้องดูแลเป็นพิเศษ โดยให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลซึ่งมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลดังนี้

ระยะก่อนเยี่ยม

ร่วมกับทีมสหสาขาวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

Disease : เข้าใจโรคและภาวะเจ็บป่วย

Medication : รู้ข้อมูลยาและข้อพึงระวัง
อาการไม่พึงประสงค์ ทำให้ง่วงซึม

Environment : มีการเตรียมสิ่งแวดล้อมเพียงปรับระดับได้ ที่นอนลม เครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็นได้แก่เครื่องดูดเสมหะ อุปกรณ์ทำแผล อุปกรณ์ให้อาหารทางสายยางเป็นต้น

Treatment : มีการฝึกทักษะที่จำเป็น ในเรื่องการดูแลความสะอาดทั่วไป การทำแผล การดูแลท่อเจาะคอ การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง การดูแลสายสวนปัสสาวะ

Health : รู้ข้อจำกัดด้านสุขภาพ เผื่อระวังอาการผิดปกติ

Out patient : รู้เรื่องการมาตามนัดและการส่งต่อ เรียกรถฉุกเฉิน 1669 เมื่อจำเป็น

Diet : รู้เรื่องการจัดอาหารที่เหมาะสมกับโรค และฝึกทักษะที่จำเป็น

พยาบาลชุมชนประเมินความพร้อมด้าน
เครื่องมือ อุปกรณ์ได้แก่ เตียง ที่นอนลม เครื่องดูด
เสมหะ อุปกรณ์ทำแผล สิ่งแวดล้อม ประสาน
พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน
ร่วมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

การประเมินตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว (INHOMESSS)

Immobility: ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
ต้องอาศัยผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน

Nutrition: ต้องให้อาหารทางสายยางเป็น
นมผงสำเร็จรูป เพิ่มไข่มื้อละ 1 ฟอง

Home environment: เป็นบ้าน 2 ชั้น
อากาศถ่ายเทสะดวก ห่างจากชุมชนประมาณ 1
กิโลเมตร

Other people: พี่สาวเป็นผู้ดูแลหลัก
สัมพันธ์ภาพครอบครัวดี มีพยาบาลรพ.สต. อสม. ใกล้
บ้านและจิตอาสา ช่วยเหลือสนับสนุน

Medications: ได้รับยา Dilantin 100 mg
oral tid pc รับประทานยาตามแผนการรักษาถูกต้อง
ไม่รับประทานยาสมุนไพรหรือยาอื่นๆ

Examination: BP 120/70 mmHg. P
84/min R.20 /min T 37.2 °C, on Tracheostomy
tube ,On NG tube GCS= E4VTM5 (9 คะแนน) มี
แผลกดทับ 2 แผล ที่ สะโพก ระดับ 2

Safety: สภาพแวดล้อมสะอาด ปลอดภัย
แยกขยะติดเชื่อนำส่ง รพ.สต.ใกล้บ้าน

Spiritual: นับถือศาสนาพุทธ ชอบทำบุญ เชื่อ
เรื่องกรรม ญาติมีความหวังให้ผู้ป่วยดีขึ้น ดูแลด้วย
ความรักและอบอุ่น

Services: พึงพอใจต่อการบริการของ
เจ้าหน้าที่ ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนตามบริบทของ
พื้นที่

เข้าใจการใช้บริการจากแหล่งประโยชน์ ในชุมชน

ระยะเยี่ยม

ครั้งที่ 1 วันที่ 11 เมษายน 2565

ครั้งที่ 2 วันที่ 18 เมษายน 2565

ครั้งที่ 3 วันที่ 2 พฤษภาคม 2565

ครั้งที่ 4 วันที่ 16 พฤษภาคม 2565

ประเมินสภาพผู้ป่วย รู้สึกตัว ทำตามสั่งได้
GCS score = 9T คะแนน (E4VTM5) แขนขาซ้าย
อ่อนแรง เกรด 2 วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศา
เซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/
นาที ความดันโลหิต 128/70 มิลลิเมตรปรอท On TT
tube มีเสมหะมากสีขาวเหนียว On NG tube Feed
นม Blendera 350 mlx 4 มื้อ BI index = 0 มีแผล
กดทับระดับ 2 ที่ สะโพกซ้าย 2 x 3 cm สะโพกขวา
ขนาด 1x2 cm on Foiey's cath ปัสสาวะสีเหลืองมี
ตะกอนเล็กน้อย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 บิดาและ พี่สาววิตกกังวล กลัว เกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วย ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีแผล เจาะคอและใส่ท่อเจาะคอ มีแผลกดทับ ใส่ สายยางเพื่อให้อาหาร และใส่สายสวน ปัสสาวะ พี่สาวผู้ดูแลผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น เมื่อทราบว่าผู้ป่วยจะได้กลับบ้าน	กิจกรรมการพยาบาล ได้เข้ามาสร้างสัมพันธ์กับผู้ดูแล และสอบถามถึงเรื่องที่ทำให้เกิด ความวิตกกังวล อธิบายและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือได้เมื่อมีปัญหาขณะดูแลผู้ป่วย เตรียมวัสดุการทำแผลต่อเนืองที่บ้าน ประสานยืมนอนลม อุปกรณ์ให้อาหารทางสายยาง แจ้งกำหนดการ เยี่ยมเพื่อให้การช่วยเหลือ เยี่ยมครั้งแรกในวันที่ 11 เมษายน 2565 โดยมีแผนการรักษาที่บ้าน ให้อา Dilantin 100 mg 2 tab oral tid pc., Feed Blendera® 350 ml x 4 มื้อ, Rehabilitation program: Range of movement and strengththening exercise., Wet dressing pressure sore และกำหนดการเยี่ยม 4 ครั้ง เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน นัดหมายญาติเพื่อเรียนรู้และฝึก ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่บ้าน ได้แก่ ให้ความรู้เกี่ยวกับ โรค การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมภายหลังกลับไปอยู่บ้าน และการเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อน ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ และการเตรียมอาหารเหลวทางสาย การสังเกตอาการ ข้างเคียงของยา สังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ มีอาการไข้ เหงื่อออก ตัวเย็น เป็นต้น แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อม ที่บ้านให้เหมาะสม จัดห้องนอนให้อยู่ชั้นล่างของบ้าน เพื่อความสะดวกและห้องพักควรมีความสว่าง ป้องกัน ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุ พลัดตกเตียง แนะนำการดูแล/ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันที่ถูกต้อง และ การสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่ควรมาพบแพทย์ ได้แก่ ดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย อย่านั่งสับพันธุ์ ภายหลังผู้ป่วยขับถ่ายขับผิวนั่งให้แห้ง ทาผิวนั่งด้วยวาสลีนบริเวณขาหนีบและก้นกบให้ทั่ว ป้องกันการ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ระคายเคืองของผิวหนังจากสิ่งขับถ่าย จัดทำนอนที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการนอนกดทับแผลผ่าตัดในช่วงแรก หลังผ่าตัด ทาวัสดุอ่อนนุ่ม หมอนใบเล็ก หนุนรองปุ่มกระดูกสะโพก ตามช่วงเวลาบนอนตะแคง ห้ามเก้า หรือแกะสะเก็ดแผลบริเวณศีรษะโดยเฉพาะที่มีท่อระบายน้ำจากโพรงสมองลงช่องท้อง เพราะจะทำให้แผลอักเสบ เสี่ยงต่อการติดเชื้อ สังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ มีไข้ แผลผ่าตัดมีอาการอักเสบ บวมแดง ร้อน หรือมีเลือดออก สังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ ได้แก่ มีคลื่นไส้ อาเจียน ซึมลง มีแขนขาอ่อนแรงลง มีอาการชักเกร็ง กระตุก เป็นต้น แนะนำการส่งเสริมฟื้นฟูสภาพร่างกายและสมองแก่ผู้ป่วย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ในด้านการกระตุ้นสมอง ด้านความจำ ความรู้สึก หมั่นพูดคุยกับผู้ป่วย และให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับผู้ป่วยทุกครั้งทั้งในเรื่องวัน เวลา สถานที่ บุคคล หาปฏิทินหรือนาฬิกาไว้ให้มองเห็นชัดเจน บอกขั้นตอนที่จะให้ผู้ป่วยทำโดยใช้คำพูดที่สั้นๆ เข้าใจง่าย กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ฟังทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองในเรื่องที่ทำได้อย่างต่อเนื่อง การประเมินผล ญาติมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ถูกต้อง ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหาร ทางสายยาง การส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพร่างกาย ภายภาพบำบัด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ถูกต้อง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจ เนื่องจากมีเสมหะอุดตัน ข้อมูลสนับสนุน มีเสมหะมาก สีขาว ชุ่น ใส่ท่อเจาะคอ (tracheostomy tube) ไม่สามารถไอขับเสมหะได้	กิจกรรมการพยาบาล ประเมินสภาพทางเดินหายใจ Lungs มีเสียงเสมหะ อัตราหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที ประเมิน oxygen saturation 98 % อธิบายญาติในการเฝ้าระวังภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น โดยประเมินภาวะพร้อมออกซิเจน ประเมินอัตราการหายใจ ชีพจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้า เยื่อเมือกในช่องปาก ลักษณะการขีด เพื่อพิจารณาการให้ออกซิเจน จัดทำนอนศีรษะสูง เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซมากขึ้น สอนญาติในการประเมินการหายใจ สังเกตนับการหายใจ จับชีพจร เพื่อให้ทราบความรุนแรงของภาวะพร้อมออกซิเจน สอนประเมิน oxygen saturation เพื่อวัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด วันละ 1 ครั้ง หรือมีการหายใจผิดปกติ ทบทวนสอนการดูดเสมหะ เมื่อมีเสมหะเท่าที่จำเป็น เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง ใส่สายดูดเสมหะอย่างนุ่มนวล รวดเร็วแต่ไม่กระแทกมีการเว้นช่วงพักระหว่างการดูดเสมหะ เพื่อลดความเจ็บปวด 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 %
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลเจาะคอและทางเดินหายใจ ข้อมูลสนับสนุน มีเสมหะมาก สีขาวชุ่น ใส่ท่อเจาะคอ (tracheostomy tube)	กิจกรรมการพยาบาล ประเมินการหายใจ สัญญาณชีพ วัดอุณหภูมิ ลักษณะเสมหะ สีกลิ่น ล้างมือก่อนและหลังให้การดูแลผู้ป่วย สวมหน้ากากอนามัย เพื่อป้องกันแพร่กระจายเชื้อ ดูแลเสมหะอย่างถูกวิธี ด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ ดูแลความสะอาด ปากและฟันเข้า-เย็น เพื่อลดการสะสมเชื้อโรคในช่องปาก ทำแผลรอบท่อเจาะคอวันละ 2 ครั้งหรือทุกครั้งที่มีคราบเสมหะเปื้อน ดูแลให้ผิวหนังรอบๆท่อหลอดลมคอให้สะอาด ทำแผลด้วยสำลีชุบน้ำเกลือ (Normal saline) และเช็ดให้แห้ง ใช้ผ้าก๊อสดัดระหว่าง stoma และท่อหลอดลมคอเพื่อให้ผิวหนังรอบๆแห้งตลอดเวลาและช่วยดูดซับสิ่งขับหลังจาก stoma การทำความสะอาดท่อเจาะคอเริ่มจากล้างมือให้สะอาด ถอดท่อชั้นนอกออก ล้างด้วยน้ำยาล้างทำความสะอาดทั่วไป ด้านในและด้านนอก ต้มน้ำเดือดประมาณ 5 นาที และเก็บใส่ภาชนะที่สะอาดผ่านการนึ่งหรือต้ม (ใช้หลัก clean technique) เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่บ้านมีโอกาสสัมผัสเชื้อโรคได้น้อยกว่าในโรงพยาบาล หลังทำแผลท่อเจาะคอ นำท่อกลับไปใส่เหมือนเดิม การเปลี่ยนสายตรงท่อเจาะคอ ให้เปลี่ยนโดยผู้สอยใหม่ก่อน ถึงตัดสายเก่า ไม่ให้แน่นหรือหลวมเกินไป โดยใช้ นิ้วมือสอดได้ 1 นิ้วบริเวณใต้สายตรงท่อหลอดลมคอกับผิวหนังบริเวณลำคอป้องกันเกิด pressure sore ประเมินการนำท่อเจาะคอออก เมื่อผู้ป่วยหายใจได้สะดวก ไม่มีเสมหะ สังเกตอาการผิดปกติ ควรมาพบแพทย์ เช่น ท่อเจาะคอหลุด หายใจลำบาก หอบเหนื่อย มีเลือดออกในท่อเจาะคอ มีไข้ ไอมากเสมหะข้น มีสีเขียว ขณะทำความสะอาดร่างกาย หรือออกไปนอกบ้าน ระวังระวังไม่ให้น้ำ หรือสิ่งแปลกปลอม เข้าไปในท่อเจาะคอ การประเมินผล ไม่มีการติดเชื้อของแผลเจาะคอและทางเดินหายใจ ไม่มีอาการปวด บวมแดง บริเวณแผลรอบท่อเจาะคอ เสมหะสีขาว ออกเล็กน้อย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการสำลัก เนื่องจากกลืนลำบาก ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหาร (NG tube) ผู้ป่วยกลืนอาหารทางปากไม่ได้	กิจกรรมการพยาบาล ประเมินสภาพการกลืนของผู้ป่วย สอนและฝึกทักษะการให้อาหารทางสายยาง การจัดเตรียมอาหารที่สะอาด อธิบายการจัดทำศีรษะสูง 45-60 องศา ก่อนให้อาหารทดสอบว่าสายยางอยู่ในกระเพาะอาหารหรือไม่ โดยดูดดูน้ำย่อย ถ้าได้น้ำย่อยแสดงว่าอยู่ในกระเพาะอาหาร ถ้ามีเสียงเสมหะให้ดูดเสมหะก่อนให้อาหาร หากมีการไอ ขณะให้อาหารต้องหยุดให้ทันที สังเกตอาการผิดปกติ ดูแลเปลี่ยนสายยางให้อาหารทุก 1 เดือนหรือเมื่อสกปรก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	การประเมินผล ญาติสามารถให้อาหารทางสายยางได้ถูกต้องเตรียมอาหารได้สะอาดเหมาะสม ผู้ป่วยไม่มีอาการสำลัก ได้รับการเปลี่ยนสายยางให้อาหารทุก 1 เดือน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลกดทับ ข้อมูลสนับสนุน มีแผลกดทับ ระดับ 2 ที่สะโพก 2 ข้าง ลักษณะมีเนื้อตายสีเหลืองเล็กน้อย เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้	กิจกรรมการพยาบาล ประเมินผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกและส่วนที่รับน้ำหนักที่ถูกกดทับ มีรอยขีดข่วนแดง หรือบวม ประเมินสัญญาณชีพ วัดอุณหภูมิ จับชีพจรและวัดความดันโลหิต สังเกตอาการแสดงการติดเชื้อ เช่น มีไข้ อุณหภูมิ $T > 38$ องศาเซลเซียส $P > 90$ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ > 20/นาที รายงานแพทย์และดูแลเช็ดตัวลดไข้ ให้อาหารลดไข้ Paracetamol (500 mg.) 1 เม็ดทุก 4-6 ชั่วโมง แนะนำให้มาโรงพยาบาลด่วนเพราะมีสัญญาณการติดเชื้อในกระแสโลหิต ประเมินลักษณะแผล ด้วยแบบประเมินการหายของแผลกดทับ (PUSH TOOL) ประกอบด้วยพื้นที่แผล กว้างxยาว สิ่งขับหลัง ลักษณะพื้นแผล ความลึกของแผล แนะนำการดูแลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ ล้างมือก่อนและหลังทำแผล การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับ การทำความสะอาดอย่างนุ่มนวลและล้างทำความสะอาดแผลอย่างทั่วถึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยจัดสิ่งแวดล้อมต่างๆ ประเมินสิ่งขับหลังถ้ามากเกินไปจะทำให้ ผิวหนังรอบ ๆ แผลเปื่อยยุ่ยเป็นอาหารของแบคทีเรียมีการติดเชื้อเพิ่มขึ้น และให้ความชุ่มชื้นแก่แผล ซึ่งนำไปสู่การหายของแผล ทำแผลด้วย NSS ส่วนแผลที่เนื้อตายสีเหลืองใช้น้ำยาช่วยย่อยสลาย pack ไว้ 15 นาที ล้างด้วย NSS และให้ความชุ่มชื้น Pack ผ้าก๊อสนุ่มน้ำเกลือหมาดๆ ปิดไว้ ดูแลทำแผลอย่างถูกวิธี ดูแลสภาพผิวหนังไม่ให้เปื่อยขึ้น จากการสัมผัสอุจจาระจะทำให้เพิ่มความเป็นกรดต่าง บริเวณผิวหนังทำให้ระคายเคืองด้านเชื้อโรคลดลงเพื่อลดการสัมผัสเชื้อโรค ได้แก่ ทำความสะอาดทันทีหลังขับถ่ายหรืออย่างช้าไม่เกิน 30 นาที เลือกใช้สบู่เหลวสำหรับทารกซึ่งมีค่าความเป็นกรดต่างอยู่ในช่วง 5.2-5.5 ซึ่งมีค่าความเป็นกรดเล็กน้อยผลดีต่อการกำจัดเชื้อแบคทีเรียบริเวณผิวหนังและใช้โคลด์ครีม (Cold cream) กรณีสัมผัสผิวหนัง ช่วยให้ผิวหนังชุ่มชื้นแก่ผิวหนังระมัดระวังไม่ให้อุจจาระหรือปัสสาวะสัมผัสกับแผล หากปนเปื้อนต้องทำแผลใหม่ทุกครั้ง สอนการป้องกันการเกิดแรงกดแรงเสียดสีและแรงเสียดทาน โดยดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตการจัดท่านอนศีรษะสูงไม่เกิน 30 มีหมอนคั่นระหว่างเข่าทั้ง 2 ข้าง พร้อมยกข้อพับเข่าไม่เกิน 45 องศาและส้นเท้าลอย ส่วนการจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายโดยให้เอียงเข่า ท่านอน ต้องจัดให้ศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา กับแนวระนาบซึ่งจะช่วยให้ออกซิเจนมาเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณปุ่มกระดูกโคนขา การใช้ท่านอนเสริมลดแรงกดชนิดมีการเคลื่อนที่ของลมและชนิดที่ไม่มีการเคลื่อนที่ของลม (ที่นอนโฟม) สามารถช่วยกระจายแรงกดที่เกิดกับหลอดเลือดฝอยกับที่นอนได้ ส่งผลให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อบริเวณรอบๆ ได้รับเลือดไปเลี้ยงได้อย่างเพียงพอ แนะนำญาติใช้ผ้าขาวเตียงป้องกันผิวหนังของผู้ป่วยเสียดสีกับที่นอน และให้หมั่นช่วยเปลี่ยนท่าพลิกเปลี่ยน การลาดเตียง การดูแลภาวะโภชนาการส่งเสริมการหายของแผลเพิ่มอาหารประเภทโปรตีน ได้แก่ เพิ่มไข่หรือเนื้อสัตว์ในอาหาร ให้ Feed น้ำระหว่างมือ จะช่วยในการคงสภาพระบบการไหลเวียนเลือดและส่งเสริมความสมบูรณ์ของผิวหนังซึ่งควรได้รับน้ำอย่างน้อย 1,000 มิลลิลิตรต่อวันหากไม่มีข้อจำกัด ติดตามความก้าวหน้าของแผลกดทับ โดยสอนให้ญาติประเมินแผล และบันทึกรูปภาพส่งทาง LINE ให้พยาบาลทราบทุกสัปดาห์หรือสังเกตว่าแผลมีความผิดปกติ เช่น มีหนอง มีเนื้อตายเพิ่มขึ้น สนับสนุนอุปกรณ์ทำแผล ผ้าก๊อส สำลี น้ำยาล้างแผลและวัสดุปิดแผล จากโรงพยาบาล ทุกเดือนสำหรับอุปกรณ์ set ทำแผล ให้เบิกจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน การประเมินผล แผลกดทับแดงดีแห้งไม่เป็นหนอง ไม่มีเนื้อตาย ไม่มีกลิ่นเหม็น ขนาดแผลเท่าเดิมทุกตำแหน่ง อุณหภูมิกาย 36.5-37.0 องศาเซลเซียสไม่พบแผลกดทับเพิ่มขึ้น ญาติมีความรู้ ความเข้าใจในการทำแผลที่ถูกต้อง มีการส่งภาพแผลให้พยาบาลทราบเป็นระยะ แผลมีขนาดเล็กลงในสัปดาห์ที่ 4-6 และค่อยๆ เล็กลงตามลำดับ มีการทำแผล pack ด้วย Hydro gel ตาม แผนการรักษา
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเนื่องจากคาสายสวนปัสสาวะ ข้อมูลสนับสนุน คาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะอุดตัน ไหลไม่สะดวก บางครั้งพบปัสสาวะขุ่น	กิจกรรมการพยาบาล ลดปัจจัยเสี่ยงบริเวณที่สอดใส่สายต่าง ๆ เข้าร่างกาย โดยยึดหลักปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัดทุกกระบวนการ ดูแลให้ทางเดินปัสสาวะไหลสะดวกอยู่ในระบบปิด และอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะป้องกันการไหลย้อนกลับตรวจดูให้ปัสสาวะไหลลงถุงรองรับปัสสาวะได้สะดวก ดูแลมิให้สายระบายปัสสาวะเกิดการอุดตัน อย่านำท่อหักพับงอ และให้ถุงรองรับปัสสาวะอยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ และในทิศทางตั้งฉากกับพื้น เพื่อป้องกันปัสสาวะไหลย้อนกลับ โดยถุงรองรับปัสสาวะไม่วางติดพื้น การสวนปัสสาวะเลือกขนาดสายสวนปัสสาวะให้เหมาะสมเพศหญิง มีขนาด No. 14 เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะอย่างน้อยทุก 1 เดือน ตรวจอุณหภูมิของร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง แนะนำญาติประเมินอาการแสดง มีไข้ ปัสสาวะขุ่นมีตะกอน สังเกตปริมาณของปัสสาวะที่ออกมา หากพบผิดปกติ รายงานให้พยาบาลทราบเพื่อปรึกษาแพทย์ต่อไป ก่อนและหลังให้การดูแลผู้ป่วยจะต้องล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง ป้องกันการเคลื่อนของสายสวนปัสสาวะ โดยเฉพาะการเคลื่อนเข้า-ออกของสายสวนปัสสาวะ ตรึงสายสวนปัสสาวะ โดยปิดพลาสเตอร์บริเวณหัวเหมา แนะนำให้ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำและน้ำสบู่โดยเฉพาะบริเวณปลายเปิดที่ต่อกับท่อปัสสาวะและขับให้แห้งอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือเมื่อเบื่อนสกปรก ก่อนและหลังเทปัสสาวะให้ล้างมือทุกครั้งเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และเมื่อมีการดูแลผู้ป่วย ควรเทปัสสาวะเมื่อมี

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ปริมาณปัสสาวะมากกว่า 2 ใน 3 ของถุง เช็ด 70% Alcohol ที่ข้อต่อ ก่อน-หลังเทปัสสาวะทุกครั้ง และเทปัสสาวะออกจากถุงรองรับปัสสาวะทุกๆ 8 ชม. แนะนำให้รับน้ำ ระหว่างมื้อ อย่างน้อย 1,000 ml/วัน เพื่อให้ปัสสาวะไหลสะดวก พิจารณาวิถีปฏิบัติแทนการสวนปัสสาวะ เช่น Condom ต่อ Urine Bag หรือสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว (Intermittent catheterization แทนการคาสายสวนปัสสาวะ) การประเมินผล ไม่มีไข้ อุณหภูมิกาย 36.5-37.0 องศาเซลเซียส ไม่มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปัสสาวะไหลสะดวก สีปัสสาวะใส ไม่มีตะกอน ไม่ขุ่น
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลักจากกรนอนนาน ข้อมูลสนับสนุน หายใจหอบ อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ใส่ท่อเจาะคอ (tracheostomy tube) หัวใจเต้นเร็ว ความดันเลือดต่ำ ชีพจร 102 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 96/64 มิลลิเมตรปรอท	กิจกรรมการพยาบาล สอนการจัดท่าให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อป้องกันการไหลย้อนของอาหาร จะช่วยให้อาหารจากกระเพาะอาหารไหลผ่านไปยัง Pylorus ได้ง่าย ดูปอดเสมหะให้โล่งโดยเฉพาะบริเวณ Oropharynx ในผู้ป่วยใส่คอท่อ Tracheostomy Tube สอนการดูแลผู้ป่วยให้อาหารทางสายยาง โดย จัดท่าให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนศีรษะสูง 45 องศา ตลอดเวลาเพื่อป้องกันการเกิด Gastric reflux จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูงขณะที่ให้อาหารและหลังให้อาหาร ตรวจดูตำแหน่งของสายยางให้อาหารโดยการฟัง โดยเฉพาะก่อนให้อาหารหรือหลังจากการเปลี่ยนท่า การดูดเสมหะ การไอ หรืออาเจียน เป็นต้น ดูดูปริมาณสารอาหารที่ตกค้างในกระเพาะอาหารก่อนให้อาหารทุกครั้งและถ้าพบว่า มีเศษอาหารตกค้างอยู่ในกระเพาะอาหารมากกว่า 100-150 ml ในการให้อาหารเป็นครั้งๆ ให้เลื่อนการให้อาหารออกไปอีก 1 ชั่วโมง การประเมินผล ไม่มีไข้ อุณหภูมิกาย 36.5-37.0 องศาเซลเซียส ฟังเสียงปอดปกติ อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 มีโอกาสเกิดขาดสารน้ำและอาหาร ข้อมูลสนับสนุน มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง รูปร่างผอม ริมฝีปากแห้ง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Albumin 2.6 g/ dl (3.8-5.5) , Hemoglobin 7.9 g/dl (12-18), HCT 24% (36-54) ใส่สายยางให้อาหาร	กิจกรรมการพยาบาล ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร Feed Blendera® 350 ml x 4 มื้อ เสริมไข่วันละ 1 ฟอง ตามด้วยน้ำ 50 ml/มื้อ อย่างครบถ้วนตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้น้ำระหว่างมื้อ รวมประมาณ 1,000 ml/วัน สังเกตความยืดหยุ่นของผิวหนัง (skin turgor) ริมฝีปาก และอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) สัญญาณชีพระดับความรู้สึกตัว ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อแพทย์นัดมาตรวจซ้ำ การประเมินผล 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%

ระยะสิ้นสุดการเยี่ยม

ได้ประเมินความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วยอีกครั้ง และทบทวนความรู้ที่ให้แก่พี่สาว 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

การบาดเจ็บศีรษะรุนแรง เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยมีอัตราการเสียชีวิตสูง ถือเป็นการเจ็บป่วยที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบต่ออย่างมากทั้งด้านร่างกายและจิตใจ บางครั้งเกิดความพิการทำให้สูญเสียทั้งทรัพยากรบุคคลและค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ดังนั้นในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ นอกจากจะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยรอดชีวิตแล้ว ต้องมีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ลดความพิการ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลติดตาม ต่อเนื่อง ต้องมีการวางแผนการจำหน่ายล่วงหน้าเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของบุคลากรทีมสุขภาพทุกคนที่เกี่ยวข้อง การวางแผนจำหน่ายควรเริ่มต้นทันทีที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล ควรให้ความรู้ฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ญาติผู้ดูแล พยาบาลจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมตามแผน ให้สอดคล้อง

กับระยะการดำเนินของโรคหรือความเปลี่ยนแปลง ประเมินศักยภาพของผู้ป่วยครอบครัวและสังคมเป็นระยะ

เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีความพิการหลงเหลืออยู่ ภาวะแทรกซ้อนที่นำไปสู่การเสียชีวิตได้ เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินปัสสาวะ เกิดแผลกดทับ การขาดอาหารอย่างรุนแรง เป็นต้น ผู้ป่วยและญาติมีโอกาสเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย การเสริมสร้างกำลังใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการให้ความรู้ คำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเบื่อหน่ายและมีความทุกข์กับสภาวะของโรคที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลต้องหากิจกรรมมาทำร่วมกับผู้ป่วยเพื่อให้ผ่อนคลาย ลดความซึมเศร้า เสริมสร้างความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง

ให้กับผู้ป่วย ชี้แนะแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชนที่สามารถให้คำแนะนำได้ตลอดหากพบปัญหา⁹⁻¹²

ข้อเสนอแนะ

1. รณรงค์นโยบายสาธารณะ การขับเคลื่อน ปลอดภัย สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ การดื่มสุราและการใช้สารเสพติดในขณะขับขี่หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร หลีกเลี่ยงการเดินทางไปในที่มืด หรือจุดเสี่ยงหรือเวลากลางคืน
2. ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วย ควรได้รับการอบรม พื้นฟูวิชาการอย่างทันสมัยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์สม่ำเสมอ เพื่อให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ
3. กำหนดนโยบาย การประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้บริการที่บ้าน และการช่วยเหลือตามความเหมาะสมของแต่ละโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). รูปแบบในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาวและผู้ดูแล. ห้างหุ้นส่วนจำกัดเทพเพ็ญวานิชย์.
2. กลุ่มยุทธศาสตร์และพัฒนางานองค์กร กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานประจำปี 2565 กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. อักษรกราฟิกแอนด ดีไซน์
3. กัญญาณัฐ เกิดชื่น, ยุพาพร จิตตะสุสุโท และ ชุตติมา ปัญญาประดิษฐ์. (2565). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงตั้งแต่ในโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้าน; 28(1): 1-13.
4. นครชัย เผื่อนปฐม, และธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล. (2562). แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ (Clinical practice guidelines for traumatic brain injury). พรอสเพอริสพลัส จำกัด.
5. ปาณิสรา บุญยรัตกลิน. (2561). การดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน: บทบาทพยาบาล. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย; 11(1): 47-59.
6. กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, กรมแพทย์ทหารบก, กรมแพทย์ทหารอากาศและสำนักงานคณะ กรรมการการอุดมศึกษา. (2556). แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ (Clinical Practice Guidelines for Traumatic Brain Injury). บริษัทธนาเพรส จำกัด.
7. สมสมัย รัตนกริธากุล, สุริย์รัตน์ ธนาภิจ, นิสากร กรุงไกรเพชรและอริสรา ฤทธิงาม. (2561). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน: กรณีศึกษานวัตกรรมพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด. วารสารวารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 26(1): 1-9.
8. สำนักงานการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.

- 9.อัญชลี โสภณ, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์, ไพรวลย์ พรหมที, สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, และอรไท โพธิ์ไชยแสน. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง โดยใช้การจัดการรายกรณี. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 29(3): 126-138.
- 10.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. KRU Research Journal (Graduate Studies). 21(3). 139-150.
- 11.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.
- 12.ศศิธร วัตศรี. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่ต้องดูแลเป็นพิเศษที่บ้าน: กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดลอม และสุขภาพชุมชน; 8(1): 185-197

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองต่อ
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความพร้อมของญาติผู้ดูแล โรงพยาบาลเขาวง
The effect of discharge planning and continuation care program for middle-term patients
with cerebrovascular disease on ability to perform daily activities, availability of caregiver
relatives, Khao Wong Hospital.

(Received: August 24,2023 ; Revised: August 27,2023 ; Accepted: August 28,2023)

วิชชุณี ละม้ายศรี¹
Witchuni Lamaisri

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความพร้อมของญาติผู้ดูแล โรงพยาบาลเขาวง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 30 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างละ 15 คู่ กลุ่มควบคุม ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลอง ได้รับวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางฯ เครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความพร้อมในการดูแล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและแบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์และการทดสอบที

ผลการวิจัย ด้านญาติผู้ดูแล พบว่า ก่อนจำหน่ายญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และภายหลังจำหน่าย 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ด้านผู้ป่วย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ส่วนการกลับมารักษาซ้ำ พบว่า กลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำ 2 ราย ในขณะที่กลุ่มทดลองไม่พบการกลับมารักษาซ้ำ

คำสำคัญ : โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยระยะกลาง ภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพร้อมของญาติผู้ดูแล

ABSTRACT

This study was action research aimed study was to study the effects of discharge planning and continuation of care program in middle-term patients with stroke on the ability to perform daily activities. and availability of caregiver relatives Khao Wong Hospital The sample consisted of 30 pairs of relatives, carers and stroke patients according to the specified qualifications, divided into a control group and an experimental group, 15 pairs each. Planned as a normal distribution the experimental group Discharge plans and continuation of care for middle-term patients were obtained. The instrument used for data collection was the care readiness assessment form. Assessment of ability to perform daily activities and record of re-treatment Data were analyzed using descriptive statistics. chi-square test and t test.

The results of the research concerning the caregiver's relatives, it was found that before discharge, the caregiver's relatives in the experimental group had a statistically significant higher mean score of care readiness than the control group ($p<.05$). And 1 month after discharge, it was found that the experimental group had The average score of readiness to care was statistically significantly higher than the control group ($p<.05$). For the patients, it was found that the experimental group had the mean score of ability to perform daily activities significantly higher than

¹ โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

the control group. Statistical ($p < .05$) Regarding re-treatment, it was found that the control group re-treated 2 cases while the experimental group did not see re-treatment.

Keywords: discharge planning program, continuation of care, intermediate patients, cerebrovascular disease, ability to perform daily activities, readiness of caregiver relatives

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและการอันดับต้น ของโลกและประเทศไทย คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มถึง 3.4 ล้านคน⁷ ในประเทศไทยพบอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นทุกปีและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 1 ของประเทศ⁸ ภาพรวมจากข้อมูลเขตสุขภาพที่ 7 มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกปี ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2563 จำนวน 19,368, 22,836, 26,849, และ 32,446 รายตามลำดับ ร้อยละ 0.49, 0.61, 0.71 และ 0.88 ตามลำดับ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2563)

สำหรับจังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2563 มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นทุกปีเช่นเดียวกัน คือ จำนวน 2,228, 2,715, 2,862, และ 3,458 รายตามลำดับคิดเป็นร้อยละ 0.26, 0.32, 0.35, และ 0.43 ตามลำดับ พบอัตราตายจำนวน 502, 522, 618 และ 735 รายคิดเป็นร้อยละ 7.51, 7.56, 7.44 และ 8.09 ตามลำดับ จากสถิติอำเภอเขาหวงมีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นทุกปีเช่นเดียวกัน คือ จำนวน 198, 242, 266, และ 269 รายตามลำดับคิดเป็นร้อยละ 0.68, 0.81, 0.91, และ 0.93 ตามลำดับ พบอัตราตายจำนวน 30, 42, 44 และ 46 ร้อยละ 9.87, 10.46, 11.0 และ 11.41 ตามลำดับ (HDC, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2563) จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2556 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ทั้งในหญิงและชายไทย และยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียสุขภาพของประชากรไทยในเพศหญิงอันดับ 1 และในเพศชายเป็นอันดับ 3 อีกด้วย

การจัดบริการระบบ Intermediate care เป็นหนึ่งในนโยบายดังกล่าว คือ โดยมุ่งเน้นให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

(Intermediate care) ที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นระยะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกายจิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดความพิการหรือทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างปกติสุข โดยนโยบาย Intermediate care ได้กำหนดเน้นโรคสำคัญ 3 โรค และโรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในโรคสำคัญของนโยบายดังกล่าว² โรงพยาบาลเขาหวงมีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ยึดหลักการทำงานเป็นทีมของทีมสหสาขาวิชาชีพมีกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวโดยเร็ว การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองตามสภาพและความต้องการตั้งแต่ช่วงแรกของการรักษา โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีศักยภาพและความมั่นใจในการจัดการดูแลตนเอง คือมีระบบงานและกระบวนการให้บริการที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2560)

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีความสนใจและตระหนักถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่สะท้อนถึงคุณภาพการบริการของโรงพยาบาล จึงได้มีทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการวิเคราะห์ปัญหาการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพในระดับปานกลางถึงรุนแรง มีความต้องการญาติผู้ดูแลในการช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันค่อนข้างมาก และเมื่อ

วิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนจำหน่ายเดิมพบว่า ญาติผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุมทุกด้าน เช่น การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การจัดการความเครียดของผู้ป่วย เป็นต้น ทำให้ญาติผู้ดูแลบางรายไม่มั่นใจเมื่อกลับไปที่บ้าน และถ้ามีปัญหาไม่มีช่องทางติดต่อขอรับคำแนะนำหรือปรึกษากับทีมสุขภาพได้ ทำให้ญาติผู้ดูแลบางรายตัดสินใจแก้ไขปัญหามิเหมาะสมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย บางรายเกิดความวิตกกังวลและความเครียดแล้วจัดการความเครียดไม่ได้ ขาดการประสานความร่วมมือที่ชัดเจนระหว่างพยาบาลผู้จำหน่าย และพยาบาลเยี่ยมบ้าน เมื่อมีการเปลี่ยนตัวผู้ดูแลกลางคันไม่มีระบบการฝึกผู้ดูแลใหม่ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงปี 2563-2564 โรงพยาบาลมีนโยบายห้ามญาติเยี่ยมยิ่งทำให้มีข้อจำกัดในการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแล และการติดตามเยี่ยมที่บ้านมากยิ่งขึ้น ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งหวังที่จะพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยภาวะโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยทำการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วพบว่าแนวคิดการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของ Naylor และคณะ¹³ มีผู้นิยมนำไปใช้เป็นกรอบแนวคิดของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเรื้อรังและญาติผู้ดูแลอย่างกว้างขวาง เนื่องจากแนวคิดการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของ Naylor และคณะ⁸ มีจุดเน้นที่น่าสนใจ กล่าวคือ มุ่งเน้นการดูแลที่ต่อเนื่อง (broad range of time-limited services designed to ensure health care continuity) การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (prevent health complications) และป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (prevent rehospitalization) อีกทั้งยังเน้นผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลอีกด้วย (focuses on improving care; enhancing patient and family caregiver outcomes)¹³

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเขาวง
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องฯ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องฯ ได้แก่ ความพร้อมในการดูแล

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกลุ่มทดลองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน แตกต่างกัน
2. การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล 1 เดือน
3. คะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเขาวง โดยมีเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองทั้งในระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อ

กลับบ้านและอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย 2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ 4) อ่านออก เขียนได้ สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้

กลุ่มที่ 2 ประชากร คือ ผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตันที่มีสภาวะทางการแพทย์คงที่ 2) ผู้ป่วยได้รับการประเมินว่ามีภาวะพึ่งพิง โดยมีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) น้อยกว่า 70 คะแนน หรือมากกว่า 70 คะแนนและมีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป (multiple impairments)

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากงานวิจัยของ วาสนา มุลฐิ¹² เรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ ได้ คำนวณหาขนาดของอิทธิพล (effect size) ได้ระดับ large effect size ระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจในการทดสอบ (power) ที่ 0.80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 21 คู่ แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้อยู่ใน สถานการณ์โรคระบาด จึงได้ลดขนาดของกลุ่มตัวอย่างลง โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามแนวทางของ Polit¹⁷ & Hungler(1999)¹⁷ ที่ระบุว่างานวิจัยกึ่งทดลองควรใช้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 30 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง และเครื่องมือในการดำเนินการตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและ

การดูแลต่อเนื่อง ๆ ได้แก่ 1) แผนการสอนเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 2) แผนการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับญาติผู้ดูแล 3) คลิปการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาเป็นภาษาพื้นบ้าน (ภาษาถิ่น) โดยศูนย์ดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลเขาวง และ 4) คู่มือโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วย

การหาความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ๆ และเครื่องมือดำเนินการตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ๆ โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์โรงพยาบาลเขาวง จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน นักกายภาพบำบัดผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ท่าน แล้วนำผลการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลของญาติผู้ดูแล

2.1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษาอาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ รายได้เฉลี่ย โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนผู้ช่วยในการดูแล จำนวนผู้ที่อยู่ในความดูแล และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย

2.1.2 แบบประเมินความพร้อมในการดูแล (Preparedness Scale) พัฒนาขึ้นโดย Archbold & Stewart³ แปลเป็นภาษาไทยโดย วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์¹⁸ หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.88⁵ แบบประเมินนี้มี 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านอารมณ์ 3) การหาข้อมูล 4) การจัดการความเครียด 5) การดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ 6) การจัดการภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย 7) การดูแลผู้ป่วยด้านขอความช่วยเหลือ 8) การดูแลผู้ป่วยในภาพรวมมีจำนวน 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม

เป็นมาตรฐานค่าของลิเคิร์ต (Likerts Scale) 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน คะแนน 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความพร้อมเลย คะแนน 4 หมายถึง มีความพร้อมมากที่สุด การแปลความหมายคะแนนรวม 0-10 ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลระดับต่ำ คะแนนรวม 11-21 ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลระดับปานกลาง และคะแนนรวม 22-32 ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลระดับสูง

การประเมินคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ได้นำเครื่องมือทั้งหมดไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 10 ราย นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความพร้อมในการดูแลโดยตรง เท่ากับ 0.72

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพการสมรส จำนวนผู้ดูแลหลัก ชนิดของการอุดตัน อาการสำคัญ โรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพของสมองจากผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง การรักษาที่ได้รับ ค่ารักษา ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่พบขณะรักษาในโรงพยาบาล

2.2.2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ดัชนีบาร์ธเอล เอ ดีแอล (The Barthel Activity of Daily Living Index) การศึกษาครั้งนี้ใช้ฉบับแปลเป็นไทยโดยสถาบันประสาทวิทยา¹⁴ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.83¹⁶ ใช้ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งหมด 10 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย การเดิน/การเคลื่อนที่ การแต่งกาย การอาบน้ำเช็ดตัว สุขาภิบาลส่วนบุคคล การใช้ห้องสุขา และกระโถน การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ (bowels) การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ และการเดินขึ้นบันได คะแนนรวม 0-100

คะแนน การแปลความหมาย คะแนนรวม 0-20 ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย คะแนนรวม 25-45 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย คะแนนรวม 50-70 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง คะแนนรวม 70-95 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก คะแนนรวม 100 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

2.2.3 แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ได้แก่ การเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ (pneumonia) การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและการเกิดแผลกดทับ โดยการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ (pneumonia) และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection) ใช้เกณฑ์การประเมินของ Centers of Disease Control and prevention⁴ แผลกดทับใช้เกณฑ์การประเมินของ National Pressure Ulcer Panel Advisory¹⁰

2.2.4 แบบบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำ ได้แก่ วันเดือนปีที่กลับมารักษาซ้ำ โรค/ปัญหาที่กลับมารักษาซ้ำ

วิธีการศึกษา/การดำเนิน

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความพร้อมของญาติผู้ดูแล โรงพยาบาลเขาวง (Research & Development) โดยดำเนินการวิจัยในช่วงเดือน มกราคม 2564 - กันยายน 2564 ผู้วิจัยดำเนินการเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Research : R1) ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลผู้ดูแลระบบการประสาน การดูแลต่อเนื่อง พยาบาลประจำหอผู้ป่วยและ พยาบาลเยี่ยมบ้าน เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นัก

โภชนากร และแพทย์แผนไทย รวมทั้งหมด 10 คน ใช้วิธีการประชุม (Focus group) โดยผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลสถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำ และการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ เปิดเวทีให้ผู้เข้าประชุมร่วมวิเคราะห์ปัญหาและเสนอมุมมองที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงเสนอแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายตามแนวคิดทฤษฎีระยะเปลี่ยนผ่านของ Naylor และคณะ (Transitional Care Model) พร้อมรับฟังความเห็นเพื่อความร่วมมือในการพัฒนา

กลุ่มที่ 2 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองที่เคยเข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเขาวง ในระหว่างเดือน ตุลาคม 2563 – มกราคม 2564 โดยสุ่มเลือกจากผู้ดูแลหลักที่เป็นบิดาหรือมารดา 2 คน สามีหรือภรรยา 2 คน บุตร 2 คน หลานหรือคนอื่น ๆ ที่เป็นผู้ดูแล จำนวน 2 คน รวม ทั้งหมด 8 คน การเก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์ทาง โทรศัพท์แบบมีโครงสร้างและขออนุญาตญาติผู้ดูแล ในการบันทึกการสนทนาโดยมีประเด็นสัมภาษณ์ดังนี้ 1) ญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ในเรื่องใดบ้าง การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมากน้อยเพียงใด 2) ปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีอะไรบ้าง ท่านแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไร 3) พยาบาลเยี่ยมบ้านมีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วยและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นมากน้อยเพียงไร และ 4) มีข้อเสนอแนะให้กับโรงพยาบาล/พยาบาลเยี่ยมบ้านอย่างไรบ้าง

หลังการสัมภาษณ์สิ้นสุด ทีมผู้วิจัยได้วิเคราะห์และสรุปสาระสำคัญของทั้ง 2 กลุ่มเพื่อนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องๆ ในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง (Design and Development : D1) เป็นการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องๆ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีเปลี่ยนผ่านของ Naylor และ

คณะ¹³ (Transitional Care Model) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเน้นการประสานร่วมมือกันของทีมสหสาขาวิชาชีพและประสานกับพยาบาลเยี่ยมบ้านเพื่อความต่อเนื่องในการดูแลทั้งญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย

ระยะที่ 3 การทดลองใช้ ประเมินผล (Research: R2) และปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสม (Design and Development : D2) เป็นขั้นตอนของการประเมินความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริงของการให้บริการและประเมินผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยนำไปศึกษากับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติตรงตามการวิจัยจำนวน 2 คู่ ในหอผู้ป่วย ในเดือนมีนาคม 2564 หลังจากสิ้นสุดการทดลองใช้ ผู้วิจัยสรุปผลลัพธ์ที่ได้ร่วมกับการประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อสะท้อนคิดจากประสบการณ์ของการทดลองใช้ นำข้อมูลทั้งหมดมาปรับปรุงโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องๆ ให้เหมาะสมกับบริบทและมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ระยะที่ 4 การนำไปใช้จริงและประเมินผล (Research : R3) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องๆ หลังการปรับปรุงแล้วไปใช้จริงออกแบบวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดหลังทดลอง (Quasi experimental design with two group post- test) โดยประเมินผล 2 ช่วงเวลา คือ ก่อนจำหน่ายและหลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย สถิติ Chi-Square test การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแลภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-

test และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในคน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ 94/25564 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมถึงให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริงผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ผลการศึกษา

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ข้อสรุปการสัมภาษณ์สหสาขาวิชาชีพ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนจำหน่ายของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้ข้อสรุป 3 ประเด็นดังนี้

1.1 สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาได้รับการรักษาซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ มักพบในผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ญาติผู้ดูแลมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย เช่น ได้รับการสอนจากพยาบาลแล้วแต่ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเมื่อกลับไปบ้าน มีการเปลี่ยนตัวญาติผู้ดูแลโดยนำผู้ที่ไม่ผ่านการสอนมาเป็นผู้ดูแล เป็นต้น

1.2 มุมมองการวางแผนจำหน่ายที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพทุกฝ่ายตระหนักถึงหน้าที่และความรับผิดชอบในการร่วมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการสอนญาติผู้ดูแล พร้อมทั้งจะให้

ความร่วมมือในการพัฒนาและปรับปรุงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยให้มีผลลัพธ์ที่ดีมากขึ้น

1.3 ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมเสนอแนะโดยสรุป 8 ประเด็น ดังนี้ 1) ควรมีการสื่อสารแผนการรักษาเพื่อให้ทีมเข้าใจและวางแผนการดูแลไปในแนวทางเดียวกัน 2) ปรับปรุงวิธีการคัดเลือกญาติผู้ดูแลที่เหมาะสม 3) ปรับปรุงการสอนและฝึกทักษะญาติผู้ดูแลให้เป็นรูปแบบเดียวกัน 4) ปรับปรุงเอกสารความรู้ที่ให้แก่ญาติและมีสื่อการสอนที่ทันสมัย 5) การฝึกทักษะและประเมินผลการสอนญาติผู้ดูแล ตลอดจนประเมินความพร้อมของญาติผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน 6) มีการสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพเพิ่มขึ้นและมีช่องทางการปรึกษาเมื่อมีปัญหา 7) เพิ่มช่องทางการให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ดูแลที่บ้าน 8) ปรับปรุงการสื่อสาร/ส่งต่อปัญหาเพื่อการดูแลต่อเนื่องจากพยาบาลในโรงพยาบาลสู่พยาบาลเยี่ยมบ้าน โดยใช้กลุ่มไลน์เยี่ยมบ้าน (Appication line of care) และการหาแหล่งประโยชน์เพื่อช่วยเหลือญาติผู้ดูแลเมื่อกลับบ้าน

2. ผลสรุปจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแล

2.1 ญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ส่วนใหญ่ได้รับการสอนในเรื่องที่สำคัญๆ ครบถ้วน ญาติผู้ดูแลบางรายหาข้อมูลเพิ่มเติมด้วยตนเอง และพบว่าญาติผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุบางคนจำหัวข้อการสอนไม่ได้ ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เห็นว่าการสอนช่วยในการดูแลผู้ป่วยได้มาก

2.2 ปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น พบว่าญาติผู้ดูแลบางรายไม่สามารถแก้ปัญหาได้ สรุปได้ว่าเกิดจาก 1) ปัญหาด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลเอง ได้แก่ สูงอายุ สายตาไม่ดี และมีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิต 2) ปัญหาด้านเวลาและภาระงานของญาติผู้ดูแล 3) ปัญหาด้านการประกอบอาชีพและรายได้ 4) ปัญหาด้านสัมพันธภาพและการปรับตัวของผู้ป่วย

2.3 พยาบาลเยี่ยมบ้านมีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วยและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยช่วยติดตามประเมินอาการของผู้ป่วย ประเมินความรู้และสอนทักษะเพิ่ม

ในเรื่องที่ยังปฏิบัติไม่ได้ ญาติผู้ดูแลบางรายพอใจ แต่บางรายคิดว่า พยาบาลไม่สามารถแก้ไขปัญหามาในบางอย่างได้

2.4 ข้อเสนอแนะจากญาติผู้ดูแลมี 4 ประเด็น ได้แก่ 1) เพิ่มเวลาการฝึกทักษะการดูแลเพื่อให้มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น 2) เพิ่มจำนวนครั้งของการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อช่วยประเมินอาการของผู้ป่วยให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจแก่ญาติผู้ดูแล 3) มีช่องทางติดต่อกับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ เพื่อขอรับคำปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการดูแล และ 4) อยากให้มีช่องทางช่วยเหลือญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาอื่นๆ เช่น ต้องดูแลผู้ป่วยคนเดียวมีภาระการดูแลผู้ป่วยอื่น มีปัญหา ด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น

3. ผลลัพธ์การทดสอบโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวนทั้งหมด 30 คู่ เป็นกลุ่ม ทดลอง 15 คู่ และกลุ่มควบคุม 15คู่ ผลการวิจัยมีดังนี้

3.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลญาติผู้ดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยกลุ่มทดลองมีเพศหญิง 10 ราย (ร้อยละ 66.67) กลุ่มควบคุมมี เพศหญิง 12 ราย (ร้อยละ 80) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 47.33 ปี (SD = 7.70) กลุ่ม

ควบคุมมีอายุเฉลี่ย 45.47 ปี (SD = 7.87) ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา และไม่มีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์เป็นบุตรสายตรงของผู้ป่วย ด้านรายได้กลุ่มทดลอง มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมโดยรายได้เฉลี่ยกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 6460 บาท, SD = 2505.08) กลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 7606 บาท, SD = 3821.08) จำนวนผู้ช่วยในการดูแลกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 1.07 คน, SD = 0.96) กลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 1.13 คน, SD = 0.83) และจำนวนผู้อยู่ในความดูแลกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 2.67 คน, SD = 1.05) กลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 2.60 คน, SD = 1.06) เมื่อเปรียบเทียบ ข้อมูลส่วนบุคคลด้านเพศ อายุการศึกษา โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รายได้เฉลี่ย จำนวนผู้ช่วยผู้ดูแล และจำนวนผู้ที่อยู่ในความดูแล พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) 3.2 เปรียบเทียบค่าคะแนนรวมเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลระหว่างญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจำหน่าย 1 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนรวมเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.28$, $p = 0.22$), ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนรวมเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลภายในกลุ่มของญาติผู้ดูแล ระหว่างก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน

ความพร้อมในการดูแล	กลุ่มทดลอง (n=15)		t	P-value	กลุ่มควบคุม (n=15)		t	P-value
	M	SD			M	SD		
- ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน	20.67	7.51	-1.28	0.22	15.36	5.99	-1.93	0.75
- หลังจำหน่าย 1 เดือน	23.53	4.19			18.43	4.50		

3.3 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนรวมเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนรวมเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.11$, $p = .04$, $t = -2.95$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนรวมเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)		t	df	P-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	20.67	7.51	15.36	5.99	-.2.11	14	0.04

p< .05

3.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษารักษาซ้ำของผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่พบ

ภาวะแทรกซ้อน ส่วนการกลับมารักษารักษาซ้ำ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมกลับมารักษารักษาซ้ำจำนวน 2 ราย ในขณะที่กลุ่มทดลองไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษารักษาซ้ำ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษารักษาซ้ำระหว่างผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจำหน่าย 1 เดือน

หลังจำหน่าย 1 เดือน	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ภาวะแทรกซ้อน	0	0	0	0
2. การกลับมารักษารักษาซ้ำ	0	0	2	13.33

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า ผลการวิจัยความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลไม่แตกต่างไปจากก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (p>.05) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ๆ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีการวางแผนตั้งแต่การคัดเลือกรญาติ มีการปรับปรุงการสอนและการประเมินผลการสอน มีระบบการส่งต่อพยาบาลชุมชนเพื่อให้ญาติผู้ดูแล และผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีระบบการให้คำปรึกษาจากทีมสุขภาพและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาผ่าน group line เพื่อนช่วยเพื่อน รวมถึงพยาบาลชุมชน เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย/ญาติ ผู้ดูแลก็สามารถปรึกษา

กับทีมสุขภาพได้เช่นกัน ทำให้สามารถแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล/ผู้ป่วย ได้แม้จะกลับไปอยู่ที่บ้านแล้วก็ตาม ทำให้ผลคะแนนการประเมินความพร้อมในการดูแลไม่ต่างจากหลัง การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้านและสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับแนวคิดของ Naylor (2017)¹³ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแล (care giver engagement) และความรับผิดชอบร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ (accountability/clinician/Team) มีผลทำให้ญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองประเมินตนเองว่ามีความพร้อมในการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิมล บุตรรัตน์ (2563) ที่ศึกษาโปรแกรมเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันก่อนจำหน่ายกลับบ้านพบว่า กลุ่มทดลองมีความพร้อมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) อย่างไรก็ตามผลวิจัยนี้มี

ความแตกต่างกับการศึกษาของ นันทกาญจน์ ปักซี (2015) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ต่อความพร้อม ความเครียด การปรับตัวและความพึงพอใจ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแลภายในกลุ่มทดลอง หลังจำหน่าย 1 เดือน สูงกว่าก่อนจำหน่าย ความแตกต่างของผลการวิจัยอาจเกิดจากรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ต่างกันและสถานการณ์ของการศึกษาแตกต่างกัน

ด้านภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยระยะกลางที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่าย 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ ทั้งนี้อาจเกิดจากระยะเวลาในการประเมินภาวะแทรกซ้อนในระยะเวลา 1 เดือน นั้นเป็นช่วงสั้น ภาวะแทรกซ้อนอาจยังไม่เกิดขึ้น อาจต้องติดตามโดยใช้เวลาในการประเมินให้ยาวนานขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา มุลฐี (2016) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านที่พบว่าหลังจำหน่าย 1 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่วนผลลัพธ์ของการกลับมารักษาซ้ำ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 14.29) ในขณะที่กลุ่มทดลองไม่พบว่ามีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ จึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยอธิบาย ได้ว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ๆ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ส่วนหนึ่งเน้นการให้ความรู้ญาติผู้ดูแลในการควบคุมโรคร่วมตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งเป็นสาเหตุ ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

ตามมา รวมถึงมีระบบการส่งต่อไปยังพยาบาลเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามและช่วยเหลือญาติผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง อีกทั้งยังมีระบบในการปรึกษาเมื่อมีปัญหาทำให้ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขในระยะเริ่มแรก และสามารถควบคุมอาการได้ไม่เกิดภาวะความเจ็บป่วยที่ต้องกลับมารับการรักษาซ้ำ สอดคล้องกับ การศึกษาของธัญพิมล เกณสาคุ, เตือนใจ สินอำไพ สิทธิ และวีรยุทธ ศรีทุมสุข (2020) ที่ศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายโดยเปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำใน 1 เดือน พบว่า กลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม 2 ราย ในขณะที่กลุ่มทดลองไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำเช่นกัน สรุป ผลการวิจัยสนับสนุนโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ๆ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยส่งผลลัพธ์ให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังลดความเสี่ยงของการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เชิงนโยบายสำหรับผู้บริหารของโรงพยาบาล ในการสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ๆ ไปใช้อย่างเป็นทางการ โดยผ่านการให้ความรู้กับบุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีความเข้าใจที่ตรงกันในการนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ๆ นี้ไปใช้ และตระหนักในบทบาทความรับผิดชอบของตนเอง ในการร่วมมือเพื่อให้ได้ผลลัพธ์กับผู้รับบริการตามเป้าหมายของโรงพยาบาล อันจะนำไปสู่ความเป็นเลิศของการให้บริการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.เกวลิณ ชื่นเจริญสุข.(2559).แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ. ศ.2561- 2665. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
- 2.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (2561) .เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ PNC โรคหลอดเลือดสมอง สำนักงานสาธารณสุข ขอนแก่น. (เอกสารอัดสำเนา)
- 3.Archbold PJ, Stewart BJ. Family Caregiving Inventory [Unpublished manuscript]Portland: Oregon Health Sciences University; 1986.

4. Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. Guide to diagnosis of infections in hospitals. Bangkok: Aksorngraphic & desing; 2018
5. Boonchuwong O, Saneha C, Pinyopasakul W, Nilanont Y. Factors influencing readiness of caregivers of patients with stroke before hospital discharge. *Journal of Nursing Science* 2017; 35: 46-5. (in Thai)
6. Budratana S. Effects of discharge preparedness program among primary caregivers of patients with ischemic stroke in NongBuaLamphu Hospital. *Nursing, Health, and Education Journal* 2020; 3: 56-64. (in Thai)
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of stroke: United States, 2006–2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2012;61:379–82.
8. Division of Information, Mahasarakham Hospital. Reported data of patients with stroke 2021. Mahasarakham: the printing office to assist veterans organization; 2021.
9. Division of strategy and planning, Office of the permanent Secretary, Ministry of public health. Reported public health status of Thailand 2020. Bangkok: the printing office to assist veterans organization; 2020.
10. Haesler E, et al. Prevention and treatment of pressure ulcers: reference guidelines [internet]. 3rd ed. EPUAP/ NPIAP/PPPIA: 2019[cited in 2021 March 29]. Available from: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2021/04/qrg-2019-thai-04-21.pdf>
11. Kensakoo T, Sinumpaisit T, Srithumsuk W. The effectiveness of discharge planning's clinical nursing practice guideline on activity daily livings, hospital readmission and quality of life in ischemic stroke patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2020; 21: 215-24. (in Thai)
12. Moonthee W, Mongkong S, Sirapo-ngam Y, Leelacharas S. Effect of transitional care program for stroke patients and family caregivers for patient's activities of daily living, complication and satisfaction. *Thai Journal of Nursing Council* 2016; 31: 133-48. (in Thai)
13. Naylor M, Shaid EC, Carpenter D, Gass B, Levine C, Li J, et al. Components of comprehensive and effective transitional Care. *J Am Geriatr Soc* [internet]. 2017 [cited 2021/11/9]. 65;1119-1125. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/315776473>
14. Neurological Institute of Thailand. Clinical nursing guideline for stroke. Bangkok: Tanapress; 2016.
15. Paksee N, Sirapo-ngam Y, Monkong S, Leelacharas S. Effect of transitional care program for stroke patients and family caregivers on caregiver's preparedness, stress, adaptation and satisfaction [Dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2015.
16. Piumboriboon K, Pongcharoen C. Development of care model for stroke in ChoaprayaYommaraj Hospital at Supanburi. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health* 2018 ; 19: 191-99. (in Thai)
17. Polit DF and Hungler BP. *Nursing research: principles and methods*. 6th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1999.
18. Wirojratana V. Development of the Thai family care inventory [Doctoral dissertation, Portland: Oregon Health & Science University; 2002.

กระบวนการจัดการ Covid -19 ในโรงงาน ไทสันปoultry (ไทยแลนด์) Covid -19 Handling Process in Tyson Poultry (Thailand) Factory.

(Received: August 26,2023 ; Revised: August 27,2023 ; Accepted: August 29,2023)

สุวัจน์ บุญยืน¹
Suwat Boonyuen¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาบริบทและสถานการณ์การระบาดของโรค Covid -19 ในโรงงาน ไทสันปoultry (ไทยแลนด์) และศึกษากระบวนการจัดการ Covid -19 ในโรงงาน ไทสันปoultry (ไทยแลนด์) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน เมษายน 2564 - กันยายน 2564 รวม 6 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พนักงานในโรงงาน ไทสันปoultry (ไทยแลนด์) แบ่งเป็น โรงงาน 2,4,5 โดยแต่ละ โรงมีจำนวนผู้ทำงาน รวมทั้งสิ้น 4,533 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Dependent t – test และ F – test ด้วยเทคนิค One way ANOVA

ผลการศึกษา พบว่า สถานการณ์การระบาดของโรคและการจัดการควบคุมป้องกันโรค พบผู้ป่วย COVID-19 ร้อยละ 29.73 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของพนักงานในโรงงาน ไทสันปoultry (ไทยแลนด์) โรงงาน 2, 4, 5 และรวมทั้งหมด ก่อนการดำเนินงาน (เมษายน 2564) โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน (กันยายน 2564) อยู่ในระดับมากที่สุด และความรอบรู้ด้านสุขภาพและความคิดเห็นของพนักงานต่อความพร้อมในการจัดการความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ Covid -19 ในโรงงานไทสันปoultry (ไทยแลนด์) โรงงาน 2, 4, 5 และรวมทั้งหมด ก่อนและหลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า

คำสำคัญ: กระบวนการจัดการ Covid -19 โรงงาน

ABSTRACT

This study was a participatory action research. (Participatory Action Research: PAR) aims to Study the context and situation of the outbreak of Covid-19 in the Tyson Poultry (Thailand) factory and study the Covid-19 management process in the Tyson Poultry (Thailand) factory for a period of study between months. April 2021 - September 2021, a total of 6 months. The sample group consisted of employees in Tyson Poultry (Thailand) factories, divided into factories 2,4,5, with each factory having a total number of 4,533 workers. Data were collected from questionnaires. data analysis by Content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, Dependent t – test and F – test by one way ANOVA technique.

The results of the study showed that the situation of the disease outbreak and the management of disease prevention and control found that 29.73% of COVID-19 patients had health knowledge of workers in Tyson Poultry (Thailand) factories 2, 4, 5 and total Before operation (April 2021) overall and each aspect moderate After operations (September 2021) is at the highest level. and health literacy and employee opinions on readiness to manage risk of disease and health threats Covid -19 in Tyson Poultry (Thailand) factories 2, 4, 5 and total. before and after operation The overall and each aspect were significantly different at the .05 level, with the mean score being higher after the operation.

Keywords: Covid -19 Management Process Factory

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
เป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อไวรัสใน

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก

ตระกูลไวรัสโคโรนา ซึ่งมีการระบาดจากประเทศจีน ไปยังอีกหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงสหรัฐอเมริกา ความรุนแรงของ COVID-19 ส่งผลกระทบในหลาย ด้าน อาทิ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นการเดินทาง การค้า การท่องเที่ยว และการบริโภค ดังนั้นผู้ประกอบการอุตสาหกรรมต้องวางแผนรับมือกับ COVID-19 ทั้งต่อธุรกิจ พนักงานลูกค้า คู่ค้า และส่วนรวม เพื่อลดผลกระทบจากการระบาดของ COVID-19^{1,2,3}

The Occupational Safety and Health Administration (OSHA) และ International Labour Organization (ILO) ซึ่งมีมาตรการขั้นพื้นฐานในการป้องกันการติดเชื้อแบบดั้งเดิม และสุขภาพอุตสาหกรรม รวมทั้งมุ่งเน้นมาตรการป้องกันการระบาดของเชื้อโรค ได้แก่ มาตรการสาธารณสุข การส่งเสริมอนามัยส่วนบุคคล การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ การเว้นระยะห่างทางสังคม อาทิ การจัดการเชิงพื้นที่ การเหลื่อมเวลาทำงาน และการจัดระบบ Work from Home เป็นต้น โรงงานอุตสาหกรรมจึงควรดำเนินการมาตรการเพื่อป้องกันการระบาดในโรงงาน อุตสาหกรรม อย่างน้อย 9 มาตรการ ได้แก่ การตรวจคัดกรองโรคโควิด-19 การรักษาระยะห่างและสภาพแวดล้อมที่ดี การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล การใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล การทำความสะอาดและฆ่าเชื้อโควิด-19 การรับ การขนย้าย และการขนส่งวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์ การทำความสะอาดเสื้อผ้า การจัดการของเสีย และการฝึกอบรมและการสื่อสาร เพื่อให้มั่นใจว่าการปฏิบัติงานในโรงงานจะได้รับการปกป้องและปลอดภัยจากเชื้อโควิด-19^{2,3}

สำหรับประเทศไทย สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในโรงงานยังคงพบผู้ติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อนกระจายในหลายพื้นที่ ซึ่งข้อมูลการแพร่ระบาดในโรงงานขนาดใหญ่ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์จนถึงปัจจุบัน พบว่า 5 จังหวัดอันดับที่มีรายงานติดเชื้อภายในโรงงานมากที่สุด คือ จังหวัดสมุทรสาคร 91 โรงงาน จังหวัดสมุทรปราการ 41

โรงงาน จังหวัดปทุมธานี 32 โรงงาน จังหวัดชลบุรี 30 โรงงาน และจังหวัดนครศรีอยุธยา 29 โรงงาน ตามลำดับ⁴

โรงงาน ไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์) เป็นโรงงานผลิต ผลิตภัณฑ์อาหารจากไก่ ตั้งอยู่ที่ ตำบลองครักษ์ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก มีโรงงานตั้งอยู่ในพื้นที่จำนวน 3 โรงงาน ได้แก่ โรงงาน 2,4,5 โดยแต่ละ โรงมีจำนวนผู้ทำงาน รวมประมาณ 4,533 คน อยู่ตามโรงงานต่างๆ คือ โรงงานที่ 2 มีผู้ทำงานทั้งหมด ประมาณ 2,650 คน โรงงานที่ 4 มีผู้ทำงานทั้งหมด ประมาณ 993 คน และโรงงานที่ 5 มีผู้ทำงานทั้งหมด ประมาณ 890 คนแต่ละโรงงาน แยกขาดจากกัน แต่ละโรงงานมีการ แบ่งโซนการทำงาน และมีการทำงาน 2 กะ

เพื่อให้การประกอบกิจการโรงงาน อุตสาหกรรม สามารถดำเนินการได้อย่างปลอดภัยในสภาวะวิกฤตที่ยังคงมีการระบาดของโรคโควิด-19 จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเฝ้าระวังและปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด ผู้ศึกษาในฐานะผู้รับผิดชอบ จึงมีความสนใจที่จะศึกษากระบวนการจัดการ Covid -19 ในโรงงาน ไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์) เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องทางธุรกิจสำหรับภาคอุตสาหกรรม และเป็นแนวทางและมาตรการในการป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ให้แก่ ผู้ประกอบกิจการ และบุคลากรในโรงงานอุตสาหกรรม ให้สามารถนำไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับสถานการณ์ดำเนินงานปัจจุบัน ปรับตัวเป็นการใช้ชีวิตวิถีใหม่ “New Normal” ต่อไป

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์การระบาดของโรค Covid -19 ในโรงงาน ไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์)
2. เพื่อศึกษากระบวนการจัดการ Covid -19 ในโรงงาน ไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์)
3. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการจัดการ Covid -19 ในโรงงาน ไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์)

วิธีการวิจัย

การศึกษา กระบวนการจัดการ Covid -19 ในโรงงาน ไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน เมษายน 2564 - กันยายน 2564 รวม 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ พนักงานในโรงงาน ไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์)

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พนักงานในโรงงาน ไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์) แบ่งเป็น โรงงาน 2,4,5 โดยแต่ละ โรงมีจำนวนผู้ทำงาน รวมทั้งสิ้น 4,533 คน แบ่งเป็น

โรงงานที่ 2 มีผู้ทำงานทั้งหมด 2,650 คน

โรงงานที่ 4 มีผู้ทำงานทั้งหมด 993 คน

โรงงานที่ 5 มีผู้ทำงานทั้งหมด 890 คน

แต่ละโรงงาน แยกขาดจากกัน แต่ละโรงงานมีการ แบ่งโซนการทำงาน และมีการทำงาน 2 กะ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ กระบวนการจัดการ Covid -19 ในโรงงาน ไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์) ประกอบด้วย

1.1 ศึกษาบริบท กระบวนการดำเนินงานและโครงสร้างโรงงาน ไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์)

1.2 วิเคราะห์ความเสี่ยงโรค Covid -19 ในโรงงาน ไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์)

1.3 กำหนดมาตรการและกิจกรรมในการจัดการ Covid -19 ในโรงงาน ไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์)

1.4 กำหนดบทบาทผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการจัดการ Covid -19 ในโรงงาน ไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์)

1.5 เตรียมความพร้อมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการจัดการ Covid -19 ในโรงงาน ไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์) ตามบทบาทที่กำหนด

1.6 ดำเนินการตามมาตรการและกิจกรรมในการจัดการ Covid -19 ในโรงงาน ไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์)

1.7 ติดตามและสรุปถอดบทเรียน โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นระยะ ทั้ง Online และ Onside

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกกิจกรรมในการดำเนินงาน

2.2 แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการทำงานของพนักงานในโรงงาน ไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์) เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้⁵

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก
2.61 – 3.40	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย
1.00 - 1.80	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method)⁶ ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .921

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาบริบท กระบวนการดำเนินงานและโครงสร้างโรงงาน ไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์)
2. วิเคราะห์ความเสี่ยงโรค Covid -19 ในโรงงาน
3. กำหนดมาตรการและกิจกรรมในการจัดการ Covid -19
4. กำหนดบทบาทผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน
5. เตรียมความพร้อมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
6. ดำเนินการตามมาตรการและกิจกรรมในการจัดการ Covid -19 ในโรงงาน ไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์)
7. ติดตามและสรุปถอดบทเรียน เป็นระยะ ทั้ง Online และ Onside

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test F – test ด้วยเทคนิค One way ANOVA

ผลการศึกษา

1. การดำเนินการระยะก่อนเกิดการระบาด ได้แก่ การเตรียมทีมเฝ้าระวังสอบสวน ควบคุมโรค และรักษาผู้ป่วยโควิด-19 การเตรียมความรู้และเตรียมความพร้อมอุปกรณ์ป้องกันโรคตามหลักมาตรฐาน IC การเตรียมความพร้อมในการรองรับผู้ป่วยในสถานบริการบริการ โดยมีการแยกจุดคัดกรองโรค และ ARI Clinic ออกจาก OPD Clinic เพื่อลดโอกาสแพร่เชื้อโรคติดต่อทางเดินหายใจไปสู่ผู้รับบริการอื่นๆ การ เตรียมแบบฟอร์มเอกสารสำหรับรับ-ส่ง ข้อมูลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ฯ การจัดประชุมชี้แจง และประสานงาน การสื่อสาร ส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรค และแนวทางปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วย และสนับสนุนสื่อต่างๆ ทั้งทางออนไลน์ และสื่อ

สิ่งพิมพ์ต่างๆ การรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 การ ตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงฯ และสุ่มตรวจเชื้อเชิงรุก (Active Case Finding) โดยส่งตรวจ RT-PCR เช่น พนักงานที่เดินทางจากพื้นที่เสี่ยง พ่อค้าแม่ค้าบริเวณพื้นที่โรงงาน และร้านค้าโดยรอบ ฯลฯ การเตรียมสถานที่กักกันผู้สัมผัสโรค และแยกกักผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ PUI การตรวจเยี่ยมสถานที่โรงงาน ให้คำแนะนำ และประเมินความพร้อมในการดำเนินงาน และการประเมินสถานการณ์ หากพบผู้ป่วยให้รายงานผู้เกี่ยวข้องทันที ตามแนวทางที่ตกลงกัน

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของพนักงานในโรงงาน ไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์) โรงงาน 2, 4, 5 และรวมทั้งหมด ก่อนการดำเนินงาน (เมษายน 2564) โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน (กันยายน 2564) อยู่ในระดับมากที่สุด และไม่มีความแตกต่าง

3. สถานการณ์การระบาดของโรคและการจัดการควบคุมป้องกันโรค พบผู้ป่วย COVID-19 ร้อยละ 29.73

4. มาตรการที่ดำเนินการระยะเกิดการระบาด ได้แก่ การคัดกรองโรคในกลุ่ม กรณีพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ส่งต่อรักษา และแยกกัก(Isolate) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคเอกชนที่มีความพร้อมสนับสนุนงบประมาณในการสร้างอาคาร ประสานงานและปรับปรุงอาคารเป็นโรงพยาบาลสนามดำเนินการเฝ้าระวังโรคใน LQ ตามมาตรฐานการดำเนินงานในสถานกักกันโรคของรัฐ การใช้มาตรการทางกฎหมาย การสื่อสารความเสี่ยง และการทำความเข้าใจกับชุมชน จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Centre, EOC) ของโรงงานไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์) จัดระบบงาน – ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incidence Command System, ICS) ดำเนินการฉีดวัคซีนเข็มที่ 2 และประเมินสถานการณ์ ส่งข้อมูลให้ สสจ.นครนายก และรายงานสถานการณ์ทุกวัน

5. มาตรการที่ดำเนินการระยะหลังเกิดการระบาด ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงาน

ตั้งแต่ช่วงก่อนเกิดการระบาด และระยะเกิดการระบาดเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการดำเนินงาน และ ทบทวนมาตรการ เพื่อนำข้อดี ข้อด้อย ไปปรับใช้เมื่อพบการระบาดครั้งอื่นๆ

6. การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ และความคิดเห็นของพนักงานต่อความพร้อมในการจัดการความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ Covid -19 ใน

โรงงานไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์) โรงงาน 2, 4, 5 และ รวมทั้งหมด ก่อนและหลังการดำเนินงาน โดยรวม และรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า (t มีค่าเป็นลบ) (รายละเอียดตารางที่ 1 – 3)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของพนักงานในการจัดการความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ Covid -19 ในโรงงานไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์) โรงงาน 2 ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ชั้น 1	2.99	0.39	4.77	0.25	2649	-146.618	.000	-1.80103	-1.75350
ชั้น 2	2.94	0.41	4.78	0.22	2649	-156.960	.000	-1.86060	-1.81468
ชั้น 3	2.94	0.45	4.78	0.22	2649	-146.985	.000	-1.86627	-1.81713
ชั้น 4	2.95	0.49	4.78	0.24	2649	-136.774	.000	-1.85987	-1.80730
ชั้น 5	2.95	0.46	4.77	0.24	2649	-138.396	.000	-1.84904	-1.79738
ชั้น 6	2.91	0.37	4.82	0.19	2649	-188.317	.000	-1.92322	-1.88358
รวม	2.95	0.19	4.78	0.09	2649	-346.638	.000	-1.84652	-1.82575

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของพนักงานในการจัดการความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ Covid -19 ในโรงงานไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์) โรงงาน 4 ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ชั้น 1	3.00	0.39	4.77	0.26	992	-89.367	.000	-1.81338	-1.73546
ชั้น 2	2.94	0.41	4.78	0.22	992	-97.209	.000	-1.88036	-1.80594
ชั้น 3	2.94	0.45	4.76	0.22	992	-89.836	.000	-1.88238	-1.80191
ชั้น 4	2.95	0.49	4.78	0.24	992	-83.851	.000	-1.87804	-1.79215
ชั้น 5	2.95	0.46	4.77	0.24	992	-84.596	.000	-1.86788	-1.78318
ชั้น 6	2.91	0.37	4.82	0.19	992	-115.983	.000	-1.93911	-1.87459
รวม	2.95	0.19	4.78	0.09	992	-213.375	.000	-1.85477	-1.82096

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของพนักงานในการจัดการความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ
Covid -19 ในโรงงานไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์) โรงงาน 5 ก่อนและหลังการดำเนินงาน
(Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ชั้น 1	3.00	0.39	4.76	0.26	889	-83.639	.000	-1.80601	-1.72320
ชั้น 2	2.94	0.40	4.78	0.22	889	-92.079	.000	-1.87738	-1.79902
ชั้น 3	2.94	0.45	4.78	0.23	889	-83.991	.000	-1.87886	-1.79305
ชั้น 4	2.95	0.49	4.78	0.24	889	-78.612	.000	-1.87920	-1.78765
ชั้น 5	2.95	0.46	4.77	0.24	889	-79.877	.000	-1.87099	-1.78125
ชั้น 6	2.91	0.37	4.82	0.19	889	-110.403	.000	-1.94521	-1.87726
รวม	2.95	0.19	4.78	0.09	889	-201.498	.000	-1.85280	-1.81705

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า การดำเนินการระยะก่อนเกิดการระบาด ได้แก่ การเตรียมทีมเฝ้าระวังสอบสวน ควบคุมโรค และรักษาผู้ป่วยโควิด-19 การเตรียมความรู้และเตรียมความพร้อมอุปกรณ์ป้องกันโรคตามหลักมาตรฐาน IC การเตรียมความพร้อมในการรองรับผู้ป่วยในสถานบริการบริการ โดยมีการแยกจุดคัดกรองโรค และ ARI Clinic ออกจาก OPD Clinic เพื่อลดโอกาสแพร่เชื้อโรคติดต่อทางเดินหายใจไปสู่ผู้รับบริการอื่นๆ การ เตรียมแบบฟอร์มเอกสารสำหรับรับ-ส่ง ข้อมูลผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ฯ การ จัดประชุมชี้แจง และประสานงาน การสื่อสารส่งเสริมความรู้ ในการป้องกันโรค และแนวทางปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วย และสนับสนุนสื่อต่างๆ ทั้งทางออนไลน์ และสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ การรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 การ ตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงฯ และสุ่มตรวจเชื้อเชิงรุก (Active Case Finding) โดยส่งตรวจ RT-PCR เช่น พนักงานที่เดินทางจากพื้นที่เสี่ยง พ่อค้าแม่ค้าบริเวณพื้นที่โรงงาน และร้านค้าโดยรอบ ฯลฯ การเตรียมสถานที่กักกันผู้สัมผัสโรค และแยกกักผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ PUI การตรวจเยี่ยมสถานที่โรงงาน ให้คำแนะนำ และประเมินความพร้อมในการดำเนินงานและการประเมินสถานการณ์หากพบผู้ป่วยให้รายงานผู้เกี่ยวข้องทันที ตามแนวทางที่ตกลงกัน ตามแนวทางการป้องกันการแพร่

ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19^{7,8} แต่ความรอบรู้ด้านสุขภาพของพนักงานในโรงงาน ไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์) โรงงาน 2, 4, 5 และรวมทั้งหมด ก่อนการดำเนินงาน (เมษายน 2564) โดยรวมและรายด้าน ยังอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของอวาทิพย์ แว.(2563)⁹ ได้ศึกษาเรื่อง COVID-19 กับ การเรียนรู้สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในวันนี้พบว่า ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 พบว่า ประชาชนมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับช่องทางการแพร่กระจายของเชื้อเพียงร้อยละ 30.9 มีความรู้และความ เข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการล้างมืออย่างถูกวิธี ร้อยละ 69.0 มีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการไอและ การจามที่ถูกวิธีร้อยละ 55.2 และเมื่อเกิดการระบาดขึ้น โดยพบผู้ป่วย COVID-19 ร้อยละ 29.73 จึงได้จัดทำมาตรการที่ดำเนินการระยะเกิดการระบาดร่วมกันกับผู้บริหารและพนักงานงานของโรงงาน ไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์) โรงงาน 2, 4, 5 ตามแนวคิดการมีส่วนร่วม^{10,11,12} ได้แก่ การคัดกรองโรคในกลุ่ม กรณีพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ส่งต่อรักษาและแยกกัก(Isolate) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคเอกชนที่มีความพร้อมสนับสนุนงบประมาณในการสร้างอาคาร ประสานงานและปรับปรุงอาคารเป็นโรงพยาบาลสนามดำเนินการเฝ้าระวังโรคใน LQ ตามมาตรฐานการดำเนินงานในสถาน

กักกันโรคของรัฐ การใช้มาตรการทางกฎหมาย การสื่อสารความเสี่ยง และการทำความเข้าใจกับชุมชน จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Centre, EOC) ของโรงงานไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์) จัดระบบงาน – ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incidence Command System, ICS) ดำเนินการฉีดวัคซีนเข็มที่ 2 และประเมินสถานการณ์ส่งข้อมูลให้ สสจ.นครนายก และรายงานสถานการณ์ทุกวัน นอกจากนี้ยังมีการกำหนดมาตรการที่ดำเนินการระยะหลังเกิดการระบาด ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานตั้งแต่ช่วงก่อนเกิดการระบาด และระยะเกิดการระบาดเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการดำเนินงานและ ทบทวนมาตรการเพื่อนำข้อดี ข้อด้อย ไปปรับใช้เมื่อพบการระบาดครั้งอื่นๆ ตามแนวทางการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในโรงงานอุตสาหกรรม^{3, 13,14,15} สวมหน้ากากอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน, 2563; ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของพนักงานในโรงงาน ไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์) โรงงาน 2, 4, 5 และรวมทั้งหมด หลังการดำเนินงาน (กันยายน 2564) โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด และไม่มีความแตกต่าง และความรอบรู้ด้านสุขภาพและความคิดเห็นของพนักงานต่อความพร้อมในการจัดการความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ Covid -19 ในโรงงานไทสันโพลทรี (ไทยแลนด์) โรงงาน 2, 4, 5 และรวมทั้งหมด ก่อนและหลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า สอดคล้องกันกับการศึกษาของ สุปราณี ชุมจันทร์ และคณะ (2565)¹⁶ ได้ศึกษาการดำเนินมาตรการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and Seal) ในสถานประกอบการ จังหวัดมุกดาหาร เพื่อศึกษาผลการดำเนินมาตรการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and Seal) และการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ในสถานประกอบการ จังหวัดมุกดาหาร หลังการดำเนินการพบว่า พนักงานโรงงานน้ำตาล (สหเรือง) มีคะแนน

เฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 โดยรวม มากกว่าก่อนการดำเนินการ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 0.32 คะแนน (95%CI;0.31, 0.33) โรงงานแปรรูปยางพารา หลังการดำเนินการพบว่าพนักงานมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 โดยรวมมากกว่าก่อนการดำเนินการ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 0.21 คะแนน (95%CI;0.19, 0.23) และพนักงานโรงงานน้ำตาล (สหเรือง) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 โดยรวม มากกว่าก่อนการดำเนินการ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 0.53 คะแนน (95%CI;0.50, 0.57) และหลังการดำเนินการพบว่า พนักงานโรงงานแปรรูปยางพารามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 โดยรวม มากกว่าก่อนการดำเนินการ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 0.52 คะแนน (95%CI;0.48, 0.56) และสอดคล้องกับการศึกษาของ แพรพรรณ ภูริบัญชา.(2564)¹⁷ การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and Seal) ของสถานประกอบการ จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาทำให้ ได้รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19 ในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and Seal) ของโรงงาน โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐและสถานประกอบการ ด้วยการขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการดำเนินงานภายใต้คำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด การสื่อสารทำความเข้าใจแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและมีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจดำเนินการ รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ ซึ่งภายหลังการนำรูปแบบนี้ไปใช้ พบว่า โรงงานได้จัดระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19 โดยวิธีแบ่งพนักงานเป็นกลุ่มย่อย (small bubble) มีการสื่อสารให้ความรู้และคัดกรองความเสี่ยงก่อนเริ่มปฏิบัติงานพนักงานมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อโควิด 19 สูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) พนักงานได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 19 เข็มที่ 2 ร้อยละ 95.6 และโรงงานสามารถควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 โดยไม่มีการแพร่ระบาดไปยัง bubble อื่นๆ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของหน่วยงานเครือข่ายดำเนินงานในพื้นที่ มีการสื่อสารส่งต่อข้อมูลการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ที่รวดเร็วทันเหตุการณ์และการทำมาตรการ Bubble and Seal ที่มีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การศึกษา กระบวนการจัดการ Covid -19 ในโรงงาน ควรมีการ กำหนดแนวทางในการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

1.1 ศึกษาบริบท กระบวนการดำเนินงานและโครงสร้างโรงงาน จัดทำเครื่องมือในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและความคิดเห็นของพนักงานต่อความพร้อมในการจัดการความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ Covid -19 ในโรงงาน

1.2 วิเคราะห์ความเสี่ยงโรค Covid -19 ในโรงงาน ร่วมกันกับผู้บริการและพนักงานงานของโรงงาน ประเมินความรู้ด้านสุขภาพและความคิดเห็นของพนักงานต่อความพร้อมในการจัดการความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ Covid -19 ในโรงงาน

1.3 กำหนดมาตรการและกิจกรรมในการจัดการ Covid -19 ร่วมกันกับผู้บริการและพนักงานงานของ โรงงาน

1.4 กำหนดบทบาทผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ร่วมกันกับผู้บริการและพนักงานงานของ โรงงาน

1.5 เตรียมความพร้อมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

1.6 ดำเนินการตามมาตรการและกิจกรรมในการจัดการ Covid -19 ในโรงงาน

1.7 ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและความคิดเห็นของพนักงานต่อความพร้อมในการจัดการ ความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ Covid -19 ในโรงงาน

1.8 สรุปถอดบทเรียนจากการดำเนินงานจากระยะการเก็บรวบรวมข้อมูลกระบวนการจัดการ Covid -19 ในโรงงาน ระหว่างเดือน เมษายน 2564 - กันยายน 2564 ร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้บริการ และพนักงานงานของโรงงาน ทั้งระบบ Online และ Onside

2. ควรมีการศึกษาและจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Centre, EOC) ของโรงงานและจัดระบบงาน – ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incidence Command System, ICS) เมื่อมีสถานการณ์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีศึกษา กระบวนการจัดการ Covid -19 ในโรงงาน กับสถานการณ์อื่นที่มีลักษณะเดียวกันได้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2563). คำแนะนำการป้องกันการควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 19 <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/> สืบค้นเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2563
2. Li X, Luk H, Lau S, Woo P. Human coronavirus: General features. Biomedical Sciences 2019.doi: 10.1016/B978-0-12-801238-3.95704.0.
3. คณะอนุกรรมการป้องกันการระบาด COVID-19 สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย. (2563). แนวปฏิบัติการป้องกัน COVID-19 ในการทำงานสำหรับภาคอุตสาหกรรม.
4. สำนักข่าวกรมประชาสัมพันธ์.(2564). กรมอนามัยแนะสถานประกอบการพิจารณาใช้ 4 มาตรการหลักคุมเข้มโควิด-19 พร้อมย้ำทุกโรงงานประเมินผ่าน Thai Stop COVID Plus. <https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG210617113315151>

5. Best, John W. Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1981
6. บุญชม ศรีสะอาด. (2555). ระเบียบและวิธีการวิจัย . กรุงเทพฯ ฯ : แสงทวีการพิมพ์ , 2555 .
7. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2563). แนวทางการดำเนินการเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับสถานประกอบการ.
8. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2563). มาตรฐานความสะอาดปลอดภัยป้องกันโรค COVID-19, <https://stopcovid.anamai.moph.go.th/> สืบค้นเมื่อวันที่ 20 เมษายน 2563
9. อาทิตย แว.(2563). COVID-19 กับการเรียนรู้สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในวันนี้. วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน พ.ศ.2563
10. Huntington, S. & Nelson, S. (1975). No easy choice: political participation in developing countries. New York: Harvard University Press.
11. ชาญชัย จิวจินดา.(2559). การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการส่งเสริมสุขภาพชุมชนของจังหวัดปทุมธานี การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 13 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน วันที่ 8-9 ธันวาคม 2559
12. กองสุศึกษา (2556). การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
13. U. S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration. (2020). Guidance on Preparing Workplaces for COVID- 19,
14. สมาอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม (2563). แนวทางการตอบสนองต่อสถานการณ์ โควิด-19 และมาตรการเพื่อความต่อเนื่องทางธุรกิจสำหรับภาคอุตสาหกรรม.
15. สมาคมอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน, 2563. คู่มือการจัดการ COVID-19 สำหรับสถานประกอบการ.
16. สุปรานี ชุมจันทร์ พัฒนาพร กล่อมสุนทร สุพรรณิ กลวงษ์.(2565). การดำเนินมาตรการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and Seal) ในสถานประกอบการ จังหวัดมุกดาหาร. วารสารวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมทางสุขภาพ 3(3) กันยายน - ธันวาคม 2565 122-31
17. แพรพรรณ ภูริปัญญา.(2564). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and Seal) ของสถานประกอบการ จังหวัดมหาสารคาม. รายงานวิจัย. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนความรู้และทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเขาวง

Development of a program to change knowledge and self-management skills in patients with type 2 diabetes mellitus that cannot control blood sugar Khao Wong

(Received: August 24,2023 ; Revised: August 27,2023 ; Accepted: August 28,2023)

ยุวดี คาคีวี¹ วิชชุณี ละม้ายศรี¹

Yuwadee Kadeevee¹ Witchunee Lamaisri¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเขาวง วิธีการดำเนินการวิจัย ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ถูกสุ่มเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน และได้รับการสุ่มเข้าสู่กลุ่มทดลอง 60 คนและกลุ่มควบคุม 60 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เก็บข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามและการจดบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติอ้างอิง (t-test, chi-square, repeated-measures analysis of variance)

ผลการวิจัย กลุ่มทดลองมีความรู้ พฤติกรรม น้ำตาลในเลือด น้ำตาลสะสมดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ โปรแกรมมีค่าขนาดอิทธิพลปานกลางถึงสูง ผู้เป็นเบาหวานในกลุ่มทดลองสามารถรักษาพฤติกรรมสุขภาพคงอยู่นาน 12 เดือน **คำสำคัญ:** โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to evaluate the effect of the theory application program. PRECEDE-PROCEED model to change health behaviors in type 2diabetic patients with uncontrollable glycemic load Khao Wong Hospital. Method of conducting research 120 eligible subjects with type 2 diabetes were randomly assigned to the study group and 60 to the experimental group and 60 to the control group. The experimental group received the theory application program. PRECEDE-PROCEED model to change health behaviors in type 2 diabetic patients with uncontrollable glycemic load while the control group received normal care. Collect data from questionnaire responses and taking notes. Data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean and standard deviation) and reference statistics (t-test, chi-square, repeated-measures analysis of variance). Research results: The experimental group had knowledge, behavior, blood sugar. The accumulation of sugar was significantly better than the control group. The program had a moderate to high effect size. Patients with diabetes in the experimental group were able to maintain healthy behaviors for 12 months. Summary and recommendations Providing Knowledge in conjunction with skill training Nurse support, including home visits and self-empowerment, is the core of diabetes self-management programs. The program helps people with diabetes control their blood sugar and accumulated sugar well. The results of the program can be applied in other similar agencies.

Keyword: Theory application program PRECEDE-PROCEED model, Modifying Health Behaviors, Diabetes patients type 2

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ.2560 – 2579 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุข ในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ภายใต้ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) 2) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ประกอบด้วย 15 แผนงาน 45 โครงการ โดยกำหนดเป้าหมายและมาตรการสำคัญให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลภายใต้งบประมาณและทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด โดยการถ่ายทอดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และตัวชี้วัด พร้อมทั้งได้มีการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ เพื่อสร้างความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในทุกกระดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560)

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ สาเหตุการเกิดเบาหวานเกิดได้หลายปัจจัย ที่สำคัญคือสาเหตุจากกรรมพันธุ์และความอ้วนและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานนอกจากพันธุกรรมแล้ว สาเหตุที่สำคัญคือรูปแบบการดำเนินชีวิต สำหรับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยมีจำนวนกว่า 5 ล้านคน หรือเปรียบเทียบกับ 1 ใน 11 คนไทยที่อายุ 15 ปี ขึ้นไปกำลังป่วยด้วยโรคเบาหวาน และมีอัตราเพิ่มขึ้นประมาณ 1 แสนคนต่อปี ซึ่งในจำนวนนี้เพียง 1 ใน 3 คน ที่สามารถบรรลุเป้าหมายใน

การรักษาทำให้มีผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยเสียชีวิตมากถึง 200 รายต่อวัน³ จากข้อมูลเขตสุขภาพที่ 7 พบความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เท่ากับร้อยละ 8.11 ได้รับการวินิจฉัยและอยู่ในระบบดูแลรักษาของหน่วยบริการภาครัฐ ร้อยละ 67.54⁵

เช่นเดียวกับสถานการณ์ของจังหวัดกาฬสินธุ์ ในปี พ.ศ. 2561-2563 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี จำนวน 56,298, 58,497 และ 60,136 ราย ตามลำดับ โดยพบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 45,372, 47,707 และ 49,972 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.60, 81.56 และ 83.10 ตามลำดับ และพบว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1,245, 1,474 และ 1,770 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.07, 2.52 และ 3.14 ตามลำดับ และสถานการณ์ของอำเภอเขาวง ในปี พ.ศ. 2561-2563 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้น 2,766, 2,812 และ 2,894 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 9.31, 9.64 และ 9.87 โดยพบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 2,126, 2,203 และ 2,325 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 76.87, 78.35 และ 80.34 ตามลำดับ พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 100,106 และ 133 ราย ลำดับ คิดเป็นร้อยละ 2.71, 2.77 และ 3.50 ทั้งนี้พบว่าอัตราตายด้วยโรคเบาหวานที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2563)

วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในเขตอำเภอเขาวง มีข้อจำกัดด้านเวลาและสภาพการทำงานเป็นสำคัญ กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีอาชีพทำนา เกษตรกรรม ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ ทอผ้า ทำเครื่องจักสาน และไม้กวาด ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยป่วย

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ต้องทำงานประมาณ 10- 12 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่น้ำตาลเฉลี่ยสะสม > 7 % จำนวน 30 คน พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมจัดการตนเองด้านขาดการออกกำลังกาย ร้อยละ 76.66 ไม่ควบคุมอาหาร ร้อยละ 60 การรับประทานยา/ฉีดยาไม่ถูกต้อง ร้อยละ 50 ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง ร้อยละ 30 เป็นต้น แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความพร่องในการจัดการตนเอง ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และรวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่เพิ่มสูงขึ้น ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงต้องส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางปัญญา และพฤติกรรมของบุคคล (Bandura, 1969) การนำหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวมาใช้ในการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์ด้านสุขภาพหลังจากได้เข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันที่ลดลง โดยมีการจัดการในด้านการรับประทาน อาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด ^{2,6} ในประเทศเม็กซิโกมีการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ในเรื่องอาหาร การออกกำลังกายควบคู่กับการบันทึกด้วยตนเอง โดยมีนักสุขภาพเป็นผู้ที่คอยสนับสนุน (Staten; et al. 2008) อีกทั้งมีการประยุกต์ใช้วัฒนธรรมของท้องถิ่นและทรัพยากรในชุมชนมาร่วมสนับสนุน (Whitt-Glover; et al. 2013) และมีการดำเนินการที่ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักโดยเพิ่มทัศนคติในการควบคุมน้ำหนักร่วมกับการผสมผสานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตเข้าไปด้วย (McVey; et al. 2013)

กล่าวได้ว่าปัญหาพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน ดังกล่าวมีหลายปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงและส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีโดยประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model ¹¹ ซึ่งเป็นเครื่องมือวินิจฉัยสาเหตุจากพฤติกรรมที่สำคัญ สามารถสร้างเป็นกรอบแนวคิดวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานแบบสหปัจจัยได้อย่างครอบคลุมโดยมีองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยนำที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม ปัจจัยเอื้อที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรม และปัจจัยเสริมที่ผู้ป่วยเบาหวานจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่นซึ่งเป็นผลจากการกระทำของตนเอง ¹⁷ การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การประยุกต์ใช้ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model ที่ผ่านมาในประเทศไทยส่วนใหญ่นิยมศึกษาเชิงความสัมพันธ์และการทำนาย และพบงานวิจัยกึ่งทดลองจำนวนน้อยมาก ¹⁸ นอกจากนี้ ยังไม่พบการประยุกต์ใช้ในการแก้ไขพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งมีบริบทและวิถีในการดำเนินชีวิตที่แตกต่างจากประชาชนทั่วไป ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเขาวง ซึ่งอาจนำไปสู่รูปแบบสำเร็จรูปภายใต้บริบทของโรงพยาบาลเขาวง ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาผลของผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วย

เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเขาวง

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3. เพื่อประเมินความแตกต่างของดัชนีสุขภาพ (น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และค่าน้ำตาลสะสม) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำด้านมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อด้านการฝึกทักษะการจัดการตนเองที่ช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ต้องการ ปัจจัยเสริมด้านการเสริมแรงทางบวกมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2. กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายและดัชนีมวลกายลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการศึกษา/การดำเนิน

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (comparison group)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวาน ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาวง จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากสูตร

$$N = 2[(Z_{\alpha} + Z_{\beta}) \sigma]^2 / d^2$$

กำหนดค่า $Z_{\alpha} = 1.96$ เมื่อ $\alpha = 0.05$ (2 tailed) $Z_{\beta} = 0.80$ เมื่อ $\beta = 0.2$ (power = 80%) σ = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มีค่า 1.75 (ข้อมูลส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่า HbA1C ของผู้เป็นเบาหวานในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเขาวง ที่ผู้วิจัยได้เฝ้าติดตาม ก่อนทำการศึกษาในครั้งนี้) d = ค่าความแตกต่างของค่า HbA1C ของผู้เป็นเบาหวานกลุ่มทดลองและควบคุมที่ถือว่า มีนัยสำคัญทางคลินิกมีค่าเท่ากับร้อยละ 1

จากสูตรดังกล่าว คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 50 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มอีกร้อยละ 20 (10 คน) เพื่อการสูญหายของข้อมูลในกรณีที่ผู้เข้าร่วม การศึกษาออกจากการศึกษา ก่อนเวลา ดังนั้นจะมีกลุ่ม ตัวอย่างเท่ากับ 60 คน ต่อกลุ่มโดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุม น้ำตาลไม่ได้ในกลุ่มทดลองที่มีค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) >7

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุตั้งแต่ 40 -59 ปี 2) เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีประวัติการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวาน 3) มีผล HbA1C มากกว่าร้อยละ 7.00 อย่างน้อยในรอบปีที่ผ่านมา 4) มีสติสัมปชัญญะดีเข้าใจภาษาไทยและให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง 5) สามารถดูแลตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกณฑ์การคัดออก ได้แก่

ผู้เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะหัวใจวาย รุนแรงหรือภาวะคีโตแอซิโดซิส หรือมีเหตุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานหรือมีอุปสรรคอื่น ๆ ที่อาจทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่อง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่ม (random sampling) โดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างมา 120 คนจึงทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (random assignment) โดยวิธีการจับฉลากได้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มๆ ละ 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลองคือ โปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง ประกอบด้วยบทเรียนให้ความรู้ควบคู่กับการฝึกทักษะการจัดการปัญหา การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ บทเรียนมีทั้งหมด 10 บท แต่ละบทใช้เวลา 30 นาที มีรายละเอียดดังนี้ บทที่ 1 เรื่องโรคเบาหวาน บทที่ 2 เรื่องภาวะแทรกซ้อน บทที่ 3 เรื่องอาหารเพื่อสุขภาพ บทที่ 4 เรื่องอาหารแลกเปลี่ยน บทที่ 5 เรื่องการควบคุมไขมันและโซเดียม บทที่ 6 เรื่องการเลือกกินเมื่ออยู่นอกบ้าน บทที่ 7 เรื่องฉลากอาหาร บทที่ 8 เรื่องการออกกำลังกาย บทที่ 9 เรื่องการติดตามและควบคุมเบาหวานด้วยตนเอง และบทที่ 10 เรื่องทำอย่างไรไม่ให้ถูกตัดขา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สอบถามข้อมูลด้าน ประชากร 5 ข้อ ข้อมูลด้านสังคมและเศรษฐกิจ 6 ข้อ และข้อมูลด้านสุขภาพ 5 ข้อ รวมคำถามทั้งสิ้น 16 ข้อ คำถามเป็นคำถามแบบปรนัยให้เลือกตอบหรือเป็นคำถามปลายเปิดให้ตอบสั้นๆ

2.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งครอบคลุมความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนและการป้องกัน อาหารและการออกกำลังกาย จำนวน 50 ข้อ เป็นคำถามปรนัยที่มีตัวเลือก 3 ตัว ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 50 คะแนนโดยผู้ได้คะแนนสูงถือว่ามีความรู้ดีกว่าผู้ได้คะแนนต่ำ

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง จำนวน 37 ข้อ เป็นคำถามปรนัยให้เลือกตอบจาก ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติสม่ำเสมอ ให้คะแนน 1, 2, 3 ตามลำดับ คะแนนเต็ม 111 คะแนนโดยผู้ได้คะแนนสูง ถือว่ามีพฤติกรรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองดีกว่าผู้ได้คะแนนต่ำ

2.4 แบบบันทึกการควบคุมเบาหวานเป็นแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับดัชนีสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งเจาะจากปลายนิ้ว (fasting blood sugar, FBS) ค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) ความดันโลหิตขณะบิ๊บและคลายตัว ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่น น้ำตาลในกระแสเลือดสูง/ต่ำ รวมถึงปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

โปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง และแผนการสอนได้รับการตรวจสอบความถูกต้องจากแพทย์เฉพาะทางสาขาต่อมไร้ท่อและเมตาบอริซึมพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเบาหวาน โภชนาการและนักศึกษศึกษา รวม 4 คน ส่วนแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัยจากการ ทบทวนวรรณกรรมได้รับการตรวจหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คนและคำนวณหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (context validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.92, 0.87 และ 0.91 ตามลำดับ จากนั้นนำแบบประเมินไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของ ผู้ทรงคุณวุฒิและทดสอบความเที่ยง (reliability) ของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานโดยคำนวณค่า Kuder Richardson 20 ได้เท่ากับ 0.85 ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองโดยคำนวณค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มใช้สถิติอ้างอิง ได้แก่ t-test, chi-square, repeated-measures analysis of variance

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ 95/2564

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีผู้เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 120 คน จัดอยู่ในกลุ่มทดลอง 60 คน และกลุ่มควบคุม 60 คน ผู้เข้าร่วม

ข้อมูลส่วนบุคคลด้านประชากร สังคมและ เศรษฐกิจของกลุ่มทดลอง มีดังนี้ อายุเฉลี่ย 56.5 ปี เป็นเพศหญิง 43 คน (ร้อยละ 71.67) เพศชาย 17 คน (ร้อยละ 28.33) ส่วนใหญ่มี สถานภาพสมรส จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 80 มาจากครอบครัวเดี่ยว 55 คน คิดเป็น ร้อยละ 91.66 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 48 คน คิดเป็นร้อยละ 81.66 นับถือศาสนาพุทธ 60 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม 55 คน คิดเป็นร้อยละ 91.66 รายได้ มาจากการทำนาขายข้าวนาปี 50 คน คิดเป็น ร้อยละ 83.33 เพียงพอต่อการดำรงชีวิต 43 คน คิดเป็นร้อยละ 71.66

ข้อมูลส่วนบุคคลด้านประชากร สังคมและ เศรษฐกิจของกลุ่มควบคุม มีดังนี้ อายุเฉลี่ย 52.38ปี เป็นเพศหญิง 50 คน (ร้อยละ 83.33) เพศชาย 10 คน (ร้อยละ 16.67) ส่วนใหญ่มี สถานภาพสมรส จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 81.66. มาจากครอบครัวเดี่ยว 53 คน คิดเป็น ร้อยละ 88.33 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 43 คน คิดเป็นร้อยละ 71.67 นับถือศาสนาพุทธ 60 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม 53 คน คิดเป็นร้อยละ 88.33 รายได้ มาจากการทำนาขายข้าวนาปี 47 คน คิดเป็นร้อยละ 78.33 เพียงพอต่อการดำรงชีวิต 40 คน คิด เป็นร้อยละ 66.66

ข้อมูลด้านสุขภาพด้านการรับรู้ว่าเป็นโรค พบว่า กลุ่มทดลองรับรู้ว่าเป็นเบาหวานเฉลี่ย

14.47 ปี (SD = 9.36) ส่วนกลุ่มควบคุมรับรู้ว่าเป็นเบาหวานเฉลี่ย 12.22 ปี (SD = 9.76) กลุ่มทดลองรับรู้ภาวะโรคของตนเองมีความรุนแรง น้อย ปานกลาง และมาก คิดเป็นร้อยละ 6.8 ร้อยละ 22.2 และร้อยละ 21.4 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มควบคุมรับรู้ว่า ภาวะโรคของตนเองมีความรุนแรงน้อย ปานกลาง และมากคิดเป็นร้อยละ 2.6 ร้อยละ 34.2 และร้อยละ 12.8 ตามลำดับ

ด้านการรักษาโรค พบว่า กลุ่มทดลองร้อยละ 23.1 รักษาโรคด้วยการรับประทานยา ร้อยละ 23.1 รับประทานยาร่วมกับการฉีดอินซูลิน และร้อยละ 4.3 ด้วยการฉีดอินซูลิน ในส่วนของกลุ่มควบคุมพบว่า ร้อยละ 24.8 รักษาด้วยการ รับประทานยา ร้อยละ 19.7 รับประทานยา ร่วมกับการฉีดอินซูลิน และร้อยละ 5.1 ด้วยการ ฉีดอินซูลิน ในรอบปีที่ผ่านมากลุ่มทดลองเข้ารับการ รักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโดยเฉลี่ย 1.44 ครั้ง (SD = 2.24) ส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค แล้ว ภาวะแทรกซ้อนที่พบเรียงลำดับจากมากไป น้อย ดังนี้ ไตวายเรื้อรัง (ร้อยละ 67.8) หลอด เลือดสมองและหัวใจตีบ/อุดตัน (ร้อยละ 15.3) ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน(น้ำตาลในเลือดสูง/ต่ำ) (ร้อยละ 5.1) และมีแผลที่เท้า (ร้อยละ 3.4) ในขณะที่กลุ่มควบคุมเข้ารับการรักษาดังเป็นผู้ป่วยในโดยเฉลี่ย 1.22 ครั้ง (SD = 1.86) ส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคแล้วเช่นกัน ภาวะแทรกซ้อนที่พบเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ไตวายเรื้อรัง (ร้อยละ 58.6) หลอดเลือด สมองและหัวใจตีบ/อุดตัน (ร้อยละ 10.3) ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน(น้ำตาลในเลือดสูง/ต่ำ) (ร้อยละ 5.2) และมีแผลที่เท้า (ร้อยละ 3.4) ผู้วิจัยทดสอบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลด้าน ประชากร สังคม เศรษฐกิจและสุขภาพของกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมแรกพบพบว่าข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ข้อมูลด้านความรู้และพฤติกรรมก่อนเข้า โปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลด้านความรู้และพฤติกรรมก่อนเข้าโปรแกรม (กลุ่มทดลอง N=60, กลุ่มควบคุม N=60)

ข้อมูลด้านความรู้และพฤติกรรม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	M	SD	M	SD
ความรู้	34.47	7.73	32.43	7.88
พฤติกรรมการจัดการเบาหวาน	86.46	11.32	87.02	8.94

ตารางที่ 2 ดัชนีสุขภาพก่อนเข้าโปรแกรม (กลุ่มทดลอง N=60, กลุ่มควบคุม N=60)

ดัชนีสุขภาพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	M	SD	M	SD
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	65.29	13.99	32.43	7.88
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	156.79	8.11	158.50	8.11
BMI (กิโลกรัม/เมตร ²)	26.94	4.45	67.31	14.43
เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)	94.20	11.13	93.48	11.00
ความดันโลหิตขณะปัสสาวะ (มิลลิเมตรปรอท)	131.17	16.04	131.86	16.46
ความดันโลหิตขณะคลายตัว (มิลลิเมตรปรอท)	75.99	10.16	76.59	10.16
FBS (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	179.09	82.61	179.29	82.61
HbA1C	8.88	1.59	8.88	= 1.59

เมื่อทดสอบความแตกต่างข้อมูลด้านความรู้ พฤติกรรมและดัชนีสุขภาพแรกรับเข้าโครงการ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างที่นัยสำคัญทางสถิติ .05 หลังเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยทดสอบความแตกต่างของความรู้ พฤติกรรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง FBS และ HbA1C ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่ม ทดลองมีความรู้พฤติกรรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง FBS และ HbA1C ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

คะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 16.65, p < .001, \text{effect size} = .43$) และคะแนนพฤติกรรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 19.34, p < 0.001, \text{effect size} = .46$) ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมและเมื่อสิ้นสุดการได้รับโปรแกรมในเดือนที่ 3, 5, 7, 9 และ 12 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรู้หลังเข้าโปรแกรม (กลุ่มทดลอง N=60, กลุ่มควบคุม N=60)

ข้อมูลด้านความรู้และพฤติกรรม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	M	SD	M	SD
ความรู้				
แรกรับ	34.47	7.73	32.43	7.88
เดือนที่ 3	40.68	5.72	30.45	7.89
เดือนที่ 5	40.15	7.15	29.21	8.16
เดือนที่ 7	39.54	7.36	28.95	7.78

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรู้หลังเข้าโปรแกรม (กลุ่มทดลอง N=60, กลุ่มควบคุม N=60)

ข้อมูลด้านความรู้และพฤติกรรม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	M	SD	M	SD
เดือนที่ 9	42.47	4.16	28.05	7.61
เดือนที่ 12	43.12	4.82	27.43	7.81
คะแนนพฤติกรรมจัดการเบาหวาน				
แรกเริ่ม	86.46	11.32	87.02	8.94
เดือนที่ 3	91.46	9.37	87.38	9.97
เดือนที่ 4	90.88	13.13	87.38	7.52
เดือนที่ 5	92.53	10.71	86.41	7.05
เดือนที่ 6	97.27	8.37	85.17	8.13
เดือนที่ 12	103.02	6.00	84.47	7.60

จากตารางที่ 3 FBS ของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 5.72, p < 0.05, \text{effect size} = .21$) ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน FBS ของกลุ่มทดลองก่อน

ได้รับโปรแกรมและเมื่อสิ้นสุดการได้รับโปรแกรม ใน เดือนที่ เดือนที่ 3, 5, 7, 9 และ 12 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มทดลอง N=60, กลุ่มควบคุม N=60)

ระดับน้ำตาลในเลือด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	M	SD	M	SD
แรกเริ่ม	186.37	90.96	172.09	73.25
เดือนที่ 3	138.41	42.53	150.81	65.07
เดือนที่ 5	135.90	41.61	145.32	55.98
เดือนที่ 7	128.49	33.03	150.16	60.95
เดือนที่ 9	128.02	25.12	154.91	70.27
เดือนที่ 12	124.10	27.66	166.60	65.52

เมื่อทดสอบความแตกต่างของดัชนีสุขภาพตัวอื่นๆ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง BMI เส้นรอบเอว และความดันโลหิตของทั้งสองกลุ่มและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วม โครงการ พบว่า ค่าดัชนีสุขภาพเหล่านี้ไม่มีความแตกต่างกันที่มีนัยสำคัญทางสถิติ.05

จากการเยี่ยมบ้านพบว่าอุปสรรคที่ทำให้ผู้เป็นเบาหวานในการศึกษานี้ไม่สามารถควบคุม FBS ได้ ตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่องได้แก่ 1) การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ทั้งในรูปของการ

รับ ประทานอาหารไม่ถูกต้องหลักโภชนาการ หรือรับประทานบางมื้อมากกว่าปกติ ผู้เป็นเบาหวานส่วนใหญ่ชอบดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง เช่น ดื่มน้ำกาแฟ 3 in1หรือดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเป็นอาหารเข้าแทนการรับประทานอาหารมื้อปกติ ทำให้ได้รับน้ำตาลเกินความต้องการของร่างกายต่อวัน 2) วิธีชีวิตรวมถึงการทำงานเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานไม่ตรงเวลา การรับประทานยา/ฉีดยาไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร งดอาหารเมื่อเลยเวลาหิว เช่น กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพ ทอผ้า ทำ

เครื่องจักสาน และไม้กวาด เมื่อเลยเวลาอาหารไป สักระยะก็ไม่วู้สึกหิว ทำให้ไม่อยากรับประทานมื้อเช้า ส่วนมือเย็นผู้ป่วยจะรับประทานอาหารมากกว่าปกติ เป็นผลให้เกิดภาวะน้ำตาลสูงบ่อยๆ 3) การไม่ออกกำลังกายทำให้เกิดการสะสมของพลังงานที่มากเกินไป ส่งผลให้ควบคุมน้ำตาลไม่ดี การเยี่ยมบ้านจึงเป็นหนทางหนึ่งที่ทำให้พยาบาลเข้าใจ ผู้รับบริการตามสถานการณ์และบริบทต่าง ๆ กัน พยาบาลรับรู้ปัญหาของผู้เป็นเบาหวานได้ดีขึ้น เนื่องจากมีเวลาในการสนทนาและรับฟังความคิดเห็น ความรู้สึกตลอดจนมองเห็นภาพวิถีชีวิตของผู้รับบริการมากขึ้น การเยี่ยมบ้านเปิดโอกาสให้พยาบาล และผู้เป็นเบาหวานได้ร่วมกันค้นหา หนทางแก้ปัญหาเพื่อให้การควบคุมน้ำตาลเป็นไปตามเป้าหมาย

สรุปและอภิปราย

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเขาวง นีมีส่วนช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานมีความรู้และทักษะที่ช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานสามารถจัดการเบาหวานด้วยตนเองตลอดจนแก้ไขปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ดีขึ้นซึ่งส่งผลต่อการควบคุมน้ำตาลในร่างกายได้ดีขึ้นซึ่งสะท้อนให้เห็นจากค่า FBS ที่ลดลงเช่นเดียวกับโปรแกรมอื่น ๆ ที่ช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานสามารถจัดการเบาหวานด้วยตนเอง¹⁶ โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการศึกษานี้แตกต่างจากโปรแกรมอื่นเนื่องจากเป็นโปรแกรมที่ออกแบบภายใต้กรอบแนวคิด precede proceed model ที่ใช้การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค (ปัจจัยนำ) การฝึกทักษะการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง (ปัจจัยเอื้อ) การสนับสนุนจากพยาบาลที่ช่วยทบทวนความรู้และเสริมทักษะที่พร้อมไป การกระตุ้นและให้กำลังใจแก่ผู้เป็นเบาหวาน (ปัจจัยเสริม) รวมถึงการเน้นให้ผู้เป็นเบาหวานรับรู้

สมรรถนะของตนเองจากการปฏิบัติจริง การได้สนทนากับผู้เป็นเบาหวานที่ประสบความสำเร็จในการควบคุม FBS การได้รับแรงสนับสนุนจากพยาบาลและการคาดหวังผลที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโปรแกรม ทำให้ผู้เป็นเบาหวาน สามารถจัดการเบาหวานด้วยตนเองได้ดีขึ้น เป็นการแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาภายใต้ precede proceed model ใช้ได้ผลดีและการทดสอบทางสถิติยังย้ำให้เห็นว่าโปรแกรมมีค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ปานกลางถึงสูง และผู้เป็นเบาหวานในกลุ่มทดลองสามารถรักษาระดับ FBS ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมยาวนานถึง 12 เดือน ถือเป็นงานวิจัยที่มีการจัดกระทำและติดตามผลระยะยาว

นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองที่ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (random sampling) จากประชากรในชั้นแรกและสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มที่ศึกษา (random assignment) ในขั้นต่อไป วิธีการสุ่มทำให้ประชากรมีโอกาสได้รับเลือกเข้าสู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมเท่าเทียมกันเป็นการลดอคติ(bias) ได้ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร เพิ่มความตรงภายนอก (external validity) นั่นคือเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการศึกษาสู่ประชากรที่เป็นเบาหวานในเขตชุมชนเมืองได้ นอกจากนี้การสุ่มกลุ่ม ตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมยังเพิ่มความตรง ภายใน (internal validity) ความแตกต่างที่เกิดขึ้นระหว่างกลุ่มเป็นผลมาจากการได้รับหรือไม่ได้รับโปรแกรม ทำให้ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่าผู้เป็นเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมสามารถควบคุม FBS ได้จริง

โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นี้ออกแบบโดยเน้นการเรียนรู้ควบคู่กับการฝึกทักษะจัดการเบาหวานด้วยตนเอง ซึ่งมีการศึกษาสนับสนุนว่ามีประโยชน์ต่อผู้เป็นเบาหวาน¹⁵ กิจกรรมในโปรแกรมจะเข้มข้นมากในระยะ 3 เดือนแรก หลังจากนั้นอีก 9 เดือนเป็นเวลาของการนำความรู้และทักษะไปปฏิบัติจริงใน

ชีวิตประจำวัน โดยมีพยาบาลซึ่งอยู่ในทีมวิจัยคอยช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้เป็นเบาหวานจัดการตนเองได้และดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีความสุข การใช้กระบวนการกลุ่มระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นช่องทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ความรู้สึกร่วมกันและกัน ได้รับแรงสนับสนุนและกำลังใจด้วยกัน ทำให้ผู้เป็นเบาหวานเกิดความรู้สึกลึกซึ้งและมีพลังใจในการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง ให้ดียิ่งขึ้นไป โปรแกรมนี้ผนวกการเยี่ยมบ้านเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชน (บ้านของกลุ่มตัวอย่าง) ทำให้พยาบาลเข้าใจบริบทและสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มีส่วนส่งเสริมหรือขัดขวางต่อการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานและพยาบาลมีโอกาสร่วมประเมินปัญหาใหม่ ร่วมคิดและร่วมวางแผนจัดการปัญหาต่าง ๆ ในแง่มุมใหม่ที่สอดคล้องกับบริบทและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ผลจากการเยี่ยมบ้านทำให้ผู้เป็นเบาหวานส่วนหนึ่งจัดการเบาหวานด้วยตนเองได้ดีขึ้น มีความประทับใจในบริการที่ได้รับจากวิชาชีพพยาบาลมากยิ่งขึ้น การศึกษานี้นอกจากจะมีประโยชน์ต่อผู้เป็นเบาหวานแล้วยังมีประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล ทำให้เห็นถึงสมรรถนะของพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง โดยเฉพาะด้านการจัดการรายกรณี (case management) และการประสานความร่วมมือ (collaboration) ระหว่างแพทย์พยาบาลในโรงพยาบาล (clinical nurse specialist) และพยาบาลชุมชน (nurse practitioner) ซึ่งล้วนมีส่วนช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสมกับภาวะของโรคและเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ

อย่างไรก็ดีการศึกษานี้มีข้อจำกัดประการหนึ่ง คือ ขาดการเตรียมรับวิกฤตการณ์โรคระบาดโควิดทั้งผู้เป็นเบาหวานและพยาบาลที่ให้การดูแลช่วงเวลาหนึ่งของการศึกษาวิจัย ทำให้ผู้เป็นเบาหวานในโครงการและพยาบาลในทีมวิจัยขาด

การติดต่อระหว่างกัน วิถีชีวิตในช่วงวิกฤตการณ์โรคระบาดโควิดเปลี่ยนแปลงไป ทำให้การรับประทานอาหารและการทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นไปด้วยความลำบาก มีความเครียดสูง ในรายที่ยาหมด จำเป็นต้องมารับยาก็ดินทางด้วยความลำบาก อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้เป็นเบาหวานและพยาบาลไม่สามารถพบปะกันตาม กำหนดการเดิม พยาบาลยังสามารถใช้โทรศัพท์สื่อสารและรับฟังทุกข์สุขของผู้เป็นเบาหวานได้ ช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานได้ระบายความเครียดและแนะนำการสร้างสุขในภาวะวิกฤติได้ โรคระบาดโควิดสะท้อนให้ผู้วิจัยได้คิดถึงมาตรการดูแลผู้เป็นเบาหวานยามเผชิญวิกฤตการณ์ การเตรียมความพร้อมทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นสิ่งจำเป็นและควรกำหนดอยู่ในแผนปฏิบัติการเพื่อการรับมือกับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การศึกษาครั้งนี้กระทำในชุมชนชนบท ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมในบริบทของชุมชนชนบทอื่น ๆ เนื่องจากสิ่งแวดล้อม สังคมและวิถีชีวิตการดำรงชีวิตที่แตกต่างกัน อาจส่งผลต่อการจัดการตนเองที่แตกต่างได้
2. ควรเชิญชวนให้ผู้ดูแลเข้าร่วมโปรแกรมกับผู้เป็นเบาหวานโดยเฉพาะผู้เป็นเบาหวานสูงอายุที่มีผู้ดูแลประจำตัวจะช่วยให้การดูแลผู้เป็นเบาหวานเป็นไปได้ดีขึ้น
3. การเพิ่มเครือข่ายความร่วมมือระหว่าง clinical nurse specialists ในโรงพยาบาลกับ nurse practitioners ในชุมชน เป็นการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้เป็นเบาหวานให้เป็นไปได้ดีขึ้นและช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานคงพฤติกรรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองได้อย่างยั่งยืน
4. โปรแกรมสามารถประยุกต์ใช้กับหน่วยงานอื่นที่มีการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การออกกำลังกายทั่วไปและเฉพาะโรคผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2553.
- 2.พรพนิต ปวงนิยม. ผลของรูปแบบการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดตราด. วิทยานิพนธ์ (พย.ม.), มหาวิทยาลัยบูรพา, 2552.
- 3.สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2563.
- 4.สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานประจำปี 2559. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น, 2560.
- 5.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2563.
- 6.สุรพล อริยะเดช. ผลของการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของข้าราชการอำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า 2555; 29(3):205-216.
- 7.American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2012. Diabetes Care. 2011;35 (Suppl): S11-S63.
- 8.Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
- 9.Bureau of Non-Communicable Disease; Ministry of Public Health. 2011 Annual report. Bangkok (Thailand): Bureau of Non-Communicable Disease; 2011.
- 10.Bureau of Policy and Strategy; Ministry of Public Health. [Internet]. Health information and statistics [update 2012 Nov 21; cited 2012 Nov 27]. Available from <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/index.html>
- 11.Green LW, Kreuter MW. Health program planning: An educational and ecological approach. 4th ed. Boston: McGraw-Hill: 2005.
- 12.Holman RR, Paul SK, Bethel MA. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. N Eng J Med. 2008; 359:1577-89.
- 13.Keeratiyutawong P, Hanucharunkul S, Melkus DDE, Panparkdee O,VorapongsathornT. Effectiveness of a self-management program for Thai with type 2 diabetes. Thai J Nurs. 2006;10(2): 85-97.
- 14.Li R, Zheng P, Chowdhury FM, Zheng X. Cost effectiveness of interventions to prevent and control diabetes mellitus: A systematic review. Diabetes Care. 2010;33:1872-94.
- 15.Norris S, Engelgau M, Narayan KM. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes. Diabetes Care. 2001; 24(3):561-87.
- 16.Phanwattana, P. Food consumption behavior of working age people in Bangkok. The Office of Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen. 2019;26: 93-103. Thai
- 17.Powwattana, P. and et al. Health promotion and disease prevention in community:an application of concepts and theories to practice. 3rd ed. Khon Kaen. Klungnana Vitthaya Press. 2013.Thai.
- 18.Ua-Kit, N. and Pensri, L. Utilization of the PRECEDE MODEL in health promotion. Thai Red Cross Nursing Journal. 2019;12: 38-48. Thai.

- 19.Wattana C, Srisuphan W, Pothiban L, Upchurch S. Effects of a diabetes selfmanagement program on glycemic control, coronary heart disease risk, and quality of life among Thai patients with type 2 diabetes. Nurs & Health Sci. 2007;9(2):135-41.
- 20.World Health Organization [Internet]. Diabetes [update 2012 Sep 12; cited 2012 Nov 27]. Available from <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงรุกบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบ
คลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน

The development of a proactive care model for schizophrenia patients integrated with
primary care cluster services and community networks.

(Received: August 24,2023 ; Revised: August 27,2023 ; Accepted: August 28,2023)

ธัญลักษณ์ ไชยสุข มอลเลอร์¹, กานดา ศรีโพธิ์ชัย¹ *, ณัฏฐพร ยีวาศรี¹
Thanyalak Chaisuk Mollerup¹, Kanda Sriphochai¹, Nattaporn Yivasri¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงรุกบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน
คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวนทั้งสิ้น 96 คน เครื่องมือวิจัยที่ใช้ได้แก่ แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน แบบ
ประเมินความสามารถโดยรวม แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ และแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจ
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon signed ranks test และ Pair samples t-test

ผลการวิจัย พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงรุกบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอ
ครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน มี 3 ระยะ ดังนี้ 1) วิเคราะห์ความต้องการของพื้นที่และกำหนดกรอบแนวคิด 2)
ออกแบบจัดทำต้นร่างและพัฒนาปรับปรุง 3) การนำรูปแบบฯ ที่พัฒนาแล้วไปใช้และประเมินผลลัพธ์ พบว่าก่อนและหลังการ
พัฒนารูปแบบฯ ค่าระดับคะแนนความรุนแรงของอาการเบื้องต้นโดยรวม ค่าระดับคะแนนความสามารถโดยรวม และค่าระดับ
คะแนนคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .01$)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท/การพัฒนาแบบการดูแล/คลินิกหมอครอบครัว/ภาคีเครือข่าย

Abstract

This Research was participatory action research aimed to study the development and outcome
assessment of a proactive care model for schizophrenia patients, integrated with primary care cluster
services and community networks. Sample size were 96 people. The research instruments including a
demographic questionnaire, Basic of psychotic assessment, Global Assessment of Functioning (GAF) scale
and WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF), Satisfaction assessment were used for data collection. Data
were analyzed by using frequency, percentage, mean, Wilcoxon signed ranks test and Pair samples t test.

The research results found that revealed that the development of a proactive care model for
schizophrenia patients, integrated with primary care cluster services and community networks had 3 stage,
1) Need analysis and conceptual framework 2) Prototype development 3) Action and outcome evaluation,
before and after the development of care model finding that the Basic of psychotic assessment, GAF scale,
Quality of Life were significantly at .05 level ($p < .01$)

Keywords: schizophrenia patients/development of care model/Community network

บทนำ

ผู้ป่วยจิตเภท (schizophrenia) หรือ
เรียกว่าผู้ป่วยโรคจิต หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติ
ในด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และการรับรู้

มองโลกผิดจากความเป็นจริง มีอาการประสาท
หลอน ความคิดหลงผิด การแสดงอารมณ์ที่ไม่
เหมาะสม¹ เป็นผู้ที่มักมีปัญหาทั้งสังคมหรือมีความ
บกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบของ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

ตน มีการปรับตัวในชีวิตประจำวันที่ล้มเหลว ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะสร้างคุณค่า หรือหาความหมายของชีวิต หนีออกจากความเป็นจริง มีการตอบสนองต่อบุคคลอื่นในลักษณะที่ไม่มีความแน่นอน พฤติกรรมที่แสดงออกไม่อยู่ในขอบข่ายที่สังคมยอมรับได้

โรงพยาบาลเขาวงใต้ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทมาเป็นเวลานาน มีคลินิกจิตเวชในโรงพยาบาล แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มหนึ่งที่ยังมีปัญหาคือกลุ่มที่ใช้สารเสพติดจึงทำให้อาการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดอาจจะไม่กินยาอย่างต่อเนื่องและกลับเป็นซ้ำมีอาการกำเริบ รุนแรง และเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและคนในชุมชน การให้การดูแลในโรงพยาบาลเขาวงใต้มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยการนัดผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล มีการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ติดตามการกินยา และติดตามดูแลในชุมชนโดยการเยี่ยมบ้านทุกเดือน แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทยังมีอัตราการกำเริบซ้ำสูง ข้อมูลจากเวชระเบียนโรงพยาบาลเขาวง มีผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (F20) ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในปี 2561 ถึง 2563 ดังนี้ 255, 335, และ 357 คน ตามลำดับ และขอใบส่งตัวเพื่อไปรับการรักษาต่อโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 41 คน² คิดเป็นร้อยละ 13.96 ผู้ศึกษาได้รับแจ้งจากผู้นำหมู่บ้านและญาติผู้ป่วยในอำเภอเขาวงว่ามีผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง ในช่วงปี 2561 ถึง 2563 ดังนี้ 18, 15 และ 16 คน คิดเป็นร้อยละ 6.04, 5.03, 5.37 ตามลำดับ ที่ญาติแจ้งตำรวจช่วยนำส่งโรงพยาบาลจิตเวชและเข้ารับการรักษาซ้ำ ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปใน 1 ปี ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้ได้ผลดีนั้น จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในชุมชนด้วย และในขณะเดียวกันนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับนโยบายคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) คลินิกหมอครอบครัวเป็นการดูแลแบบผสมผสานบูรณาการอย่างต่อเนื่อง โดยให้การดูแลทุกกลุ่มวัยและทุกกลุ่มโรค ทั้งในด้านการ

คุ้มครองผู้บริโภค การส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ³ โดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรังซึ่งโรคจิตเภทก็เป็นโรคเรื้อรังอีกโรคหนึ่ง ซึ่งทางทีมหมอครอบครัวยังขาดความรู้ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งยังไม่มีข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทที่ครบถ้วนในพื้นที่ที่ดูแล ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่รับผิดชอบงานจิตเวชและสุขภาพจิต จึงมีความต้องการที่จะทำวิจัยเพื่อจะค้นหารูปแบบในการทำงานแบบบูรณาการร่วมกับคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน

ขอบเขตการวิจัย

วิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม 2564

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อนำมาใช้ในเครือข่ายโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
2. ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีทักษะในการจัดการและดูแลตนเองที่เหมาะสมและถูกต้อง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ยึดหลักจริยธรรมในการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รหัส

REC.KLS. 098/2564 การเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้แม้ว่าจะตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็ตาม ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้ในที่ปลอดภัย ผลการศึกษาจะถูกนำเสนอในภาพรวม ไม่สามารถสืบค้น ระบุตัวผู้ตอบแบบสอบถามได้ การเผยแพร่จะดำเนินการในรูปแบบสรุปผลการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลเขาวง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย แบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้

กลุ่ม 1 กลุ่มผู้บริหารเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการบริหารงานในด้านการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคจิตเภทในอำเภอเขาวง คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 7 คน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเขาวง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวม 5 คน ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาล/อบต. 5 คน ผู้รับผิดชอบงานบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยประจำสถานitäรรวจภูธรอำเภอเขาวง 1 คน ปลัดฝ่ายปกครองอำเภอเขาวง 1 คน และสาธารณสุขอำเภอเขาวง รวม 20 คน

กลุ่ม 2 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภท เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 คน ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลเขาวง 5 คน ตัวแทนผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเขาวง 6 คน รวม 13 คน

กลุ่ม 3 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวและชุมชน ดังนี้

กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาล จำนวน 5 คน ตำรวจชุมชน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 10 คน ผู้ป่วยจิตเภท/ผู้ดูแล จำนวน 36 คน รวม จำนวน 63 คน

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม รวมทั้งสิ้น 96 คน

การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ประกอบด้วย 1) ขั้นการศึกษาวิเคราะห์ความต้องการของพื้นที่ (Need analysis) ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงรุกบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน 2) ขั้นการทบทวนวรรณกรรมและกำหนดกรอบแนวคิด (Conceptual framework) โดยศึกษาเอกสารแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมากำหนดกรอบแนวคิดในการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนออกแบบและจัดทำต้นร่าง (Prototype development) ออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงรุกบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน 2) การพัฒนาคุณภาพและทบทวนปรับปรุงรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านจนได้รูปแบบที่สมบูรณ์

ระยะที่ 3 ประกอบด้วย 1) นำรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วลงสู่การปฏิบัติ 2) การติดตามและประเมินผล หลังจากนำรูปแบบไปใช้เป็นระยะเวลา 3 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามให้เลือกตอบ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน⁶ เป็นการประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตเบื้องต้น 10 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการทางจิต ด้านการกินยา ด้านผู้ดูแล/ญาติ ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพ ด้าน

สัมพันธภาพในครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการสื่อสาร ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น และด้านการใช้สารเสพติด เป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับ 1-3 คะแนน คะแนนรวม 10-30 คะแนน คะแนนสูง หมายถึงมีความรุนแรงมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Function (GAF) Scale)⁷ เป็นแบบประเมินที่ใช้วัดว่าการเจ็บป่วยทางจิตส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของจิตใจ สังคม และหน้าที่การทำงาน แบ่งช่วงคะแนนเป็น 10 ระดับ คะแนนรวม 1-100 คะแนน ค่าคะแนนสูง หมายถึงมีความสามารถโดยรวมมาก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF-THAI)⁷ ฉบับภาษาไทย 26 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวม 26-130 คะแนน คะแนนสูง หมายถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยแบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.846 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 ใช้เป็นเครื่องชี้วัดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ดูแล/ญาติและเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบสัมภาษณ์ จำนวน 2 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์และสรุปความ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน และร้อยละ ข้อมูลผลลัพธ์การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภท เปรียบเทียบความแตกต่างระดับคะแนนความรุนแรงของอาการเบื้องต้นโดยรวม ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าระดับคะแนนความสามารถโดยรวมและค่าระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในการติดตามดูแลต่อเนื่อง ครั้งที่ 1 และ 2 ด้วยสถิติ Pair samples t-test

ผลการวิจัย

กระบวนการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบ PCC ตามขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์ปัญหา (Research 1; R1,)

1.1 ขั้นการศึกษาวิเคราะห์ความต้องการของพื้นที่ โดยสัมภาษณ์ผู้นำและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ซึ่งสรุปว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาและช่องว่างของการติดตามดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง ขาดนัด/ขาดยา การขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท การขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และการมีทัศนคติที่ไม่ดีกับผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลจัดผู้ป่วยจิตเภทเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง กลุ่มที่มีอาการทางจิตคงที่ดูแลตนเองได้บ้าง และกลุ่มที่มีอาการน้อยสามารถดูแลตนเองได้ ช่วยทำงานได้ ใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติ

1.2 การสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย

1.2.1 ประชุมทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลเขาร่วมกับเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย และทีมคลินิกหมอครอบครัว เพื่อปรับระบบดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชนทั้ง 3 โซน (กลุ่มตัวอย่างกลุ่ม 2) โดยการให้ข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภทจากการประชุมสรุปได้ว่า พื้นที่ยังขาดข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นปัจจุบัน และขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย จึงได้ร่วมกันจัดทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเภทแยกรายตำบล และร่วมกันตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ ให้พยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาลทั้ง 3 คน ช่วยเป็นพี่เลี้ยงให้ทีมคลินิกหมอครอบครัวคนละ 1 ทีม โดยมีหน้าที่ให้การปรึกษาดูแลผู้ป่วยและออกติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมคลินิกหมอครอบครัว ในพื้นที่รับผิดชอบ

1.2.2 จัดเวทีสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology

of Participation: TOP Model)⁸ ในพื้นที่ จัดการเสวนากับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (กลุ่มตัวอย่างกลุ่ม 3) เริ่มจากการใช้กระบวนการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Discussion ORID Method)^{9,10} โดยใช้คำถาม 4 ประเด็นดังนี้ 1) ท่านเห็นอะไรในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 2) ท่านรู้สึกอย่างไรกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 3) ท่านอยากเห็นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นอย่างไร และ 4) ท่านจะทำอะไรต่อไปเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้ได้ผลดี ผลการสนทนาสรุปได้ดังนี้ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีช่องว่างของการติดตามดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง การขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ชุมชนรู้สึกหวาดกลัวและไม่ปลอดภัย มีทัศนคติที่ไม่ดี มองว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลไร้ความสามารถ รักษาไม่หายขาด ยากที่จะกลับมาเป็นปกติ เป็นภาระของครอบครัว อยากเห็นผู้ป่วยจิตเภทอาการดีขึ้น สามารถดูแลตนเองได้ ใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติ ไม่เป็นภาระของครอบครัวและชุมชน ชุมชนมีความตระหนักร่วมกันออกแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน “เราต้องช่วยกันดูแลผู้ป่วยก็คือลูกหลานของพวกเรา” “ถ้าเขาดีขึ้น ก็ช่วยทำนาได้” กลุ่มได้เสนอการแบ่งทีมดูแลเป็นรายตำบลที่ประกอบด้วย กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาล ตำรวจชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครสุขภาพประจำครอบครัว (อสค.)

1.3 ขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรมและการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภท พบการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) และ การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) หลังจากนั้นนำมากำหนด

กรอบแนวคิดการวิจัย โดยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต 7 ขั้นตอน ของกรมสุขภาพจิต^{4,5} ซึ่งประกอบด้วย 1) การศึกษาวิเคราะห์ความต้องการของพื้นที่ 2) การกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย 3) การออกแบบ/จัดทำต้นร่าง 4) การพัฒนาคุณภาพทางวิชาการ 5) ทบทวนปรับปรุง 6) ผลลัพธ์ความรู้ และ 7) ประเมินผลและพัฒนา

ระยะที่ 2 ขั้นตอนออกแบบและจัดทำต้นร่าง (Prototype development) (Development 1; D1) ออกแบบจัดทำการพัฒนารูปแบบฯ โดยการกำหนดปัญหาและแผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหา ได้นำแนวทางการพัฒนาแบบฯ ที่จัดทำแบบร่างแล้ว ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประเมินความเหมาะสม ความสอดคล้องของรูปแบบโครงสร้างและเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ท่าน และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน

ระยะที่ 3 นำรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่าย (ร่างรูปแบบฉบับสมบูรณ์) ไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย (Research 2; R2)

การเตรียมการก่อนนำรูปแบบฯ ไปใช้

1. จัดประชุมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาล ตำรวจชุมชน/เจ้าหน้าที่ปกครอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครสุขภาพประจำครอบครัว (อสค.) ผู้ดูแล/ญาติผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้ข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภท การอบรมความรู้การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน การสังเกตอาการก่อนการกำเริบ แนวทางการประสานส่งต่อเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบ การปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท การใช้แบบติดตามผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังในชุมชน และ

การฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำความเข้าใจรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้เกิดความตระหนัก มีความรู้ความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการใช้รูปแบบฯ และกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน ได้แก่ 1) กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน มีหน้าที่ ดูแลความสงบปลอดภัยในพื้นที่ 2) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาล มีหน้าที่ในการดูแลด้านสวัสดิการทางสังคม การประสานเพื่อรับสิทธิรับรองความพิการ 3) ตำรวจชุมชน ช่วยระงับเหตุและรักษาความปลอดภัยขณะส่งต่อเมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการกำเริบก้าวร้าว/รุนแรง 4) อสม. ดูแลด้านสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยและประเมินอาการผู้ป่วยจิตเภท 4 ด้านทุกสัปดาห์ (ด้านอาการทางจิต ด้านการกินยา ด้านผู้ดูแล/ญาติ และด้านการใช้สารเสพติด) 5) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดูแลและกระตุ้นการกินยาอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมกำลังใจสังเกตอาการเตือนก่อนกำเริบ และแจ้ง อสม. และ รพสต. เพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป และการแบ่งทีมติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นทีมตำบลโดยแบ่งเป็น 2 ทีมดังนี้

ทีมที่ 1 ประกอบด้วย รพสต. กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน อสม./อสค. เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาล (6 ทีม ตำบลละ 1 ทีม)

ทีมที่ 2 ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวช ตำรวจ/เจ้าหน้าที่ปกครอง (มี 3 ทีม ตามเขตรับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัว)

2. สอนผู้ดูแล/ญาติและ อสม. ให้สามารถใช้แบบติดตามผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังในชุมชน โดยประเมิน 4 ด้าน (ด้านอาการทางจิต ด้านการกินยา ด้านผู้ดูแล/ญาติ และด้านการใช้สารเสพติด) การสังเกตอาการเตือนก่อนกำเริบตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (สำหรับผู้ดูแล) ที่ทีมวิจัยพัฒนาขึ้น (ประเมินทุก 1 สัปดาห์) พร้อมทั้งประเมินผลการปฏิบัติ

3. จัดประชุมทำความเข้าใจกับพยาบาลวิชาชีพในรพสต. หน่วยปฐมภูมิ และทีมคลินิกหมอครอบครัว โดยการสอนและ coaching ให้สามารถ

ใช้แบบติดตามผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน (ประเมิน 4 ด้าน ทุก 1 เดือน และประเมิน 10 ด้าน ทุก 6 เดือน)⁶ อาการรุนแรงที่ต้องส่งต่อการรับประทานยาและการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากยา การให้การปรึกษาเบื้องต้น และความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชเรื้อรังในชุมชน หลังจากนั้นประเมินผลการปฏิบัติและให้คำแนะนำ

4. นำรูปแบบฯ ไปดำเนินการตามแผนที่วางไว้ และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปประเมินผลการดำเนินงานทุก 1 เดือน เพื่อหาจุดบกพร่องหรือวิเคราะห์ปัญหานำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขพัฒนาให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ดูแลตามบริบทของชุมชน ปัญหาที่พบในช่วงดำเนินการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทใช้สารเสพติด ไม่กินยา ทำให้มีอาการกำเริบซ้ำ และผู้ป่วยขาดยาเนื่องจากไม่มีพาหนะมาโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้จัดระบบ Drugs delivery โดยทาง รพสต. และ หน่วยปฐมภูมิ ประสานมายังพยาบาลจิตเวชประจำคลินิกให้เบิกยาและนำส่งที่บ้านผู้ป่วยจำนวน 5 คน ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ของการดูแลหลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่าย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท (F20) จำนวน 36 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 29 คน ร้อยละ 80.56 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31- 40 ปี ร้อยละ 44.44 มีผู้ดูแลเป็นบิดาหรือมารดา 24 คน ร้อยละ 66.67 ได้รับการขึ้นทะเบียนผู้พิการ 26 คน ร้อยละ 72.22

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของความรุนแรงอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ 3 เดือน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยหลังการพัฒนารูปแบบ ค่าระดับคะแนนความรุนแรงของอาการเบื้องต้นโดยรวมลดลง ซึ่งหมายถึงมีอาการดีขึ้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าระดับคะแนนความรุนแรงของอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test (n = 36)

ตัวแปรที่ศึกษา	Mean±S.D.	Mean Rank	Sum of Rank	Median	IQR	P-value
ความรุนแรงของอาการเบื้องต้นโดยรวม						
ก่อนพัฒนา	1.86 ± .547	52.00	52.00	2.00	0	.000
หลังพัฒนา	1.29 ± .512	52.50	5408.00	1.00	1	

จากการวิเคราะห์ความรุนแรงอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยจิตเภทรายด้านตามแบบติดตามผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื่องจริงในชุมชน หลังการพัฒนาารูปแบบฯ 1) **ด้านอาการทางจิต** พบว่า ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบ พุดคุยรู้เรื่อง ช่วยตนเองได้ดำรงชีวิตในชุมชนได้เพิ่มขึ้นจาก 3 คน เป็น 33 คน ราย คิดเป็นร้อยละ 91.70 ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากเดิมอย่างน้อย 10 วันใน 1 เดือนลดลงจาก 32 คน เป็น 3 คน คิดเป็นร้อยละ 8.30 และไม่พบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมผิดปกติจากเดิมมากกว่า 10 วัน ใน 1 เดือน 2) **ด้านการกินยา** พบว่า ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอ กินยาครบทุกวันตามที่แพทย์สั่งเพิ่มขึ้นจาก 6 คน เป็น 35 คน คิดเป็นร้อยละ 97.20 และผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอครบตามที่แพทย์สั่ง โดยการรับประทานยาเป็นบางเวลา จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.80 ไม่มีผู้ป่วยขาดยาหรือไม่รับประทานยาเลยทุกเมื่อ 3) **ด้านผู้ดูแล/ญาติ** พบว่า มีผู้ดูแล/ญาติในครอบครัวที่เป็นอาสาสมัครสุขภาพประจำครอบครัว (อสค.) มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับดี จำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.11 และผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเป็นคนนอกครัวรั้วเป็นอาสาสมัครสุขภาพประจำครอบครัว (อสค.) จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ

13.89 ไม่มีผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลหรือผู้ดูแลไม่มีศักยภาพเพียงพอในชุมชน 4) **ด้านการใช้สารเสพติด** พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ใช้สารเสพติด 34 คน คิดเป็นร้อยละ 94.44 ใช้สารเสพติด 2 คน ได้แก่ ยาบ้าและกัญชา 1 คน ยาบ้าและเหล้า 1 คน หลังดำเนินการวิจัยผู้ป่วยลดการใช้สารเสพติดลงและมีความตั้งใจที่จะเลิกสารเสพติดให้ได้

นอกจากนี้ยังพบว่าในรอบปีที่ศึกษา มีผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำที่ต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลจิตเวชลดลง จากปี 2563 จำนวน 16 คน เหลือ 6 คน ในปี 2564 โดยเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้ร่วมโครงการและใช้สารเสพติดร่วมด้วยทุกคน

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าระดับคะแนนความสามารถโดยรวมและค่าระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบฯ 3 เดือน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยความสามารถโดยรวมและค่าระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าระดับคะแนนความสามารถโดยรวมและค่าระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ ด้วยสถิติ Paired samples t-test (n = 36)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนพัฒนาารูปแบบ			หลังพัฒนาารูปแบบ			P-value
	Min-max	mean	SD	Min-max	mean	SD	
ความสามารถโดยรวม (GAF)	30-75	63.11	1.442	60-85	71.83	1.077	.000
คุณภาพชีวิต	35-78	58.47	10.557	50-82	70.03	1.402	.000

ความพึงพอใจของผู้ดูแลและภาคี
เครือข่ายหลังการนำรูปแบบรูปแบบฯ ไปใช้
ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่ออาการทางจิต การ
รับประทานยา และการใช้สารเสพติด จากการ
สัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ดูแล/ญาติ และภาคี
เครือข่ายพบว่า ส่วนใหญ่มีแนวโน้มพึงพอใจ ความ
วิตกกังวลของญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
ลดลง ส่วนใหญ่เชื่อว่าถ้ากินยาต่อเนื่องตาม
แผนการรักษา ไม่ใช่สารเสพติด ได้รับกำลังใจจาก
ครอบครัวและทีมเยี่ยมบ้านทั้งจากโรงพยาบาล
หน่วยปฐมภูมิในเครือข่าย อสม. อสค. ทำให้ผู้ป่วย
อาการดีขึ้น และภาคีเครือข่ายในชุมชนสะท้อนว่ามี
ความพึงพอใจ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน
ชุมชนมีแนวทางที่ชัดเจนขึ้น เมื่อมีปัญหาเช่น
ผู้ป่วยจิตเภทอาการกำเริบสามารถติดต่อ
ประสานงานกับผู้รับผิดชอบได้ง่ายทั้ง รพสต.
โรงพยาบาล ตำรวจและปกครอง ทำให้มีความ
สบายใจในการดูแล “ลูกของป้าผมยาว ไม่อาบน้ำ
หลังจากพยาบาลจากโรงบาล หมออนามัย ป้า อสม.
ผู้ใหญ่ทุย กำนัน มาเยี่ยมบ้านก็ช่วยกันจัดยาให้
กินทุกวัน ตอนนี้ตัดผม อาบน้ำ เป็นคนแล้ว
ขอบคุณหลายๆ เด้อ” “หลังกินยาที่แม่จัดให้ทุกวัน
และหมออนามัยมาฉีดยาให้ทุกเดือน ไม่หงุดหงิด
แล้ว ช่วยแม่ทำงานบ้าน และสานกระติบข้าวขาย”
“ช่วงเดือนมานี้ ไปช่วยงานที่ทุ่งนา ช่วยยก
กระสอบข้าว ไม่เหมือนแต่ก่อน” “พ่อสบายใจขึ้น
เยอะ พ่อนอนหลับได้แล้ว ลูกไม่ทุบบ้านแล้ว” “ลูก
ช่วยทำนา รับจ้าง หาเงินใช้เอง มีเงินพอใช้จ่าย กิน
ยาที่แม่จัดให้ทุกวัน อยากให้หมอ และผู้นำชุมชน
มาเยี่ยมแบบนี้เรื่อย ๆ”

3.5.5 สร้างระบบสื่อสารทาง Line group เพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยขาดนัด/ขาดยา การ
จัดการอาการเบื้องต้น เป็นช่องทางการสื่อสาร
ปรึกษาหารือ และนัดหมายในการร่วมกันดูแล
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เช่น ผู้ป่วยขาดนัด
ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาล
เขาวงส่งข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่ไปรับยาตามนัดทุกวันให้

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล แจ้งต่อเครือข่ายผู้ที่รับผิดชอบดูแล
ผู้ป่วยเฉพาะรายหรือญาติผู้ป่วยในชุมชนให้ได้พบ
แพทย์รับยาตามนัด ในกรณีที่มีอาการกำเริบซ้ำ
สามารถสื่อสารทีมเพื่อเตรียมการช่วยเหลือ และใน
กรณีนัดหมายออกติดตามเยี่ยมบ้านตามแผนที่วาง
ไว้

การอภิปรายผล

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เชิงรุกบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบ คลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่าย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา
ดำเนินการตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา
เทคโนโลยีสุขภาพจิต 7 ขั้นตอน ของกรม
สุขภาพจิต^{4,5} นำมาพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง
ในผู้ป่วยจิตเภท โดยวิเคราะห์ความต้องการพัฒนา
จากผู้นำองค์กรมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิต
เภทในพื้นที่ ทำให้เห็นปัญหาและช่องว่างในการ
ดูแล ได้นำปัญหาที่พบร่วมกับการทบทวน
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาออกแบบและพัฒนา
รูปแบบฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และการ
นำรูปแบบฯ ไปใช้ โดยการสร้างความเข้าใจและ
ความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ หน่วยปฐมภูมิ
คลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน
ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแสดงความ
คิดเห็น ออกแบบการดูแลร่วมกัน แบ่งบทบาท
หน้าที่รับผิดชอบในการติดตามดูแลผู้ป่วยในแต่ละ
โซนพื้นที่ ทีมวิจัยจากโรงพยาบาลเขาวง ในฐานะ
พยาบาลวิชาชีพด้านจิตเวชและสุขภาพจิตได้ใช้การ
ประเมินทางการพยาบาล (Nursing Assessment)
โดยใช้ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล นำขั้นตอน
กระบวนการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของ
โอเร็ม¹¹ มาวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
ในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยการประเมิน
อาการ วางแผนการดูแลรักษาพยาบาล ดำเนินการ
ดูแล ตลอดจนการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านและ
ประเมินผลการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชผ่านการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่วิถีชีวิตชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข และพัฒนาระบบสารสนเทศทางคลินิกเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลถึงชุมชน เอื้อต่อการตัดสินใจร่วมกันระหว่างชุมชนและบุคลากรสาธารณสุข ทำให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชเป็นไปอย่างสะดวก เข้าถึงบริการได้ทันที¹²

การประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเชิงรุกบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่าย

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความแตกต่างของคะแนนความรุนแรงของอาการเบื้องต้น ความแตกต่างของค่าระดับคะแนนความสามารถโดยรวม และค่าระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อาจอธิบายได้ว่า ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเชิงรุกบูรณาการร่วมกับการให้บริการรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวและภาคีเครือข่าย สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตลดลง รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแล/ญาติมีความพึงพอใจ มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย สามารถสังเกตอาการเตือนก่อนกำเริบ ส่งเสริมการกินยา และให้กำลังใจผู้ป่วย รวมทั้งทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชนให้ความร่วมมือ และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ประกอบกับการมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการสงบ ลดการกำเริบซ้ำ ลดการส่งต่อและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ผู้ดูแล/ญาติและภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจ รวมถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน ตามกรอบแนวคิดการวิจัยและ

พัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิตแบบบูรณาการอย่างยั่งยืน พบว่าหลังพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท ฯ ผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อตามระบบ Service plan และระดับคะแนนอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนระดับคะแนนการรับประทานยา การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพในครอบครัว ระดับคะแนนความสามารถโดยรวมและระดับคะแนนคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ การศึกษากระบวนการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน พบว่าหลังการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนมีอาการกำเริบซ้ำที่ต้องส่งต่อลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์ของการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ การรับประทานยา การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ระดับคะแนนความสามารถโดยรวม คะแนนคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ¹⁴ และการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบรุนแรงซ้ำในชุมชน ตำบลสระพังทอง อำเภอลำปาง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพิ่มขึ้น ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนาอยู่ในระดับมากและมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนผลต่างค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ส่วนคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพิ่มขึ้น โดยก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับน้อย และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำกระบวนการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นการยกระดับการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งมิติส่งเสริม ป้องกันรักษาและ

ฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงควรนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ในชุมชน

2. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดการฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเภท ในการส่งกลับข้อมูลระหว่างสถานบริการสุขภาพกับภาคีเครือข่ายชุมชน ต้องคำนึงถึงการเกิดประโยชน์สูงสุดและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางทางสังคม

3. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ควรมีกระบวนการพัฒนาที่สร้างความมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายให้มีความเข้มแข็ง เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และพร้อมจะสนับสนุนทรัพยากร ทั้งบุคคล งบประมาณ สถานที่ และวัสดุอุปกรณ์ ที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, โรคจิตเภท. เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2564, จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/09042014-0805>
2. เวชระเบียน โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. (2563). โปรแกรมบันทึกข้อมูล Hos-xp.
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักบริหารการสาธารณสุข. (2559). แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, นนทบุรี.
4. กลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2559). คู่มือการปฏิบัติงานกระบวนการงานวิจัย/พัฒนานวัตกรรมองค์ความรู้เทคโนโลยีของกลุ่มศูนย์สุขภาพจิต.
5. พัทธิน คุณคำชู, เยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ และสตรีรัตน์ รุจิระชาคร. (2556). การพัฒนาคู่มือการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต. วารสารราชานุกูล. 28(1): 14-32.
6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์, กรุงเทพฯ.
7. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2557). โปรแกรมการพัฒนาเข้าถึงบริการและการดูแลผู้ป่วยโรคจิต (The mhGAP Implementation Program for Psychosis: Field Guide Manual 2013). ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
8. วิรัตน์ ปานศิลา. (2558). เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี: Technology of Participation. เอกสารประกอบการสอนสร้างสุขด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมภายในระบบสุขภาพระดับอำเภอ. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
9. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางการสร้างสุขด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน.
10. พัทธิน คุณคำชู, เยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ และสตรีรัตน์ รุจิระชาคร. (2556). การพัฒนาคู่มือการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต. วารสารราชานุกูล. 28(1): 14-32.
11. Orem, D. E. (1991). Nursing: Concepts of Practice. (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
12. ไพบูลย์ ดลเฉลิมยุทธนา และประนอม วรรณกุล. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทผ่านการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล สู่วิถีชีวิตชุมชนโดยผ่านการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2557; 3(1): 176-184.

13. มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์, จารุมน ลัคนาวีวัฒน์, สุวนิตย์ วงศ์ยงค์ศิลป์, และปิยวิทย์ เนกขพัฒน์. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน ตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิตแบบบูรณาการอย่างยั่งยืน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 8(1): 130-142.
14. ไพจิตร พุทธรอด. (2559). กระบวนการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 24(2): 122-129.
18. สันติ อุทรังษ์, ไกรทอง ไชยมัชฌิม, สายทิพย์ สักดิ์เจียบ, และธัญญลักษณ์ ไชยสุข มอลเลอร์พ, (2564). การพัฒนารูปแบบการป้องกันผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบรุนแรงซ้ำในชุมชน ตำบลสระพังทอง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2564,
<http://www.r2rthailand.org/resources/detail/19142>

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองโดย การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย อ.เขาวง จ.กาฬสินธุ์

Development of a care system for end-stage renal disease patients without palliative renal replacement therapy with the participation of a multidisciplinary team and a network in Khao Wong District, Kalasin Province.

(Received: August 24,2023 ; Revised: August 27,2023 ; Accepted: August 28,2023)

อดิสร อดิสรทัษ¹, สุลาวณีย์ วรรณโคตร¹,
วิชชุณี ละม้ายศรี¹, ธีรณัฐลักษณ์ ไชยสุข มอลเลอร์¹.
Adisom Udontak¹, Sulawan Wannakoth¹,
Witchunee Lamaisri¹, Thanyalak Chaisuk Mollerup¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย ระยะเวลาวิจัย เดือนเมษายน 2564 ถึง มิถุนายน 2565 ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา 69 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก แบบสังเกต แบบประเมิน AAR แบบประเมินผู้ป่วยฯ แบบประเมินความพึงพอใจโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยฯ คู่มือการดูแลผู้ป่วยฯ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบผลของการจัดกิจกรรมด้วยสถิติการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยได้รับการทำ Advance care plan ทุกราย อาการหอบเหนื่อยลดลงร้อยละ 75 อาการสับสนลดลง ร้อยละ 50 เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านร้อยละ 94.74 คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยและตาม การรับรู้ของญาติผู้ดูแล ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของ ผู้ป่วยฯ และตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจระดับสูง
คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต การดูแลแบบประคับประคอง

ABSTRACT

This research was research and development aimed at developing and evaluating a system of care for end-stage chronic kidney disease patients who are not receiving palliative renal replacement therapy with the participation of a multidisciplinary team and affiliates. net Research period: April 2021 to June 2022, 69 participants in the study. Research tools consisted of group discussion questions. In-depth interview, observation form, AAR assessment form, patient assessment form Patient care program satisfaction assessment form Patient care manual Qualitative data were analyzed using content analysis and quantitative data were analyzed by number, percentage, mean, and comparing the results of the activities with t-test statistics.

The results showed that All patients received advance care plan. Shortness of breath was reduced by 75%, confusion was reduced by 50%, and death peacefully at home was 94.74%. The average score of palliative care results according to patient perception and according to the perception of the caregiver's relatives statistically significantly decreased than before the experiment Mean scores at the end of life in peace based on patients' perceptions. and according to the perception of relatives, carers were higher than before the experiment was statistically significant Patients and caregivers have a high level of satisfaction.

Keywords: end-stage renal disease patients without renal replacement therapy, palliative care

¹ โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณสุขของไทย เนื่องจากเป็นโรคที่มีความชุกเพิ่มขึ้นในอัตราก้าวหน้า และมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมาก นอกจากนี้ ยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มีการดำเนินโรคเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย แนวทางหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้คือ การรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคองโดยไม่รับการบำบัดแทนไตใด ๆ แต่มุ่งเน้นที่การรักษาอาการและความไม่สบายใจจากโรครักษาคุณภาพชีวิต โดยให้การดูแลที่อยู่บนพื้นฐานของคุณค่า ความต้องการและเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว การบริการแบบประคับประคองจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความตายอย่างสมศักดิ์ศรีและตายดี ที่สำคัญการดูแลแบบประคับประคองยังช่วยประหยัดงบประมาณด้านการบริการสุขภาพจากการลดการตรวจรักษาที่ไม่จำเป็นในผู้ป่วยระยะท้าย จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องพัฒนาการบริการแบบประคับประคองเพื่อรองรับกับสภาวะสุขภาพของประชาชนในประเทศ⁹

ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) สาขา Palliative care ได้ประกาศนโยบายขยายระบบการดูแลผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย เช่น โรคมะเร็ง โรคไต โรคหลอดเลือดสมองและอยู่ระยะท้ายของชีวิตให้อยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่จะสามารถเป็นไปได้ โดยสนับสนุนให้โรงพยาบาลในสังกัดทั่วประเทศกว่า 10,000 แห่ง จัดตั้งหน่วยบริการคุณภาพชีวิต ทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน เพื่อช่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน เพื่อตอบสนองความต้องการ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในช่วงท้ายของชีวิต ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายและกำหนดให้มีเขตพื้นที่เครือข่ายบริการทุกเครือข่าย บริหารจัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยมีแนวคิดการจัดระบบบริการของแต่ละหน่วยบริการให้ครอบคลุมตามความจำเป็นด้านสุขภาพ โดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการไร้รอยต่อ” สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย

บริการเดียวทั้งด้านโครงสร้างบุคลากร และคุณภาพบริการ เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐาน โดยการจัดทำเป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) มีระยะเวลาอย่างน้อย 5 ปี⁸ กรอบการพัฒนาระบบสุขภาพ ส่วนใหญ่ใช้ กรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO Health System Framework) เป็นหลัก โดยกรอบแนวคิด Six building blocks ซึ่งได้แก่ 1) ระบบการให้บริการ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ 4) เทคโนโลยีทางการแพทย์ 5) การเงิน/ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล¹⁷ ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ต้องอาศัยความร่วมมือของหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการเป็นระบบ และทุกคนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิด Six building blocks มาดำเนินการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยมีส่วนร่วมทั้งเครือข่าย เพื่อให้เกิดคุณภาพบริการสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนา เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

โรงพยาบาลเขาวง เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง สถิติผู้ป่วยระยะสุดท้ายปี พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2563 จำนวน 126, 172 และ 208 และ ตามลำดับ และในนี้มีผู้ป่วยวายไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทางไต ต้องการดูแลแบบประคับประคองร้อยละ 22.22, 20.35 และ 25.00⁴ การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต มีความแตกต่างจากการดูแลแบบประคับประคองในโรคมะเร็งเนื่องจากวิถีความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยมีแบบแผนอาการไม่คงที่ ทั้งดีขึ้นและทรุดลง เป็นระยะเวลานาน เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต จึงควรมีการเตรียมความพร้อม ทั้งด้านบุคลากรและแนวทางปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองที่เป็นระบบร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เน้นการดูแลที่ต่อเนื่อง บรรเทา

ความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้เกิดความสงบในชีวิตและมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ ไม่ใช่เฉพาะช่วงใกล้เสียชีวิตเพียงอย่างเดียว รวมทั้งการดูแลนั้นต้องครอบคลุมทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวและบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับตัวผู้ป่วยด้วย มีการดูแลครอบคลุมองค์รวม ตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ¹ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย อ.เขาวง จ.กาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย อ.เขาวง จ.กาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย อ.เขาวง จ.กาฬสินธุ์
3. เพื่อประเมินผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย อ.เขาวง จ.กาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)¹¹ โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & Taggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์ ประเมินผล และใช้แนวคิดในการพัฒนา คือ แนวคิดองค์ประกอบของระบบสุขภาพ ของ WHO : หรือ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ¹⁵ (Six Building Blocks of A Health System) ประกอบด้วย 1)

service delivery 2) health workforce 3) information system 4) medical products, vaccines & technologies 5) financing 6) leadership/governance ระยะเวลาดำเนินการวิจัย เมษายน 2564 ถึง มิถุนายน 2565 รวมระยะเวลา 15 เดือน ดำเนินการ 3 วงรอบ (วงรอบที่ 1 เมษายน-กันยายน 2564, วงรอบที่ 2 ตุลาคม 2564-มีนาคม 2565, วงรอบที่ 3 เมษายน-มิถุนายน 2565) ศึกษาในพื้นที่อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเขาวง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเขาวงในช่วงเวลาการวิจัย จำนวน 19 ราย 3) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตจำนวน 19 ราย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ผ่านการคัดกรองโดยใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทางไต เข้าสู่อการดูแลแบบประคับประคอง มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ประเมินระดับการดูแลแบบประคับประคองด้วย Palliative performance scale version 2 (PPSV2) ที่ PPS 40-70% มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความต้องการและปัญหาอุปสรรค และการสนับสนุนต่างๆ ของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในปัจจุบัน และประเด็นที่ต้องการพัฒนาเพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการ

การพัฒนาระบบ การนำระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติ ความยุ่งยากซับซ้อนของระบบการดูแลที่สรุปได้ 2) แบบประเมิน AAR ซึ่งใช้ในการประเมินกิจกรรมทุกครั้ง 3) แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นแบบประเมิน การปฏิบัติและไม่ปฏิบัติตามแนวที่พัฒนาขึ้น

2 เครื่องมือประเมินผู้ป่วย ได้แก่ 1) แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative performance scale: PPS) ฉบับสวนดอก เป็นเครื่องมือใช้ประเมินผู้ป่วยใน 5 หัวข้อหลักได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร และความรู้สึกตัว เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อยได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการคงที่ (70%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (0-30%) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว (40-70%) 2) แบบประเมิน ESAS เป็นแบบวัดอาการ 9 อาการ ประกอบไปด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการและเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด 3) แบบประเมิน Pain Score เป็นมาตรวัดความปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (Numeric Rating Scale : NRS) เป็นมาตรวัดที่เป็นเส้นตรงที่มีตัวเลข 0-10 ให้ผู้ป่วยประเมินตามความรู้สึก โดยอธิบายว่า คะแนน 0 หมายถึง ไม่รู้สึกปวด และคะแนน 10 หมายถึงปวดมากที่สุด ซึ่งคะแนน 0-3 หมายถึงปวดเล็กน้อย คะแนน 4-6 หมายถึงปวดปานกลาง และคะแนน 7-10 หมายถึงปวดรุนแรง 4) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปฉบับใช้สอบถามผู้ป่วย เป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรคร่วม อาการรบกวน ระดับ PPS 5) แบบประเมินแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale: POS) แบบประเมินนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อวัดผลลัพธ์เกี่ยวกับอาการหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

มะเร็งระยะท้าย และครอบครัวหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดย ศาสตราจารย์จุลีเฮิร์น และ ศาสตราจารย์ไอริน เจ อิกกินสัน ในปี พ.ศ. 2542 ส่วนฉบับภาษาไทยแปลโดยฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มี 3 ฉบับ จำนวนคำถามที่นำมาใช้คิดคะแนนชุดละ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นคะแนน ตั้งแต่ 0-4 ทดสอบความเชื่อมั่นโดยหาคำนวนหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.9012 ผู้วิจัยนำมาใช้เฉพาะฉบับใช้ถามผู้ป่วยและฉบับใช้ถามผู้ดูแล ทดสอบความเชื่อมั่นโดยหาคำนวนหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.82 และ 0.88 ตามลำดับคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผลลัพธ์การดูแลที่ไม่ดี คะแนนต่ำหมายถึง ผลลัพธ์การดูแลที่ดีมี อาการรบกวนต่าง ๆ น้อย 6) แบบประเมินการรับรู้การวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) ซึ่งแบบประเมินนี้ผู้วิจัยสร้างมาจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ 13 ประกอบด้วย แบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย (Peaceful End of Life Care Scale for Patient: PEOLCS-P) และแบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล (Peaceful End of Life Care Scale for Caregiver: PEOLCS-C) จำนวนคำถามชุดละ 32 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบ มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1-5) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาและความสอดคล้องตามนิยาม ตัวแปรที่ต้องการวัด ค่าความค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.97 ทั้ง 2 ชุด ทดสอบความเชื่อมั่นโดยหาคำนวนหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.85 และ 0.87 ตามลำดับคะแนน รวมอยู่ในช่วง 32-160 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความสงบในระยะท้ายของชีวิตมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีความสงบในระยะท้ายของชีวิตน้อย 7) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลและการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) ที่ได้รับ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่

เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยรายการคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับจำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบ มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (1-3) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาและความสอดคล้องตามนิยาม ตัวแปรที่ต้องการวัด คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.88 ทดสอบความเชื่อมั่นโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.80 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 8-24 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความพึงพอใจมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 1) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ใน 5 ด้านประกอบด้วย ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด ด้านการมีประสบการณ์ของความสุขสบาย ด้านการมีประสบการณ์ ของความมีศักดิ์ศรีด้านการอยู่ในความสงบ และด้านการมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน 13 การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อให้พิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหาของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้าและตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพผู้ชำนาญการ และมีประสบการณ์ ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้าจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้ชำนาญการและมีประสบการณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตจำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้ว

ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับ ถือมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้วนำไปใช้ในการวิจัยทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำนวน 10 ราย นำคะแนนที่ได้วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 2) คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารความรู้ที่เกี่ยวข้องและจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ประกอบด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ตามรายละเอียดในโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า

ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย

วงรอบที่ 1 เมษายน-กันยายน 2566

ระยะวางแผน (Plan) ดำเนินการ ดังนี้

1. ทบทวนเอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart 2) แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข พ.ศ.2560 – 2579) 3) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 – 2564) 4) ยุทธศาสตร์การบริการพยาบาล ระดับประเทศ (พ.ศ. 2560-2564) 5) แนวคิด 6 เสาหลักด้านสุขภาพ 6) การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังแบบประคับประคอง 7) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการวางแผนล่วงหน้า 8) ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) 9) แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้คุณภาพการดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ 10) แนวคิดความพึงพอใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ 11) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. รวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทางไตแบบประคับประคอง โดย 1) สทนากลุ่มกับบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน NCD Clinic, CKD

Clinic, ER, IPD, PCU, เกสัชกร, แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด, พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักบริบาลและอสม. 2) ศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตในช่วงปีงบประมาณ 2563 จำนวน 28 ราย โดยการทบทวนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อรวบรวมข้อมูลการดูแลก่อนดำเนินการระบบใหม่ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง(PPS) อาการไม่สุขสบาย การรักษา และการให้ยาเพื่อจัดการอาการ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน 3) สังเกตการณ์ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน

3. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทางไตแบบประคับประคอง โดยใช้กรอบแนวคิด “Six Building Blocks of A Health System” โดยการประชุมระดมสมองร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อหาโอกาสพัฒนา

4. ใช้เวทีการประชุมคณะกรรมการ Cup board ค้นข้อมูลการวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทางไตแบบประคับประคอง จากการค้นข้อมูลครั้งนี้ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ เพื่อบริหารจัดการภาพรวมของระบบการดูแลรักษา เกิดแผนงานโครงการระดับ Cup board เพื่อพัฒนาทีมผู้ให้บริการ วางแผนการจัดซื้อเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน Syringe Driver ที่นอนลม เตียงผู้ป่วย จัดตั้งศูนย์บริหารจัดการเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยยืมไปใช้ที่บ้าน

5. เข้าร่วมประชุมกับคณะกรรมการ PTC เพื่อเสนอเพิ่มกรอบยาจัดการอาการที่จำเป็นเพิ่มขึ้น คือ Fentanyl patch Morphine syrup

6. ประชุมเพื่อนำเสนอข้อมูลการดูแลผู้ป่วยปัญหาอุปสรรคและโอกาสพัฒนาให้แก่คณะกรรมการ

พัฒนาคุณภาพการพยาบาล ทำให้เกิดแผนการพัฒนา PCWN ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงาน

ระยะปฏิบัติการ (ACT) จัดทำกิจกรรม

โครงการตามแผน ซึ่งทำให้เกิดกิจกรรมสำคัญ ๆ ดังนี้

1. พัฒนาบุคลากรภายนอกหน่วยงานตามแผน โดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากรได้แก่แพทย์ 1 คนอบรม Pain and PC for Doctors เกสัชกร 1 คนอบรม Palliative care for pharmacists พยาบาลวิชาชีพ 3 คนอบรม Basic Palliative care (จัดโดยศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์) ทีมที่ผ่านการอบรมจะเป็นทีมหลักในการดูแลผู้ป่วย

2. ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อเชื่อมต่อระหว่างคลินิก CKD กับ Palliative care และแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง

ระยะสังเกต (Observe) ทำการติดตามสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคอง การใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองทั้งในตึกผู้ป่วยในและในชุมชน

ระยะประเมินผล (Reflection) 1) ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล การนิเทศติดตามยังไม่ต่อเนื่อง 2) การจัดสรรงบประมาณ Syringe driver เพียงและเครื่องผลิตออกซิเจนยังไม่เพียงพอ 3) ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ ทีมผู้ให้บริการในโรงพยาบาลมีทัศนคติการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองต่างกัน การพัฒนาบุคลากรยังไม่ครอบคลุมไปถึงเครือข่ายที่อยู่ในชุมชนเช่น อสม. นักบริบาลชุมชน ซึ่งกลุ่มนี้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน 4) ด้านระบบการให้บริการ การกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องยังไม่ชัดเจน 5) ด้านยาและเวชภัณฑ์ พยาบาลเครือข่าย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. นักและ
บริหารชุมชนบางพื้นที่ยังขาดความรู้และทักษะในการ
ใช้ syringe driver การให้ยาผ่านแปะเพื่อลดปวด 6)
การสื่อสารข้อมูลเพื่อการดูแลยังไม่มีระบบที่ชัดเจน
เช่นการสื่อสารว่าผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยไตวายระยะ
สุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตต้องการดูแล
แบบประคับประคอง เป็นต้น

การพัฒนาในวงรอบที่ 2 (ตุลาคม-ธันวาคม 25654) ได้ดำเนินการดังนี้

1. ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อคืนข้อมูล และ
ระดมสมองกับผู้มีส่วนได้เสีย ได้แก่ ทีมสหสาขา
วิชาชีพและพยาบาลชุมชน ทำให้เกิดการกำหนด
บทบาทหน้าที่ของทีม แนวทางการสื่อสารในระบบ
Hos-xp มี pop up สื่อสารว่าเป็นผู้ป่วย Palliative
care, Group Line สื่อสารการดูแลผู้ป่วย มีช่องทาง
การขอคำปรึกษาเพื่อดูแลผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง
จัดทำสื่อแผ่นพับการให้ยาแก้ปวดทางใต้ผิวหนัง การ
ให้ยาแก้ปวดแบบผ่านแปะ การนิเทศติดตามหน้างาน
เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชน

2. อบรมในโรงพยาบาลเพื่อให้ความรู้
เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะ
สุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทางไตแบบ
ประคับประคอง ได้แก่ พยาบาลทั้งที่ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาล และในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัดและนิเทศติดตาม
การปฏิบัติงาน

3. คืนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยให้กับชุมชน ส่งผล
ให้เกิดการบริจาคเงินเพื่อจัดซื้อ syringe driver
จำนวน 2 เครื่อง เครื่องผลิตออกซิเจน 5 เครื่อง และ
เกิดแนวทางการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ระหว่าง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม./นักบริหารใน
ชุมชน เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้
สามารถประเมินอาการเบื้องต้น การประเมิน PPS การ
จัดการอาการในระยะสุดท้าย การใช้เครื่องมืออุปกรณ์
ทางการแพทย์ที่บ้าน เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน
Syringe Driver การทำแผลและประสานเจ้าหน้าที่ให้

ออกดูแลในชุมชนได้ หลังฝึกอบรมให้นำความรู้และ
ทักษะไปปฏิบัติงานในชุมชน

การพัฒนาในวงรอบที่ 3 (มกราคม-มิถุนายน 2565)
ได้ดำเนินการดังนี้

1. ประชุมเพื่อนำเสนอข้อมูลการดูแลผู้ป่วย
ปัญหาอุปสรรคและโอกาสพัฒนาให้แก่ คณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพการพยาบาล ทำให้เกิดโครงการ
พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ
สุดท้ายแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า

2. ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยไต
เรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อ
ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้การ
วางแผนล่วงหน้า โดย ทำการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-
experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและ
หลังการทดลอง 10 เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการ
ดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัด
ทดแทนไตต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง
และความพึงพอใจการรับรู้การวางแผนล่วงหน้าที่มา
รับการรักษาในโรงพยาบาลเขาวง โดยการนำทฤษฎี
ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End
of Life) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดซึ่งทฤษฎีอธิบายไว้ว่า
บุคคลระยะท้ายจะสงบได้นั้น ต้องได้รับการดูแลให้อยู่
ในภาวะ 5 ด้าน คือ ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด
(not being in pain) ด้านการมีประสบการณ์ของ
ความสุขสบาย (experience of comfort) ด้านการมี
ประสบการณ์ของความมีศักดิ์ศรี (experience of
dignity) ด้านการอยู่ในความสงบ (being at peace)
และด้านการมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่
รักและผูกพัน (closeness to significant other)¹⁴
ดำเนินการในช่วง เดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน
2565 กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 19 ราย วิเคราะห์ข้อมูล
โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ
สุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบ
ประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลของการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองด้วยสถิติการทดสอบทีคู่ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ 96/2564

ผลการวิจัย

1. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย 28 ราย พบว่าในช่วงปี 2563 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 19 ราย (ร้อยละ 67.68) อายุเฉลี่ย 75.38 ปี มีโรคประจำตัวมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง 20 ราย (ร้อยละ 67.68) รองลงมาคือ เบาหวาน 16 ราย (ร้อยละ 57.14) PPS ส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 40-60% 11 ราย (ร้อยละ 39.28) อาการไม่สุขสบายที่พบมากที่สุดคือ อ่อนเพลีย 24 ราย (ร้อยละ 85.71) รองลงมาคือ ปวด 8 ราย (ร้อยละ 28.57) และ บวม 7 ราย (ร้อยละ 25.00) ยาที่มีการสั่งใช้มากที่สุดคือ Furosemide inj. มีการติดตามเยี่ยมบ้าน 23 ราย (ร้อยละ 82.14) ระบบการดูแลที่ผ่านมา พบโอกาสพัฒนาคือ 1) ด้านการนำ พบว่ามีผู้รับผิดชอบดูแลหลัก แต่ยังขาดการบริหารจัดการภาพรวมของระบบการดูแล 2) ด้านการจัดสรรงบประมาณในการซื้ออุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ และการให้ยืมอุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ไปใช้ที่บ้านไม่ชัดเจน ไม่เพียงพอ 3) ด้านบุคลากรการพัฒนาสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายในชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม ทีมผู้ให้บริการมีทัศนคติการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่างกัน รวมถึงยังขาดทักษะและความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว 4) ด้านการให้บริการ การพัฒนาแนว

ทางการดูแลยังไม่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ขาดการร่วมปรึกษาและการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของทีม พบว่า การประสานเพื่อการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนยังไม่มีระบบที่ชัดเจน ยังไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง 5) การจัดหายาและเวชภัณฑ์มีกรอบบริหารจัดการอาการบางตัวเท่านั้น 6) ระบบเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อการดูแลยังไม่ชัดเจน

2. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อบริหารจัดการภาพรวมของระบบการดูแลรักษา มีศูนย์บริหารจัดการเครื่องมือ/อุปกรณ์ มีการพัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย มีแนวทางปฏิบัติ และโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เพิ่มกรอบบริหารจัดการอาการ มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น

3. ประเมินผลการพัฒนา จากการดำเนินงานพบว่าผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทางไตในการศึกษาครั้งนี้มี ทั้งหมด 19 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 13 ราย (ร้อยละ 68.42) อายุเฉลี่ย 73.17 ปี โรคประจำตัวรวม มากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง 17 ราย (ร้อยละ 89.47) รองลงมาคือ เบาหวาน 12 ราย (ร้อยละ 63.16) PPS ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40-60 % 10 ราย (ร้อยละ 52.63) อาการไม่สุขสบายที่พบมากที่สุดคือ อ่อนเพลีย 15 ราย (ร้อยละ 78.94) รองลงมาคือ หอบเหนื่อย 4 ราย (ร้อยละ 21.05) และ สับสน 3 ราย (ร้อยละ 15.78) ผู้ป่วยได้รับการทำ ACP ทุกราย อาการหอบเหนื่อยลดลง ร้อยละ 75 อาการสับสนลดลง ร้อยละ 50 เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านร้อยละ 94.74

ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้าจากการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและการวางแผนล่วงหน้าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 26.58$, $p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบ

ระดับประคองตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลลดลง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 33.14, p < .001$) ดัง
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของ
ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและญาติผู้ดูแลก่อนและหลังการ
ได้รับโปรแกรม ($n = 19$)

การรับรู้ผลลัพธ์การดูแล	ก่อน		หลัง		t	df	P-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ผู้ป่วยไตวายระยะท้าย	29.00	1.59	12.05	1.98	26.58	18	.000
ญาติผู้ดูแล	32.15	1.11	8.26	2.55	33.14	18	.000

$p < .05$

จากตารางสามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่สอดคล้องตรงตามปัญหาและความต้องการจึงทำให้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้รับการบรรเทา ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตมีผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองลดลง

ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้วางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -19.27, p < .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตตามการรับรู้การวางแผนล่วงหน้าของญาติผู้ดูแล ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -24.57, p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตตามการรับรู้การวางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลก่อนและหลัง
การได้รับโปรแกรม ($n = 19$)

ระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วย	ก่อน		หลัง		t	df	P-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ผู้ป่วยไตวายระยะท้าย	72.89	8.65	137.63	9.96	-19.27	18	.000
ญาติผู้ดูแล	66.73	10.75	143.57	7.40	-24.57	18	.000

$p < .05$

จากตารางสามารถอธิบายได้หมายความว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ

จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้การวางแผนล่วงหน้าระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลและการวางแผนล่วงหน้าที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยครอบคลุมทั้งด้าน

ร่างกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ จึงทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในระดับสูง

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้มีการพัฒนาขึ้นเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 ถึง มิถุนายน 2565 โดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นหลักสำคัญ เพื่อพัฒนาระบบงานให้มีคุณภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ผู้วิจัยขออธิบายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้ วัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ 1 เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ จากการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า

1) ด้านการนำ พบว่ามีผู้รับผิดชอบดูแลหลัก แต่ยังขาดการบริหารจัดการภาพรวมของระบบการดูแล 2) ด้านการจัดสรรงบประมาณในการซื้ออุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ และการให้ยืมอุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ไปใช้ที่บ้านไม่ชัดเจน ไม่เพียงพอ 3) ด้านบุคลากรการพัฒนาสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายในชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม ทีมผู้ให้บริการมีทัศนคติการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่างกัน รวมถึงยังขาดทักษะและความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยครอบครัว 4) ด้านการให้บริการ การพัฒนาแนวทางการดูแลยังไม่ชัดเจน เป็นรูปธรรม 5) การจัดหายาและเวชภัณฑ์มีกรอบบริหารจัดการอาการบางตัวเท่านั้น 6) ระบบเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อการดูแลยังไม่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา จันทะนุญและคณะ(2563)¹ ที่ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนตำบลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม พบสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน คือ ยังขาดรูปแบบที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขาดประสบการณ์

ทักษะในการดูแล ขาดการเชื่อมโยงของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วย ยังขาดงบประมาณสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ในชุมชน ไม่มีความรู้ในการดูแลอุปกรณ์ที่ติดตัวไปที่บ้าน ได้นำประเด็นปัญหาที่ได้มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน พัฒนาปรับปรุง จนเกิดระบบที่เหมาะสมกับพื้นที่ วัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ 2 . เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 1) ด้านการนำและธรรมาภิบาล มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อบริหารจัดการภาพรวมของระบบการดูแลรักษา จัดทำแผนปฏิบัติการระดับอำเภอในเทศาติดตาม 2)การจัดสรรงบประมาณ มีศูนย์บริหารจัดการเครื่องมือ/อุปกรณ์ จัดสรรงบประมาณการจัดซื้อเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่มเติมให้งบประมาณค่าตอบแทนออกติดตามเยี่ยมเชิงรุกในชุมชน มี 3) ด้านกำลังคน มีการพัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ทั้งในรพ.และรพ.สต. อสม./นักบริบาลในชุมชน จัดให้มีพยาบาล PCWN ,PCCN ครอบคลุมพัฒนาศักยภาพอสม./นักบริบาลในชุมชนเพื่อให้สามารถประเมิน/ประสานการดูแล การใช้อุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ การให้ยา การทำแผลและการดูแลอื่นๆ ได้ ร่วมเป็นทีมติดตามเยี่ยมในชุมชน เพื่อฝึกภาคปฏิบัติ 4)ระบบการให้บริการ มีแนวทางปฏิบัติ Flowการทำงาน มีการเชื่อมต่อระหว่างคลินิกโรคไตกับคลินิกดูแลแบบประคับประคอง มีการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า มีคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้า 5) การจัดหายาและเวชภัณฑ์ เพิ่มกรอบบริหารจัดการอาการ 6)ระบบข้อมูลระบบเชื่อมโยงข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น มีการสื่อสารในระบบ Hos-xp, Application Line, โทรศัพท์ จากการพัฒนาระบบดังกล่าวที่เกิดจากการมีส่วนร่วมในการออกแบบ

พัฒนาระบบบริการร่วมกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ การแก้ไขปัญหามาจากข้อมูลเชิงประจักษ์ร่วมกัน ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ส่งผลให้เกิดการพัฒนาระบบบริการที่ดีขึ้นโดยการมีส่วนร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนภรณ์ รักษาติและคณะ(2564)⁵ ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง จังหวัดลำปาง พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่ 1) เชื่อมระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายไว้ร่อยต่อ 2) เสริมความรู้ในการดูแลที่ทันสมัย 3) ใช้หลัก “บวร” บูรณาการในการทำงาน 4) จัดให้มีศูนย์อุปกรณ์ในชุมชน 5) ดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณตามพิธีกรรมของชาวล้านนา และ 6) มีศูนย์เรียนรู้โรคมะเร็งในชุมชน ผลลัพธ์การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายไปใช้ พบว่า หลังการใช้รูปแบบ ผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยดีกว่า ก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=0.027$) ผู้ดูแลและทีมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=0.028$ และ $p=0.021$ ตามลำดับ) และความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการต่อการปฏิบัติตามรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด และจากการประเมินผลการดำเนินงานตาม วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 พบว่าผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทางไตในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งหมด 19 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 13 ราย (ร้อยละ 68.42) อายุเฉลี่ย 73.17 ปี โรคประจำตัวร่วม มากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง 17 ราย (ร้อยละ 89.47) รองลงมาคือ เบาหวาน 12 ราย (ร้อยละ 63.16) PPS ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40-60 % 10 ราย (ร้อยละ 52.63) อาการไม่สุขสบายที่พบมากที่สุดคือ อ่อนเพลีย 15 ราย (ร้อยละ 78.94) รองลงมาคือ หอบเหนื่อย 4 ราย (ร้อยละ 21.05) และ สับสน 3 ราย (ร้อยละ 15.78) ผู้ป่วยได้รับการทำการวางแผนล่วงหน้าทุกราย อาการหอบเหนื่อยลดลงร้อยละ 75 อาการสับสนลดลง ร้อยละ 50 เสียชีวิตอย่างสงบที่

บ้านร้อยละ 94.74 คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้าตามการรับรู้ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตภายหลังการได้รับโปรแกรมแบบประคับประคองและการวางแผนล่วงหน้าลดลงกว่า ก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในการรับรู้และมุมมองของพยาบาลและผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่¹⁶ ที่พบว่า คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้และมุมมองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลและประเมินในช่วงวันที่ 1-7 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและญาติผู้ดูแลภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้าย พบว่าสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ เช่นกัน ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์ (2560)³ ที่พบว่า หลังการดูแลแบบประคับประคองค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยและผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าหากผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบของทฤษฎีระยะท้ายที่สงบของชีวิต ซึ่งมีความสอดคล้อง ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ในการบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณจะทำให้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ปวดเหนื่อยอ่อนเพลียเบื่ออาหารและความรู้สึกไม่สบายกายไม่สบายใจเป็นต้น ได้รับการบรรเทาส่งผลให้คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ซึ่ง

เป็นคะแนนที่บ่งบอกถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยลดลง นั้นหมายความว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตได้รับการดูแลที่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น ไม่ว่าจะได้รับการดูแลในสถานที่ไหน ประเมินในผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลหรือพยาบาล ผลการประเมินก็จะเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนระยะท้ายของชีวิตที่สูงบ่งบอกละการได้รับการดูแลและการดูแลระยะท้ายตามการรับรู้ของผู้ป่วยไตวายระยะท้ายและญาติผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการดูแลระยะท้ายที่ดูแลได้ครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบดังกล่าว ซึ่งการออกแบบโปรแกรมการดูแลนั้น มีความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางร่างกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ สามารถทำให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและญาติผู้ดูแล เกิดการรับรู้ความสงบในระยะท้ายของชีวิตผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและครอบครัวได้รับการตอบสนองตามความต้องการที่เกิดขึ้นในระยะท้ายของชีวิตก็จะก่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดี และเกิดการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สูง ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจระดับสูง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและญาติผู้ดูแลเกิดการยอมรับกับภาวะที่เกิดขึ้นและนำไปสู่

การตายได้อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร ตั้งพลผลวนิชย์. (2563)¹⁸ พบว่า หลังการใช้ระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมมากขึ้น มีอาการปวดลดลง ความเครียดและความกังวลใจลดลง ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรนำแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย ไปปรับใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญอื่นๆของพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ เป็นไปตามมาตรฐาน สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของหน่วยงานในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อนำผลมาวิเคราะห์และหาแนวทางการพัฒนาในแต่ละหน่วยงาน

เอกสารอ้างอิง

1. กาญจนา จันทนุญและคณะ. รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพพยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่าย อ. ยางสีสุราช จ. มหาสารคาม. วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2563;8(1):129-145
2. เกษราวัลณ์ นิลรวงกุล. การวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับวิชาชีพการพยาบาล.ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา; 2558
3. ช่อทิพย์ พรหมมรัตน์. 2560 การศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2563; 16(2)
4. ทะเบียนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลเขาวง พ.ศ. 2561-2564

5. รัตนารณ รัชชาติ, สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, ภัฏฐา ศรีอรุณ, ปานจิตร วงใหญ่, ภัทรนัย ไชยพรหม. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง จังหวัดลำปาง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 4(2), 1-19.
6. ทศนีย์ ทองประทีป. (2553). พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: วีพรีน (1991).
7. บุษยมาส ชิวสกุลยง, อาริวรรณ สมหวังประเสริฐ, สุรินทร์ จิรินรัมย์, เบญจลักษณ์ มณีทอง, ธนิน นิตย สิริพันธ์, ชาญญญา มหาพรหม, และปัทมา โภมบุตร. (2556). การดูแลแบบประคับประคอง Palliative care. เชียงใหม่: บริษัทกลางเวียงการพิมพ์ จำกัด.
8. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7 แผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2560. [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 25 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก : <http://bps.moph.go.th/new.bph/>.
9. สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย. การประชุมวิชาการสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายหัวข้อ Palliative Care in End-Stage Renal Disease[ออนไลน์] 2560 [อ้างเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2564]. จาก http://www.thaps.or.th/wpcontent/uploads/2017/07/Proposal-THAPS-Conf-2017_PC-in-End-Stage-Renal-Disease-1.pdf
10. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization (5th ed.).Missouri: Elsevier; 2005.
11. Nilwarangkul K. Action research for Nursing. Khon Kaen Province: Klungnanawittaya; 2015. [in Thai].
12. Polit DF, Beck CT. Nursing research : Generating and assessing evidence for nursing practice (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins; 2012
13. Pukrittayakamee P, Sapinun L, Suwan P, Harding R.Validity, Reliability, and Responsiveness of the Thai Palliative Care Outcome Scale Staff and Patient Versions Among Cancer Patients. J Pain Symptom Manage. 2018;56(3), 414-420.
14. Ruland CM, Moore SM. Theory Construction Based on Standards of Care: A Proposed Theory of the Peaceful End of Life. Nursing Outlook. 1998; 46(4), 169-175
15. Strategic Plan for Index Development Assess disease and health of the Thai population. Health systems development in Thailand. Cancer control, Knowledge into action World Health Organization. Office of Policy and Strategy Ministry of Public Health; 2007. [in Thai].
16. Suwan P, Sapinun L, Chipoh T, Wongpalee T, Sangwattanasat W, Pongsathaporn R, et al. The Palliative Care Outcome of Cancer patients AtMaharaj NakornChiangMai Hospital. Nursing Journal. 2017;44(2): 89-103. [in Thai].
17. World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva: WHO Document Production Services; 2010.
18. นภาพร ตั้งพูลผลนิษฐ์.(2563). การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลยโสธร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 5(2) 38-45

การพัฒนาแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ The development of a nursing care model for hemorrhagic stroke patients in Kalasin hospital

(Received: August 15,2023 ; Revised: August 23,2023 ; Accepted: August 24,2023)

วรรณวิมล ทุมมี¹

Vanvimon Thummee¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตก พัฒนารูปแบบบริการ นำรูปแบบไปใช้จริง ศึกษาผลลัพธ์ และประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการ รักษาตั้งแต่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด และหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 60 คน โดยการสุ่ม อย่างง่าย (Simple random sampling) เก็บข้อมูลจาก แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้รูปแบบการพยาบาล แบบประเมิน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่าจากสถานการณ์ปัญหาที่พบ ทำให้เกิดรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย แนวทางการจัดบริการ พยาบาลแบบการจัดการรายกรณี คู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และนวัตกรรมการพยาบาล ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ คือ การเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ระยะ 7-10 วันหลังผ่าตัด และหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์มีจำนวนลดลง ความ พึงพอใจของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.93$, $SD = 0.26$) ความพึงพอใจของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.87$, $SD = 0.34$) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ และประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.82$, $SD = 0.39$)
คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาล, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก, ภาวะความดันโลหิตสูง

Abstract

This study was action research aimed to study the situation of problems for hemorrhagic stroke patients develop a nursing services model and examine its outcomes and evaluate the effectiveness of the developed nursing services model. Sample size were 60 patients receiving treatment from the emergency room, operating room, and emergency surgery ward. Kalasin Hospital, by simple random sampling. Data were collected by clinical outcomes recording form using nursing model, assessment of the patient's ability to perform daily activities, the satisfaction and the effectiveness evaluation form. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Result: The problem situation encountered resulting in a developed nursing model consisting of guidelines for case management nursing services, Manual for the patient and nursing innovation. The outcome of using the nursing model was the incidence of complications during the first 72 hours after surgery, during 7-10 days after surgery and after selling for 2 weeks, the number decreased. Overall patient satisfaction was at the highest level ($\bar{X} = 4.93$, $SD = 0.26$). Nurses' satisfaction overall was at the highest level ($\bar{X} = 4.87$, $SD = 0.34$). The mean score of the experimental group was significantly higher than the control group at $p < 0.001$ level and the efficiency of the nursing model. Overall, it was at the highest level ($\bar{X} = 4.82$, $SD = 0.39$).

Keywords: nursing care model, hemorrhagic stroke patients, hypertension

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองหรือที่เรียกกันว่า อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือทางการแพทย์เรียกว่า Stroke เป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิต และอันดับ 3 ของความพิการทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง อัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน เพศชาย ร้อยละ 58 เพศหญิง ร้อยละ 42 ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 69 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี¹

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง ร้อยละ 25-30 เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก (Cerebral hemorrhage) โรคหลอดเลือดสมองแตกส่วนใหญ่มีสาเหตุสำคัญจากความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จากการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง ไม่สม่ำเสมอหรือหยุดยาเอง คลอเลสเทอรอลในเลือดสูง² เมื่อหลอดเลือดสมองฉีกขาดเลือดที่ออกมาจะรวมตัวกันเป็นก้อนเลือด (Hematoma) หากมีขนาดใหญ่ที่กดเบียดเนื้อสมองจะทำให้มีภาวะสมองบวม (brain edema) ส่งผลให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง และหากอาการเลือดออกรุนแรงจะทำให้เกิดภาวะสมองเคลื่อนที่ (Brain herniation) ไปที่แกนสมอง ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต³ การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกแบ่งเป็น การรักษาด้วยยาและการผ่าตัด ขึ้นอยู่กับปริมาณและตำแหน่งเลือดที่ออกในสมอง⁴ ซึ่งการดูแลระยะหลังผ่าตัดเน้นที่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะเลือดออกซ้ำ (Re-bleeding) ความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) ชักเกร็ง รวมถึงป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ และป้องกันแผลกดทับ⁵

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขนาด 540 เตียง ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยภายในจังหวัด รับส่งต่อจากโรงพยาบาล

เครือข่าย และนอกเขตสุขภาพพื้นที่รอยต่อใกล้เคียง เช่น อ.กุดชุม จ.มุกดาหาร โดยเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายช่องทางด่วน (Stroke fast track) ซึ่งสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการราชการเรื่องบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) และแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกและมีอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตายน้อยกว่าร้อยละ 25 จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากร อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปเขตสุขภาพที่ 7 ในปี 2562-2564 พบจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 284.97, 292.42 และ 299.49 คน ตามลำดับ⁶ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษานในปี 2562-2564 ทั้งสิ้น 260, 272 และ 314 ราย ตามลำดับ ปัจจุบันมีแพทย์ศัลยกรรมประสาทจำนวน 2 คน มีกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดจำนวน 36, 37 และ 52 ราย อัตราการเสียชีวิตหลังผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 13.89, 37.84 และ 9.62⁷ จากการทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยในปี 2563-2564 พบผู้ป่วยเกิดภาวะเลือดออกซ้ำภายหลังผ่าตัดภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรกจำนวน 2 ราย และได้รับการผ่าตัดซ้ำ เนื่องจากความล่าช้าในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง (Early warning signs) ของผู้ป่วยในระยะแรก ส่งผลให้ผู้ป่วยอาการทรุดลงเข้าสู่ระยะวิกฤติ ทั้งนี้ การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่ล่าช้าเกี่ยวข้องกับทศวรรษความไม่ครอบคลุมของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยเฉพาะการพยาบาลในระหว่างผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด ดังนั้นปฏิบัติการพยาบาลจึงมีความแตกต่างกันตามความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ นอกจากนี้การมอบหมายงานระบบทำงานแบบหน้าที่ (Functional nursing) น่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกขึ้น เพื่อให้เกิดระบบบริการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาปฏิบัติการพยาบาล ความต้องการการพัฒนา และแนวทางการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
3. เพื่อนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ไปใช้จริง และศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
4. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยใช้กระบวนการ 4 ระยะ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์

กลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ พยาบาลวิชาชีพเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 8 คน และแพทย์ศัลยกรรมประสาท จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม (Guideline for focus group discussion) และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth question)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1. ศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2564-2665 และทบทวนหลักฐาน/งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ค้นปัญหาการดูแลโดยการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพ และแพทย์ศัลยกรรมประสาท ซึ่งสัมภาษณ์เชิงลึก

3. บูรณาการผลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1-2 เพื่อให้ได้สาระสำคัญสำหรับพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ในระยะที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และจัดกลุ่ม (Categorized)

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตก และทดลองใช้

กลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ พยาบาลวิชาชีพเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด และหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 10 คน และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกและญาติที่เข้ารับการรักษาดังแต่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด และหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 10 คน แบ่งเป็นอย่างละ 5 คน และผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คนสำหรับตรวจสอบความสอดคล้องและความเหมาะสมของร่างรูปแบบ และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ร่างรูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตก และแบบประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของร่างรูปแบบบริการพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ยความเหมาะสมของร่างรูปแบบในภาพรวมเท่ากับ 4.96 และค่าดัชนีความสอดคล้องขององค์ประกอบร่างรูปแบบมีค่าเท่ากับ 1.00 2) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) การประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามของประเด็นที่ต้องการวัดแบบบันทึกผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาล แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วย และแบบประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาล โดยคำนวณค่า

ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruency: IOC) มีค่าเท่ากับ 0.85 0.90 0.85 และ 0.90 ตามลำดับ 3) ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 และหาค่าจำแนกรายข้อโดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อและคะแนนรวม (Item Total Correction) ของแบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการและรูปแบบการพยาบาล และแบบประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบโดยใช้เกณฑ์ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าตั้งแต่ 0.306-0.770 ($r \geq 0.306$) ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ทุกข้อ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลโดยใช้สาระสำคัญที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ปรับปรุงเป็นวงรอบต่อเนื่องกัน ดังนี้

1. ประชุมพยาบาลหอผู้ป่วยและแพทย์ ศัลยกรรมประสาท เพื่อระดมความคิด กำหนดองค์ประกอบของร่างรูปแบบ

2. ประชุมทีมพยาบาลหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง เพื่อระดมความคิดเห็นในกิจกรรมที่สอดคล้องกับองค์ประกอบของร่างรูปแบบจากขั้นตอนที่ 1

3. ร่างรูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตก

4. นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและเครื่องมือเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องและความเหมาะสม และดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

5. ทดลองใช้ในกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด และหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุฉุกเฉิน

6. ประชุมเพื่อประเมินผลการเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการพัฒนา และบ่งชี้ความพร้อม (field testing) ก่อนนำไปใช้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลจากการประเมินผลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกที่พัฒนาขึ้นไปใช้ และศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด และหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 60 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด และหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 15 คน โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากขั้นตอนที่ 2 แล้ว ได้แก่ แบบบันทึกผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาล แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย แบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการ และแบบประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล นำไปใช้จริงในกลุ่มเป้าหมาย มีขั้นตอนดังนี้

1. นำรูปแบบบริการพยาบาลไปใช้จริงในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด และหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 2. ศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป และผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. ผลการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ความพึงพอใจต่อบริการ และรูปแบบการพยาบาล และผลการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาล วิเคราะห์โดยคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกที่พัฒนาขึ้น

กลุ่มเป้าหมาย พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มเดียวกับกลุ่มเป้าหมายในระยะที่ 3 จำนวน 15

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตก

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตก

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงร่างวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เลขที่ 012-2022

ผลการวิจัย

1. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า 1). จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะแทรกซ้อน 72 ชม. หลังผ่าตัด โดยส่วนใหญ่มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ (Electrolyte Imbalances) จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 41.67 รองลงมาคือ ภาวะสมองบวม (Brain Edema) จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 21.67 ความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial Pressure) จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 16.66, ภาวะชัก (Seizures) จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 และภาวะเลือดออกซ้ำจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.67 2) จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะแทรกซ้อน 7-10 วันหลังผ่าตัด โดยส่วนใหญ่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator- Associated pneumonia) จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 รองลงมาคือ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 15.00, ภาวะชัก (Seizures) จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00, ข้อติดแข็ง (Stiffness) จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.33 และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep Vein Thrombosis), แผลกดทับ (Bed sore)

จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.67 3) จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ โดยส่วนใหญ่มีภาวะแผลกดทับ (Bed sore) จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 รองลงมาคือ ข้อติดแข็ง (Stiffness), การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33 และผู้ป่วย Re-admit จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตก พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.93$, $SD = 0.26$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตก ต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตก ด้วยสถิติ One sample t-test พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตก มากกว่า 3.5 หรืออยู่ในระดับมากขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 69.09$, $p < .001$)

3. เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรกิจประจำวันของผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกของภายหลังได้รับการพยาบาล พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรกิจประจำวันของผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตก ($\bar{x} = 4.30$, $SD = 0.14$) เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรกิจประจำวันของผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับการพยาบาล พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

4. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.87$, $SD = 0.34$)

5. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย

ผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.82$, $SD = 0.39$)

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาแบบแผนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตก มีข้อค้นพบซึ่งนำมาอภิปรายผลการศึกษาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ใน 3 ประเด็น ดังนี้

1. สถานการณ์ปัญหาปฏิบัติการพยาบาล คือ มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ได้แก่ มีเลือดออกซ้ำในสมอง (Re bleed) จากความล่าช้าในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง รูปแบบการมอบหมายงานไม่เหมาะสม และความไม่ครอบคลุมของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ดังนั้นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกจึงควรพัฒนาในเรื่อง 1) ความครอบคลุมของปฏิบัติการพยาบาล 2) ความสอดคล้องของปัญหาการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล 3) รูปแบบการมอบหมายงานและแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม

2. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกที่พัฒนาขึ้น มี 3 องค์ประกอบ ดังนี้

2.1 แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกกำหนดแบบแผนจัดการรายกรณี (Case management) ซึ่งกำหนดกิจกรรมที่สอดคล้องกับการวิเคราะห์ปัญหาโดยผู้ปฏิบัติงานภายใต้บริบทจริง โดยแนวทางการปฏิบัติงานเป็นวิธีสำคัญที่ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยได้เหมือนกันตามมาตรฐาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกที่สะท้อนบทบาทหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspects of care)

2.2 คู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยมีแนวทางการปฏิบัติตัวครอบคลุม 5 ด้าน คือ ด้านการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ด้านการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้านการดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพ ด้าน

การรักษาพยาบาล และด้านการดูแลด้านจิตใจ ซึ่งการสื่อสารให้ข้อมูลและการใช้คู่มือการปฏิบัติตัวที่จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกสามารถดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งการสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องจะทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมตอบสนองที่เหมาะสม⁸

2.3 นวัตกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตก ได้แก่ กระดานสื่อเตือนใจ อาการสำคัญและเวลาวัด V/S หลังผ่าตัด หมอนหนุนศีรษะลดแรงกดทับพร้อมนาฬิกาปลุกตัว เรียนรู้สุขใจในการดูแล และโปรแกรมการส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วยสู่ชุมชน เพื่อให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากขึ้น

3. ผลที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกที่พัฒนาขึ้นมาใช้ พบว่ามีรูปแบบการพยาบาลที่ชัดเจนครอบคลุมและเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตก สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้ โดยดูจากผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีจำนวนภาวะแทรกซ้อนลดลง

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.82$, $SD = 0.39$) อธิบายได้ว่า จากรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นมีความชัดเจน ครอบคลุม และปฏิบัติได้ง่าย และแม้จะมีรูปแบบการพัฒนาที่มีความสอดคล้องบางส่วนกับผลการศึกษาที่ผ่านมา⁹⁻¹³ แต่รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความแตกต่างกัน คือ เป็นรูปแบบที่ครอบคลุมตั้งแต่การรับจนถึงการดูแลที่อยู่โรงพยาบาล มีการนำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งใช้นวัตกรรมทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการพยาบาลที่ได้มาตรฐานและปลอดภัย¹⁴⁻¹⁷

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. นำผลการวิจัยไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกร่วมกับการดูแลโดยยึดหลักครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered care)

2. ควรนำความรู้ทักษะและกระบวนการดูแลต่อเนื่องไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกได้ครอบคลุม เพื่อช่วยให้ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตก และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

3. โรงพยาบาลระดับตติยภูมิอื่นหรือองค์กรอื่นสามารถนำกระบวนการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตก หรือนำผลลัพธ์ (outcome) จากกระบวนการพัฒนา เช่น แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกแบบการจัดการรายกรณี (Case management) คู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือด

สมองแตก และนวัตกรรมทางการพยาบาล ไปปรับใช้หรือพัฒนาต่อยอดให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

4. สถาบันการศึกษาทางการพยาบาล สามารถนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตก ไปเป็นต้นแบบในการจัดการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า เกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตก เนื่องจากยังมีผู้ป่วยผ่าตัดโรคหลอดเลือดสมองแตกที่กลับเข้ารับรักษาซ้ำ และมีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

2. การศึกษาโดยบูรณาการการดูแลตามมาตรฐาน 7 Aspects of care กับการใช้กระบวนการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ/สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค. (2565). ค้นเมื่อ 11 เมษายน 2566. จาก <https://pr.moph.go.th>.
2. สุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์. (2562). ระบาดวิทยาคุณลักษณะและปัจจัยทำนายโรคหลอดเลือดสมองแตก. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
3. Chantra R, Sansuwan R, Heeaksorn C. (2017). Care for stroke patients with a multidisciplinary team. Journal of Royal Thai Army Nurses; 18(suppl): 49-55.
4. Kusum V, Takarnvanich T, Kamwicha P, Chotnopparatpattara P, Krongyuth S, Charuwanno R, et al. (2017). Critical care nursing: a holistic approach. 6th Edition. Bangkok: Saha Pracha Panich Inc.
5. Punjaisee S, Phuenpathom N, Veerasarn K, Charnnarong N, Khaoroptham S, Siwanuwatn R, et al. (2013). Clinical practice guidelines for hemorrhagic stroke. Bangkok: Tana Press Co., Ltd.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564). ข้อมูลทะเบียนสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเขตสุขภาพที่ 7. ค้นเมื่อ 12 เมษายน 2566. จาก https://data.go.th/en/dataset/dataset-pp_32_03.
7. แผนกศัลยกรรมประสาทโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2564). ข้อมูลทะเบียนสถิติผู้ป่วยผ่าตัดแผนกศัลยกรรมประสาท. ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.
8. Rosenstock IM. (1998). Social learning theory and the Health Belief Model. Health Educ Q. Summer;15(2):175-83.
9. นิภาพร บุตรสิงห์. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วารสารสภาการพยาบาล ปีที่ 34(3) กรกฎาคม-กันยายน.

10. ชลภัสรณ์ วิวรรณพงษ์. (2555). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลโสธร. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
11. สมหวัง โรจนะ. (2563). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากภาวะความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม.
12. พิชยนทร์ ดวงทองพล. แนวทางการดูแลผู้ป่วย hemorrhagic stroke เขตสุขภาพที่ 7. วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ;15(2):1-23.
13. มรดก หมอกไชย.(2563). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน: ราย กรณีศึกษา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 5(3): 60-67.
14. World Stroke Organization. Facts and figures about stroke. (2012). Available from: <https://www.world-stroke.org/component/content/article/16-forpatients/84-facts-and-figures-about-stroke>.
15. Marianne B. Cerebrovascular accident (stroke). (2017). Available from: <http://nurseslabs.com/cerebrovascular-accident-stroke>.
16. World Health Organization. World stroke campaign. (2015). Available from: <http://www.world-stroke.org/advocacy/worldstroke-campaign>. Stroke Association. Disclaimer and privacy policy to stroke rehab. (2010-1017). Available from: <http://www.stroke-rehab.com/disclaimer-and-privacy-policy.html>.
17. Tantavisut S, Namvongprom, Sirikul S. (2011). Effectiveness of Nursing System Development in Using Evidence based Protocol on Quality of Care in Patients with Severe Traumatic Brain Injury. Nurs Health Care; 29 (3): 5-13.

การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครอง ในการปรับทัศนคติของวัยรุ่นหญิง เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์
ก่อนวัยอันควร อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

The Development of a Model for Participation of Teacher and Parents
in Adjusting the Attitudes of Adolescent Girls to Prevent Premature Pregnancy. Phonsawan
District Nakhon Phanom Province

(Received: August 24,2023 ; Revised: August 28,2023 ; Accepted: August 29,2023)

พัชราพร ควรรณสุ¹
Phatcharaporn kawansu¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษา ความรู้ ทัศนคติและการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครองต่อการปรับทัศนคติของวัยรุ่นหญิง กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนหญิงที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 60 คน ดำเนินการตั้งแต่ กุมภาพันธ์ ถึง สิงหาคม 2566 ใช้ระยะเวลารวม 7 เดือน คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสถิติโดยใช้ Pair t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

ผลการศึกษาพบว่า 1) ความรู้ ทัศนคติและการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรโดยภาพรวม อยู่ในระดับกลาง ($\bar{x} = 8.80$, S.D. = 1.88) ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรโดยภาพรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 30.17$, S.D. = 1.04) การป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 70.93$, S.D. = 3.63) 2) รูปแบบการมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครอง ในการปรับทัศนคติของวัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ประกอบด้วย 7 กิจกรรม คือ (1) การประเมิน ความรู้ ทัศนคติ และการป้องกันการตั้งครรภ์ การคืนข้อมูล และ MOU (2) การสนทนากลุ่ม ระดมความคิดเห็น (3) การให้ความรู้ ประเด็น เพศวิถีรอบด้าน (4) การให้ความรู้ ประเด็น การป้องกันการตั้งครรภ์ (5) การฝึกเชิงปฏิบัติการ ฐานเรียนรู้การป้องกันการตั้งครรภ์ (6) การติดตามเยี่ยมบ้าน (7) การประเมินผล และ 3) ผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครอง ต่อการปรับทัศนคติของวัยรุ่น พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($\bar{x} = 18.87$, S.D. = 1.07; $\bar{x} = 8.80$, S.D. = 1.88) ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($\bar{x} = 41.81$, S.D. = 1.39; $\bar{x} = 28.65$, S.D. = 1.19) และด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรหลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($\bar{x} = 92.13$, S.D. = 1.70 ; $\bar{x} = 84.30$, S.D. = 17.46)

คำสำคัญ : การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร, การป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร, การมีส่วนร่วม

Abstract

This research was participatory action research with the objectives to study knowledge, attitudes and prevention of premature pregnancy and assess the effect of using the teacher participation model. Sample size were 60 female students who are at risk of pregnancy by purposive selection, conducted from February to August 2023, taking a total period of 7 months. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation. Statistical test was performed using Pair T-test, statistical significance was set at $P < 0.05$.

¹ โรงพยาบาลโพนสวรรค์

The results showed that 1) knowledge, attitude and prevention of premature pregnancy found that knowledge about prevention of premature pregnancy as a whole. was in the middle level ($\bar{x} = 8.80$, S.D. = 1.88). Is at a high level ($\bar{x} = 30.17$, S.D. = 1.04) overall prevention of premature pregnancy was at a moderate level ($\bar{x} = 70.93$, S.D. = 3.63). Knowledge, attitudes and pregnancy prevention, information return and MOU (2) focus group discussion brainstorming (3) education on comprehensive sexuality issues (4) education on pregnancy prevention issues (5) workshops Pregnancy prevention learning base, (6) home visit follow-up, (7) evaluation, and 3) the effect of using the parent-teacher participation model on adolescents' attitude adjustment found that the knowledge about pregnancy prevention learning base. The mean increase in pregnancy prevention after the trial was greater than before the trial. statistically significant 0.05 ($\bar{x} = 18.87$, S.D. = 1.07; $\bar{x} = 8.80$, S.D. = 1.88). test statistically significant 0.05 ($\bar{x} = 41.81$, S.D. = 1.39; $\bar{x} = 28.65$, S.D. = 1.19) and the prevention of premature pregnancy after the experiment increased than before the experiment. Statistically significant 0.05 ($\bar{x} = 92.13$, S.D. = 1.70 ; $\bar{x} = 84.30$, S.D. = 17.46)

Keywords : premature pregnancy, premature pregnancy prevention, participation

บทนำ

การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรเป็นปัญหาสังคมและเป็นเรื่องที่สังคมไม่ยอมรับ วัยรุ่นหญิงยังต้องปกปิดการตั้งครรภ์และการคลอดของตนเอง ส่วนหนึ่งจึงอาจเลือกไปคลอดที่จังหวัดอื่นที่ตนเองไม่ได้อยู่อาศัย ทั้งนี้ เพื่อไม่ให้ผู้อื่นรู้¹ เป็นผลมาจากสภาพทางเศรษฐกิจ สังคม พฤติกรรม รวมทั้งการที่ไม่สามารถเข้าถึงการศึกษาเพศวิถีและการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น แม้จะมีนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลแล้วก็ตาม นอกจากนี้ความแตกต่างในแต่ละพื้นที่ยังรวมถึงวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ต่าง ๆ การแต่งงานหรือใช้ชีวิตคู่ตั้งแต่วัยเด็ก ประเพณีและความเชื่อของท้องถิ่น ความกดดันทางสังคม ความเข้มแข็งและการตอบสนองต่อปัญหาของผู้ให้บริการในพื้นที่ ตลอดจนความล้มเหลวของการบังคับใช้กฎหมายและนโยบายต่าง ๆ² การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นประเพณีและวัฒนธรรมที่นิยมให้ผู้หญิงแต่งงานตั้งแต่อายุยังน้อย ความยากจน การขาดโอกาสด้านการศึกษา การมีเพศสัมพันธ์จากอิทธิพลของการใช้เครื่องมือแอลกอฮอล์และสารเสพติด การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การขาดความรู้และเข้าใจถึงวิธีการคุมกำเนิด การใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง แรงกดดันจากเพื่อนที่เคยมีเพศสัมพันธ์มา

ก่อน การถูกล่วงละเมิดทางเพศรวมถึงการถูกข่มขืน และถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงในครอบครัว ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน เช่น สังคมที่ผู้หญิงมีโอกาสทางการศึกษาน้อยหรือฐานะความเป็นอยู่ที่ยากจนเป็นเหตุให้วัยรุ่นหญิงต้องออกจากโรงเรียนกลางคันหรือต้องพึ่งพาค่าใช้จ่ายในการเรียนหนังสือ การขาดความรู้และทักษะที่จะป้องกันตัวจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ การอยู่ในภาวะที่ไม่คิดว่าจะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์จึงไม่ได้ป้องกัน ไม่ได้ใช้ถุงยาง เป็นต้น³ อาจกล่าวได้ว่า ความรู้เรื่องเพศศึกษาเป็นสาเหตุสำคัญของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รายงานการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ ในปี พ.ศ. 2562 เกี่ยวกับการสอนเรื่องเพศศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือระดับมัธยมศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่น ร้อยละ 65 ได้รับการสอนในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ร้อยละ 11 ที่ยังไม่เคยได้รับการสอนเรื่องดังกล่าว นอกจากนี้ ยังมีอีกกลุ่มที่จำไม่ได้หรือไม่แน่ใจว่าได้รับการสอน ร้อยละ 4 โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ร้อยละ 8 บอกว่ายังไม่เคยได้รับการสอนเรื่องเพศศึกษา รายงานจากการศึกษานี้ทำให้เห็นว่าแม้ว่าเด็กวัยรุ่นจำนวนมากจะได้รับการสอนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนแต่เด็กนักเรียนจำนวนมากยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องเพศสัมพันธ์ การเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษายังมีข้อจำกัด ยังไม่เป็นการให้

ความรู้รอบด้าน เหตุผลที่วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ไม่ได้คุมกำเนิดเพราะต้องการมีบุตร ร้อยละ 44 กล่าวอันตรายต่อสุขภาพ ร้อยละ 26 สามิไม่ค่อยอยู่บ้าน ร้อยละ 6 เพิ่งคลอดหรือหลังแท้ง ร้อยละ 6 และสามิไม่ให้คุมกำเนิด ร้อยละ 3 นอกจากนี้ การสำรวจในปีเดียวกันพบว่า ร้อยละ 32 ของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี มีบุตรโดยไม่ตั้งใจโดยเหตุผลที่ไม่ป้องกันการตั้งครรภ์ เพราะลืมกินหรือฉีดยาคุมกำเนิด ร้อยละ 39 ใช้วิธีการคุมกำเนิดด้วยวิธีการดั้งเดิม เช่น หลังภายนอก ร้อยละ 29 นับระยะปลอดภัยและไม่คิดว่าจะมีเพศสัมพันธ์ พบถึง 1 ใน 4 คือ ร้อยละ 26 และไม่มีความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิด พบร้อยละ 3⁴ จากข้อมูล แม้ว่าข้อมูลในระดับประเทศจะแสดงให้เห็นถึงการคุมกำเนิดอย่างแพร่หลายในประชากรกลุ่มวัยรุ่นแต่งานวิจัยที่ทำในระดับอำเภอชี้ว่าวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์บางรายขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศศึกษาและการคุมกำเนิดสำหรับรายที่มีความรู้ก็ไม่สามารถโน้มน้าวหรือต่อรองให้ฝ่ายชายใช้ถุงยางอนามัยได้ และมีบางรายที่ตั้งใจไม่ใช้วิธีการคุมกำเนิดเพราะต้องการตั้งครรภ์

ปัจจุบันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ประเทศทั่วโลกให้ความสนใจ แต่ก็ยังคงมีอยู่ซึ่งอาจเกิดจาก สาเหตุหลัก คือ การไม่ได้ป้องกันการตั้งครรภ์เมื่อมีเพศสัมพันธ์ ขณะเดียวกันในกลุ่มวัยรุ่นที่ชอบเที่ยวสถานเริงรมย์จะมีอัตราการมีเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมการเล่นแบบจากกลุ่มเพื่อน และสื่อต่าง ๆ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติดร่วม การถูกยั่วยุทางอารมณ์ การขาดความรักและการเอาใจใส่จากครอบครัวซึ่งแม้ว่าทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชนจะได้พยายามอย่างมากในการแก้ปัญหาทั้งทางด้านการป้องกันและบรรเทาแต่สถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นยังทวีความรุนแรงขึ้น การเข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิดของวัยรุ่นต่อเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ การป้องกันการตั้งครรภ์และประสบการณ์การตั้งครรภ์ จึงเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปสู่ความเข้าใจ ในประเด็นดังกล่าว อย่างไรก็ตาม

ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นสามารถป้องกันได้ทั้งจากตัวของวัยรุ่น ครอบครัว โรงเรียน รวมทั้งชุมชนและสังคมซึ่ง มีเป้าหมายสำคัญ 2 ประการ คือ 1) ในปี 2569 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ลดลงไม่น้อยกว่า 0.5 ต่อประชากรหญิง อายุ 10-14 ปี 1,000 คน ซึ่งปัจจุบันอยู่ที่ 1.5 2) ในปี 2569 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 – 19 ปี ลดลง ไม่น้อยกว่า 25 ต่อ 1,000 คน ซึ่งปัจจุบันอยู่ที่ 44.8

จังหวัดนครพนม มีอำเภอที่รับผิดชอบอยู่จำนวน 12 พบว่ามีลักษณะที่คล้ายกับภาพรวมของประเทศไทย คือ การคลอดจากวัยรุ่นหญิงที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ในปี พ.ศ. 2561 – 2563 ประชากรวัยรุ่นหญิง อายุ 10 -14 ปี มีจำนวน 23,421, 23,180, 22,835 และประชากรวัยรุ่นหญิง อายุ 15 -19 ปี มีจำนวน 24,562, 23,942, 23,631⁵ พบว่ามีจำนวนการคลอดบุตรหญิงอายุ 10 -14 ปี จำนวนการคลอด 35, 31, 20 คน อัตราต่อ 1,000 เท่ากับ 1.5, 1.3, 0.9 และการคลอดบุตรหญิงอายุ 14 -19 ปี จำนวน 824, 776, 709 อัตราต่อ 1,000 เท่ากับ 33.5, 32.4, 30.0 ถึงแม้อัตราการเกิดลดลงเรื่อยมา อัตรา 41.1 ราย ต่อ 1,000 คน⁶ และอัตรา 41.1 ราย ต่อ 1,000 คน ในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี และล่าสุดในปี พ.ศ. 2565 จังหวัดนครพนมมีวัยรุ่นอายุระหว่าง 10 -14 ปี จำนวน 19,821 ราย ตั้งแต่อ่อนวัยอันควรจำนวนมากเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศ ค่าเฉลี่ยในจำนวนวัยรุ่นเกือบสองหมื่นกว่าคน โดยวัยรุ่นเหล่านี้ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ขาดทักษะชีวิต มีค่านิยมที่ไม่ถูกต้อง สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมรวมทั้งสื่อออนไลน์ ที่เอื้อต่อการมีเพศสัมพันธ์ ครอบครัวแตกแยก ประกอบกับความคิด ความเชื่อ ตามบริบทของพื้นที่ที่เอื้อต่อการมีคูครองในวัยรุ่นและความต้องการมีบุตรเร็วเพื่อให้ครอบครัวสมบูรณ์ จากสภาพปัญหาดังกล่าวและ ปลายทางของสถานการณ์ คือ การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นหญิงดังกล่าวมา

อำเภอโพธารนเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดนครพนม มี 7 ตำบล 1 เทศบาล 92 หมู่บ้าน มีประชากร 58,408 คน เพศหญิง 10 – 14 ปี จำนวน 1,977 คน อายุ 15 – 19 ปี จำนวน 1,990 คน รวมอายุ 10 – 19 ปี จำนวน 3,976 คน พบว่าข้อมูลการตั้งครรภ์ 3 ปี ย้อนหลัง ปี 2563 – 2565 พบว่ามีเด็กวัยรุ่นหญิงตั้งครรภ์ 46, 55, 28 คิดเป็น ร้อยละ 1.15, 1.38, 0.70 อัตราต่อ 10,00 ประชากร ตามลำดับ⁷ จากการสอบถามผู้ปกครองวัยรุ่นที่มีการพูดถึงการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์น้อยมาก ส่วนครูถึงแม้จะมีหลักสูตรการสอนเพศวิถีในการเรียนการสอนแต่ก็ยังมีมีการตั้งครรภ์ไม่พร้อมอยู่ในสถานศึกษา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครอง ในการปรับทัศนคติของวัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวันอันควร อำเภอโพธารน จังหวัดนครพนม โดยใช้กระบวนการ PDCA ในการดำเนินงาน และมีส่วนประกอบ โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนแรก เกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ทัศนคติและพฤติกรรม (KAP) ส่วนที่สอง แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) คือ การรับรู้ต่อความเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย (Perceived benefits and costs) การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) ส่วนที่สาม การสร้างการมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครอง ในการปรับทัศนคติของวัยรุ่นหญิงเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวันอันควรในวัยรุ่น เพื่อที่จะนำเอา 3 ส่วนมาจัดทำเป็น การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครอง ในการปรับทัศนคติของวัยรุ่นเพื่อและมีการประเมินผล การใช้รูปแบบป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวันอันควร อำเภอโพธารน จังหวัดนครพนม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวันอันควรในอำเภอโพธารน จังหวัดนครพนม
2. เพื่อสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครองในการปรับทัศนคติของวัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวันอันควรในอำเภอโพธารน จังหวัดนครพนม
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครองต่อการปรับทัศนคติของวัยรุ่นหญิงในอำเภอโพธารน จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครอง ในการปรับทัศนคติของวัยรุ่นหญิงเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวันอันควร อำเภอโพธารน จังหวัดนครพนมเป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม Participation Action Research - PAR

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วย

1. การศึกษาความรู้ ทัศนคติและการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวันอันควรในอำเภอโพธารน จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างคือ วัยรุ่นหญิงอายุระหว่าง 10-19 ปี ในอำเภอโพธารน จังหวัดนครพนม จำนวน 389 คน
2. การสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครองในการปรับทัศนคติของวัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวันอันควรในอำเภอโพธารน จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างคือ ครูอนามัยโรงเรียน จำนวน 34 คน และผู้ปกครองที่ดูแลวัยรุ่นหญิง อายุ 10 – 19 ปี จำนวน 24 คน
3. การศึกษาผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครองต่อการปรับทัศนคติของวัยรุ่นหญิงในอำเภอโพธารน จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างคือ

นักเรียนหญิงที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ จำนวน 60 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและมีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ทัศนคติและการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และวิธีวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้คำถามปลายเปิดและรูปแบบจากการทำสนทนากลุ่ม การระดมสมอง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครองต่อการปรับทัศนคติของวัยรุ่นหญิง และแผนการสอนเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากโรงพยาบาลโพธารามถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมเพื่อขออนุญาตลงพื้นที่และเก็บข้อมูล เมื่อได้รับการอนุญาตแล้วเท่านั้น
2. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรม เดินทางไปยังพื้นที่วิจัยในโรงเรียนที่จับสลากได้เพื่อใช้แบบสอบถาม คือ โรงเรียนประถม โรงเรียนขยายโอกาส โรงเรียนมัธยมปลาย จำนวน 389 คนตามรายชื่อกลุ่มเป้าหมายวัยรุ่นหญิง โดยจะประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อนัดหมายทั้งนี้ขึ้นกับความสะดวกของผู้ที่จะเข้าร่วมการชี้แจงโครงการวิจัยและผู้ปกครองโดยไม่ให้เกิดผลกระทบหรือกลุ่มเสี่ยงต่ออาสาสมัคร หากนัดหมายแล้ว 3 ครั้ง ไม่พบกับวัยรุ่นหญิงตามรายชื่อนั้น ผู้วิจัยจะถือว่าไม่พบอาสาสมัครและจะไม่ได้เชิญเข้าร่วมการวิจัย ครูอนามัยโรงเรียนจะทำหนังสือเชิญไปที่โรงเรียน ส่วนผู้ปกครองจะประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพระดับตำบล หรืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อนัดหมายที่บ้านหรือสถานบริการสาธารณสุข ชี้แจงโครงการวิจัยและจะทำหนังสือเชิญอีก

3. ผู้วิจัยให้คำชี้แจงตามเอกสาร ขอความยินยอมและเชิญอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย ภายหลังอาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถามและให้อาสาสมัครทำแบบสอบถามด้วยตนเองโดยใช้เวลาตอบแบบสอบถาม ประมาณ 30 นาที ในกรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถอ่านได้ดีหรือประสงค์ให้สอบถามด้วยวาจา ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะอ่านข้อความตามเนื้อหาและข้อคำตอบตามเอกสารเพื่อให้อาสาสมัครเลือกคำตอบและลงบันทึกคำตอบตามที่อาสาสมัครเลือกลงในแบบสอบถาม หลังจากได้รับแบบสอบถามกลับคืนแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำตอบ จัดหมวดหมู่ข้อมูล และเก็บรวบรวมเพื่อเตรียมการวิเคราะห์

4. ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมหากอาสาสมัครหรือผู้ปกครอง มีคำถามหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับเนื้อหาในแบบสอบถามหรือต้องการความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ วิธีการคุมกำเนิดและการป้องกันการตั้งครรภ์ ในการขอความยินยอมและเชิญอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะใช้เวลารวมทั้งหมด 4 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้สร้างแบบทดสอบ แบบสอบถามให้ครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน หาความเที่ยงตรงของแบบสอบถามได้เท่ากับ 0.8 หาความเชื่อมั่น แบบสอบถามความรู้ โดยใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ 0.87 ทัศนคติและการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อน

วัยอันควร โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบราค ได้เท่ากับ 0.76

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัดส่วน n (%) ในแต่ละด้านและรายชื่อ วัดความรู้ ทักษะ และการป้องกันการตั้งครรภ์ รวมทั้งการวัดข้อมูลเชิงคุณภาพสนทนาแบบกลุ่ม ข้อมูลจากการสนทนาที่ถูกบันทึกในเทปจะถูกถอดออกมาเป็นบท คำสนทนา (Transcription) โดยละเอียดในทุกคำพูด ทุกบท ทุกตอน เหตุผล ถอด วิเคราะห์โดยการตีความหมายในรูปของ Content Analysis เชื่อมโยงประเด็นที่ ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า การใช้การไตร่ตรองสะท้อนคิด (Reflexivity) เพื่อให้ได้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครอง ในการปรับทัศนคติของวัยรุ่นหญิงเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัย ส่วนการวิเคราะห์การใช้รูปแบบใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนการรูปแบบเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัดส่วน n (%) ในแต่ละด้านและรายชื่อ วัดความรู้ ทักษะ และการป้องกันการตั้งครรภ์รวมทั้งการเปรียบเทียบข้อมูลก่อนหลังการใช้รูปแบบ ทดสอบสถิติโดยใช้ Pair T-test นัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

การขอจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาการทำวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) ผ่านขอพิจารณาความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครพนม เลขที่ REC 014/66

ผลการวิจัย

1. ความรู้ ทักษะ และการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในอำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

1.1 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร พบว่าความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรโดยภาพรวม อยู่ในระดับกลาง ($\bar{x} = 8.80$, S.D. = 1.88) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสูงที่สุดคือ ด้านการรับรู้โอกาสที่จะเกิดการตั้งครรภ์ โดยพบว่าอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 6.07$, S.D. = 2.08) ส่วนด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรต่ำที่สุดคือ ด้านการรับรู้ประโยชน์จากการป้องกันการตั้งครรภ์ โดยพบว่าอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 3.15$, S.D. = 0.17) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

ข้อมูล	กลุ่มตัวอย่าง (n = 389 คน)		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
การรับรู้โอกาสที่จะเกิดการตั้งครรภ์	6.07	2.08	ต่ำ
การรับรู้ความรุนแรงของการตั้งครรภ์	5.90	1.62	ต่ำ
การรับรู้ประโยชน์จากการป้องกันการตั้งครรภ์	3.15	0.17	ต่ำ
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการตั้งครรภ์	4.89	2.32	ต่ำ
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร	8.80	1.88	กลาง

1.2 ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร พบว่า ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรภาพรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 30.17, S.D. = 1.04)

1.3 การป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในอำเภอโพธารักษ์ จังหวัดนครพนม พบว่าการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 70.93, S.D. = 3.63)

2. รูปแบบการมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครอง ในการปรับทัศนคติของวัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในอำเภอโพธารักษ์ จังหวัดนครพนม

รูปแบบ รูปแบบการมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครอง ในการปรับทัศนคติของวัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังนี้ 1) การประเมิน ความรู้ ทักษะ และการป้องกันการตั้งครรภ์ การคืนข้อมูล และ MOU 2) การสนทนากลุ่ม ระดมความคิดเห็น 3) การให้ความรู้ ประเด็น เพศวิถีรอบ

ด้าน 4) การให้ความรู้ ประเด็น การป้องกันการตั้งครรภ์ 5) การฝึกเชิงปฏิบัติการ ฐานเรียนรู้การป้องกันการตั้งครรภ์ 6) การติดตามเยี่ยมบ้านและ 7) การประเมินผล ประกอบกับการใช้ 1) แผนการสอนเพศศึกษาในโรงเรียน 2) ชุดชุดคิดและอุปกรณ์ที่ใช้สอนเพศศึกษา 3) ครูต้นแบบในการสอนเพศวิถีในโรงเรียน

3. ผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครองต่อการปรับทัศนคติของวัยรุ่นหญิงในอำเภอโพธารักษ์ จังหวัดนครพนม

3.1 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์โดยภาพรวม ก่อนทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 8.80, S.D. = 1.88) หลังทดลอง ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 18.87, S.D. = 1.07) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 . ความรู้ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรใน (n = 60)

ข้อมูล	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	df	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์	8.80	1.88	ปานกลาง	18.87	1.07	สูง	-38.05	59	0.00

3.2 ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ก่อนทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 8.65, S.D.=1.19) หลังทดลอง ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 41.81, S.D. = 1.39) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดัง

ตารางที่ 2 ทักษะ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (n = 60 คน)

ข้อมูล	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	df	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร	28.65	1.19	ปานกลาง	41.81	1.39	สูง	-53.49	59	0.00

3.3 การป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรภาพรวม ก่อนทดลอง อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 84.30, S.D. = 17.46) หลังทดลอง อยู่ในระดับสูงขึ้น ($\bar{x}$ = 92.13, S.D. = 1.70) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ก่อนและหลังการใช้รูปแบบในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (n = 60 คน)

ข้อมูล	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	df	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
การป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยภาพรวม	84.30	17.46	สูง	92.13	1.70	สูง	-3.62	59	0.01

สรุปและการอภิปรายผล

1) ความรู้ ทักษะและการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรโดยภาพรวม อยู่ในระดับกลาง ($\bar{x} = 8.80$, S.D. = 1.88) ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรโดยภาพรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 30.17$, S.D. = 1.04) การป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 70.93$, S.D. = 3.63) สามารถอธิบายได้ว่า ความรู้ ทักษะและการป้องกันการตั้งครรภ์ มีผลต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรการมีความรู้และพฤติกรรมเชิงบวก จะทำให้มีป้องกันการตั้งครรภ์ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ⁸ ได้ทำการวิจัยเรื่อง การส่งเสริมพฤติกรรมละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชน ผลการวิเคราะห์ในภาพรวม พบว่า พฤติกรรมมีผลจาก 1. ปัจจัยส่วนบุคคล คือ การรับรู้และทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมรักษาลงสนทนและตั้งใจที่จะละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ก่อนเวลาอันควร 2. ปัจจัยด้านครอบครัว เพื่อน และสังคม การให้ความรู้และการกำกับควบคุมของบิดามารดา 3. ปัจจัยที่เป็นค่านิยมเรื่องเพศสัมพันธ์ที่พึงประสงค์จากเพื่อน และการถ่ายทอดค่านิยมทางเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมจากสังคม ซึ่งจะส่งผลต่อทัศนคติ การรับรู้และความสามารถในการควบคุมตนเองของตนเอง

2) รูปแบบการมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครอง ในการปรับทัศนคติของวัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ประกอบด้วย 7 กิจกรรม คือ (1) การประเมิน ความรู้ ทักษะ และการป้องกันการตั้งครรภ์ การคืนข้อมูล และ MOU (2) การสนทนากลุ่ม ระดม

ความคิดเห็น (3) การให้ความรู้ ประเด็น เพศวิถีรอบด้าน (4) การให้ความรู้ ประเด็น การป้องกันการตั้งครรภ์ (5) การฝึกเชิงปฏิบัติการ ฐานเรียนรู้การป้องกันการตั้งครรภ์ (6) การติดตามเยี่ยมบ้าน (7) การประเมินผล สามารถอธิบายได้ว่า การมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครอง มีผลต่อการปรับทัศนคติของวัยรุ่นการดำเนินการที่ชัดเจน การใช้กระบวนการทั้ง 7 กิจกรรมนี้ จะทำให้เกิดความพัฒนาในเรื่องของแนวคิด การเรียนรู้ พฤติกรรม การรับรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของ⁹ ได้ทำวิจัยเรื่องรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นพบว่ารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสะท้อนให้เห็นถึง ปัจจัยนำเข้าที่ ทำให้วัยรุ่นตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรคือความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติ ที่สำคัญ คือสิ่งแวดล้อมตั้งแต่ระดับครอบครัว เพื่อน เทคโนโลยีและสื่อต่างๆ และกิจกรรมที่ส่งเสริมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประกอบด้วย กิจกรรมการเรียนรู้ การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผ่านการให้ข้อมูลข่าวสาร และรูปแบบการป้องกันแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ก่อน วัยรุ่น โดยหน่วยงานด้านสาธารณสุขร่วมกับครู ผู้ปกครอง เป็นแกนนำหลัก ทั้งนี้ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประกอบด้วย ผลกระทบในระดับบุคคล ผลกระทบในระดับครอบครัว ควรมีการส่งเสริมให้มีการดำเนินงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับทั้งในโรงพยาบาลและหน่วยงาน โรงเรียน ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

3) ผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครอง ต่อการปรับทัศนคติของวัยรุ่น พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์หลังการทดลอง

มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($\bar{x} = 18.87$, S.D. = 1.07; $\bar{x} = 8.80$, S.D. = 1.88) ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($\bar{x} = 41.81$, S.D. = 1.39; $\bar{x} = 28.65$, S.D. = 1.19) และด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรหลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($\bar{x} = 92.13$, S.D. = 1.70; $\bar{x} = 84.30$, S.D. = 17.46) สามารถอภิปรายได้ว่า ผลของการใช้รูปแบบ การมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครอง ต่อการปรับทัศนคติของวัยรุ่นสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้โดยมีการให้ความรู้ที่เป็นความรู้เชิงลึก มีฐานให้เรียนรู้และฝึกทักษะของวัยรุ่นฝึกคิด ฝึกปฏิบัติกล้าคิดและกล้าที่จะถามออกแบบพฤติกรรมให้กับตัวเองได้ สอดคล้องกับ¹⁰ ได้ศึกษาวิจัยเรื่องผลการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของโรงเรียนที่เป็นตัวแทนของแต่ละอำเภอในจังหวัดเพชรบุรี รวม 8 แห่ง จำนวน 230 คน ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้รูปแบบนักเรียนมีความรู้เรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ เจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(299) = 9.37$, $p < .05$, $d = 0.65$, $t(299) = 7.54$, $p < .05$, $d = 0.68$ และ $t(299) = 10.62$, $p < .05$, $d = 0.72$ ตามลำดับ รูปแบบดังกล่าวนี้สามารถเพิ่มความรู้ เจตคติ และความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้ จึงควรนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้ สร้างแรงจูงใจและพัฒนาทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรกับกลุ่มนักเรียน และสอดคล้องกับ¹¹ ได้ศึกษาวิจัยเรื่องผลการใช้

รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์อยู่ในระดับน้อย จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.66 ระดับปานกลาง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ความเสี่ยงสูง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ความพึงพอใจต่อการใช้ รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.90$, S.D. = .31)

สรุป

วัยรุ่นในปัจจุบันเป็นวัยที่ค่อนข้างมีความคิดที่อิสระ กล้าแสดงออก ติดสื่อโซเชียล การมีแฟน การมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องง่าย ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ตามมา ครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญในการดูแล การเข้าใจเปิดใจ มีการสอนเพศศึกษาให้มากขึ้น รวมทั้งโรงเรียน ที่ต้องคอยสอดส่องดูแล การสอนเรื่องเพศศึกษาจึงมีความสำคัญต่อนักเรียน เพื่อให้ นักเรียน มีความรู้ ทัศนคติ การป้องกัน รวมทั้งการสร้างแนวคิรูปแบบใหม่ๆในการสอนให้ความรู้แก่นักเรียนเพื่อไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ ตามมา

ข้อเสนอแนะ

1. สถานศึกษาควรนำรูปแบบนี้ไปใช้เป็นแผนการสอนในตารางเรียนเรื่องเพศวิถี ทุกโรงเรียนในอำเภอโพธิ์สวรรค์ เพื่อให้ นักเรียนมีความรู้ ทัศนคติและการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรที่ดีกว่าเดิม
2. ควรมีการใช้รูปแบบนี้ในการสอนเพศชายด้วย เนื่องจากเพศชายมีส่วนเกี่ยวข้องในการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นหญิง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณวัยรุ่นหญิง ครู ผู้ปกครอง ทีมเจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครสาธารณสุขทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นแห่งประเทศไทยไทยสำนักอนามัยวัยเจริญพันธุ์. พ.ศ.2565. กรุงเทพฯ.
2. กองทุนสหประชาชาติและสำนักคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ.(2562).สถานการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศไทย 2562, นนทบุรี.
3. UNFPA State of World Population. (2013). Motherhood in Childhood Facing the challenge of adolescent pregnancy. New York.
4. กระทรวงสาธารณสุข. (2564). สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน. ข้อมูลประชากรกลางปีปี 2546 - 2564. จากกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข. พ.ศ.2564. กรุงเทพฯ.
5. กระทรวงสาธารณสุข. (2563). ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข Health Data Center: HDC 30 ก.ย. 63). นนทบุรี.
6. สำนักอนามัยวัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). อัตราการคลอดซ้ำสถิติการ คลอดของแม่วัยรุ่นแห่งประเทศไทย. (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565).
7. ทะเบียนผู้มารับบริการการคลอดห้องคลอดโรงพยาบาลโพธิ์สวัสดิการ. (2563 - 2565). อำเภอโพธิ์สวัสดิการ จังหวัด นครพนม.
8. เบญจมาภรณ์ รุ่งแสงและภาณี เสนีย์วงศ์ ณ อยุธยา. (2563). การส่งเสริมพฤติกรรมละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ของ เยาวชนวัยรุ่น. วารสารมนุษยกับสังคม ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 มกราคม – มิถุนายน 2563.
9. นันทพร ศรีเมฆารัตน์และคณะ. (2563). รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ปี ที่ 5 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2563.
10. กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์. (2563). ผลการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนต้น จังหวัดเพชรบุรี. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล ปีที่ 26 ฉบับที่ 1 (2020) มกราคม-มิถุนายน 2563. หน้า 187 – 201.
11. วิไลย คตะตา. (2565). ผลการใช้รูปแบบการป้องกัน การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน อำเภอ ศรีสงคราม จังหวัดนครพนม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 (2022) พฤษภาคม – สิงหาคม 2565. หน้า 154 – 163.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ระยะที่ 1-3a โรงพยาบาลโพสวรรณ จังหวัดนครพนม

The effect of a health care behavior promotion program to delay kidney deterioration
in patients with chronic kidney disease stage 1-3a

Phonsawan Hospital Nakhon Phanom Province

(Received: August 24,2023 ; Revised: August 28,2023 ; Accepted: August 29,2023)

พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์¹

Pisit Sereethammapithak¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a โรงพยาบาลโพสวรรณ จังหวัดนครพนม ศึกษา
ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาล
โพสวรรณ ทำการศึกษาในระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคม 2566 จำนวน 40 คน เปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับ
โปรแกรมฯ ของกลุ่มตัวอย่าง ชนิดแบบ 1 กลุ่ม (one sample t-test design) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ แบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรม
การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการใช้อยู่สถิติเชิงพรรณนาหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า 1) การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ของกลุ่มตัวอย่าง
หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a มากกว่าก่อน
การทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x}=87.03$, S.D.=2.75; $\bar{x}=59.05$, S.D.=3.09) 2) พฤติกรรมการปฏิบัติตัว
เพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม
การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
0.05 ($\bar{x}=114.50$, S.D.=3.22; $\bar{x}=91.05$, S.D.=6.35) 3) ผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วยค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI)
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิต และอัตราการกรองของไต (eGFRs) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a หลังการ
ทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x}=21.28$, S.D.=1.21; $\bar{x}=23.57$,
S.D.=1.60; $\bar{x}=7.01$, S.D.=0.53; $\bar{x}=8.97$, S.D.=1.47; $\bar{x}=123.65/75.70$, S.D.=8.84/4.62; $\bar{x}=144.68/92.48$, S.D.=11.65/5.65; $\bar{x}=129.60$, S.D.=20.47; $\bar{x}=202/25$, S.D.=39.82; $\bar{x}=86.25$, S.D.=6.91; $\bar{x}=73.03$, S.D.=8.89 ตามลำดับ)

คำสำคัญ : โรคไตเรื้อรัง, การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ, การชะลอการเสื่อมของไต

Abstract

This research is a quasi-experimental research. This quasi-experimental research aimed to study the
effects of a health care behavior promotion program to delay renal deterioration in patients with chronic
kidney disease stage 1-3a at Phonsawan Hospital. Nakhon Phanom Province This study was conducted in a
group of chronic kidney disease stage 1-3a patients attending a chronic disease clinic. Primary and Holistic
Services Group Phonsawan Hospital The study was conducted during May to July 2023 with 40 people
comparing before and after receiving the program. of the sample, one-group type (one sample t-test design).
The tools used for data collection were general information questionnaires and health information
questionnaires. Health Belief Perception Assessment Form behavioral questionnaire for slowing renal

¹โรงพยาบาลโพสวรรณ จังหวัดนครพนม

degeneration. Data were analysis by descriptive statistics were used to find frequency, percentage, mean and standard deviation. and compared the data using Paired t-test statistics, the level of statistical significance was set at 0.05.

The results showed that 1) the perceived health belief patterns of CKD patients stage 1-3a of the post-experimental subjects had the mean scores of the perceived health belief patterns of patients with chronic kidney disease stage 1-3a. chronic kidney disease stage 1-3a more than before the experiment statistically significant at the 0.05 level ($\bar{X}$ =87.03, S.D.=2.75; $\bar{X}$ =59.05, S.D.=3.09). After the experiment, the mean scores of behaviors to slow down renal deterioration of patients with chronic kidney disease stage 1-3a were higher than before the experiment. statistically significant at the 0.05 level ($\bar{X}$ = 114.50, S.D.=3.22; $\bar{X}$ = 91.05, S.D.=6.35) 3) Clinical outcomes It consisted of mean body mass index (BMI), blood glucose, blood pressure and glomerular filtration rates (eGFRs) of patients with chronic kidney disease stage 1-3a after the trial. test statistically significant at the 0.05 level ($\bar{X}$ = 21.28, S.D.=1.21; $\bar{X}$ = 23.57, S.D.=1.60; $\bar{X}$ = 7.01, S.D.=0.53; $\bar{X}$ = 8.97, S.D.=1.47; $\bar{X}$ = 123.65/75.70, S.D.=8.84/4.62; $\bar{X}$ = 144.68/92.48, S.D.=11.65/5.65; $\bar{X}$ = 129.60, S.D.=20.47; $\bar{X}$ = 202./25, S.D.=39.82; $\bar{X}$ = 86.25, S.D.=6.91; $\bar{X}$ = 73.03, S.D.=8.89 respectively).

Keywords: chronic kidney disease, health care behavior promotion, slowing down renal degeneration

บทนำ

ปัญหาโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญพบได้ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย พบอุบัติการณ์สูงขึ้นเรื่อยๆ ทั่วโลก อยู่ระหว่างร้อยละ 3.2-7.6 ต่อปี¹ ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยไตวายทุกระยะร้อยละ 17.5 ของประชากรทั้งหมดหรือประมาณ 11.44 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในระยะที่ 1-3² ทำให้ภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น³ โดยประมาณการค่าใช้จ่ายในการรักษาปีละ 3,000,000 บาท⁴ ผู้ป่วยต้องทนต่อความทุกข์ทรมานจากตัวโรคและการรักษา ส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิต⁵ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากถึง 2,000 รายต่อปี⁶ สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่สำคัญที่ทุกภาคส่วนจะต้องให้ความสำคัญในการจัดการเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้นที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา

โรคไตเรื้อรังเกิดจากความผิดปกติของหน่วยไต (glomerulus), ท่อไต (tubulointerstitial), และหลอดเลือด (vascular)² แบ่งเป็น 5 ระยะตามระดับการทำงานของไตโดยประเมินจากค่าอัตราการกรองของไต (estimate glomerular filtration rate; eGFR) เกิดได้จากหลายสาเหตุทั้งจากโรคของไตหรือระบบทางเดินปัสสาวะหรือ

สาเหตุจากโรคอื่นๆ ที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของไต เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคเก๊าท์ โรคแพ้ภูมิตนเอง โรคหัวใจไตซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง⁷ นอกจากนี้ยังพบว่ามีสาเหตุจากพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การใส่ยาหรือสารที่ส่งผลต่อไต การดื่มน้ำน้อย การสูบบุหรี่ ภาวะน้ำหนักเกินเป็นต้น⁸ การเสื่อมของไตจะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป แต่ถ้ามีปัจจัยส่งเสริมก็จะทำให้ไตเสื่อมหน้าที่ได้เร็วกว่าปกติ⁹ โรคไตเรื้อรังในระยะแรกส่วนใหญ่มักไม่ปรากฏอาการเนื่องจากร่างกายยังมีการปรับตัวเพื่อให้ไตยังสามารถทำหน้าที่ได้โดยหน่วยไตที่เหลืออยู่จะทำหน้าที่เพื่อชดเชยไตที่เสียหาย เมื่อหน่วยไตถูกทำลายมากขึ้นจนไตสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายหรือโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและส่งผลให้แสดงอาการที่ชัดเจน จะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม หน้าที่การงาน ครอบครัว และเศรษฐกิจ¹⁰ โดยผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตซึ่งเป็นการรักษาระยะยาวตลอดชีวิต การบำบัดทดแทนไตมีหลายวิธีแตกต่างกันออกไปและแต่ละวิธีก็มีข้อดีข้อเสีย ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน

ไปเช่นกัน¹¹ ในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จะได้รับผลกระทบด้านภาวะจากโรค มีข้อจำกัดในการทำบทบาทหน้าที่ มีปัญหาด้านอารมณ์ และทำให้พลังชีวิตลดลง จะเห็นได้ว่าโรคไตเรื้อรัง เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด เป็นโรคแห่งความทุกข์ทรมาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย¹⁰ ดังนั้นการป้องกันการเสื่อมของไตและการชะลอการเสื่อมของไตจนเกิดโรคไตเรื้อรังจึงถือว่าเป็นวิธีการจัดการดูแลที่ตรงจุดและเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด⁹

โรงพยาบาลโพสวรรณ พบว่าโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญรองจากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีผู้ป่วยที่มาใช้บริการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งสิ้น ในปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 602, 562 และ 496 รายตามลำดับ และเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 จำนวน 271, 226 และ 221 รายตามลำดับ นอกจากนั้นเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบบำบัดทดแทนไต จำนวน 331, 336 และ 275 รายตามลำดับ โดยพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 เข้ารับการรักษาระดับประคับประคอง จำนวน 308, 309 และ 252 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 93.05, 91.96 และ 91.63 ตามลำดับ การรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 18, 21 และ 19 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 5.44, 6.25 และ 6.9 ตามลำดับ, การรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด จำนวน 5, 6 และ 4 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 1.51, 1.79 และ 1.54 ตามลำดับ ส่วนการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยการผ่าตัดปลูกถ่ายไต จำนวน 0, 0 และ 0 รายตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครพนม, 2565) จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์โรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นจนต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตและผลกระทบของโรคไตเรื้อรังตามมา

โรงพยาบาลโพสวรรณได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการเพื่อแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรัง จัดตั้งคลินิกและรูปแบบแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามบริบทของพื้นที่ เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง จะรับเข้าคลินิกโรคเรื้อรัง เมื่อผู้ป่วยมารับบริการจะได้รับ การตรวจระดับความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ตรวจระดับน้ำตาล ผู้ป่วยจะได้รับการให้สุขศึกษาโดยเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในคลินิกโรคเรื้อรัง รอรับการตรวจโดยแพทย์ประจำคลินิก และการนัดเพื่อมารับการตรวจในครั้งต่อไป ถึงแม้โรงพยาบาลจะมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการดำเนินการของโรคเข้าสู่ระยะที่ 4-5 จนต้องได้รับการส่งตัวเพื่อเข้าปรัรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตที่โรงพยาบาล นครพนม การตรวจประเมินการทำงานของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว การมีระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคไตที่ได้มาตรฐาน มีระบบการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีประสิทธิภาพ การมีทีมสุขภาพที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง รวมทั้งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การชะลอการเสื่อมของไตและการมีพฤติกรรมชะลอการเสื่อมของไตที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยชะลอและป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรค การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเองเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากมีอิทธิพลต่อการรับรู้ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยก่อให้เกิด

แรงจูงใจ กระตุ้นให้บุคคลเกิดความรับผิดชอบ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ซึ่ง Becker ได้กล่าวถึงแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมาจากพื้นฐานการรับรู้ ต่อสถานการณ์ที่ตนประสบ โดยพฤติกรรมจะถูก กำหนดจากค่านิยมที่บุคคลมีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและจากการคาดหวังว่าพฤติกรรมที่ตนกระทำจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มุ่งหวังได้โดยการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมกับการรับรู้ ความรุนแรงของโรคจะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้การ คุกคามของโรค ซึ่งจะก่อให้เกิดแรงผลักดันให้ บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรม และเมื่อบุคคลมีการ รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัตินั้น ผลลัพธ์ที่ตามมา คือบุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคเกิดขึ้น¹⁶ แสดงให้เห็นว่าความเชื่อด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น ที่สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้อง กับหลายการศึกษาที่พบว่าเกิดผลลัพธ์ที่ดีทาง สุขภาพ นอกจากนี้ยังพบว่าทฤษฎีแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย โดย ส่วนใหญ่จะถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันการ เกิดโรคต่างๆ ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทั้งกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด โรคและกลุ่มป่วยที่เป็นโรค หรือใช้สนับสนุนให้เกิด พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ผลการศึกษาพบว่า ทฤษฎีนี้สามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม สุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึง เลือกใช้ทฤษฎีนี้เพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการ วางแผนและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม นำสู่การศึกษาวิจัย ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริม พฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของ ไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a โรงพยาบาล โพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงาน บริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลโพนสวรรค์ โดยกำหนดคุณลักษณะดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วม โครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค ไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a 2) อายุ 20 ปีขึ้นไป 3) ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอาศัยในเขตตำบลโพนสวรรค์ และกำลังรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลโพนสวรรค์ 4) สามารถสื่อสารและ เข้าใจภาษาไทยได้ดี 5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 6) สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการ วิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ซึ่งมีคุณสมบัติตาม เกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างโดยการ ใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability sample) โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ แบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) และการเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (simple random sampling) จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังแต่ละระยะโดยการจัดสรรตัวอย่างตาม สัดส่วน (Proportional allocation) เพื่อให้ได้ จำนวนผู้ป่วยแต่ละระยะที่เหมาะสม สำหรับขนาด ของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณจากสูตรสำหรับการ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในการทดลอง โดยคำนวณ จากผลการวิจัยของขวัญเรือน แก่นทอง¹⁷

จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ เท่ากับ 36 คน และเพื่อป้องกันการสูญหาย (drop out) ผู้วิจัยจึงปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ เป็น จำนวน 40 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังระยะที่ 1-3a เพื่อให้ได้จำนวนผู้ป่วยแต่ละ ระยะในจำนวนที่เหมาะสมจะใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง โดยการ จัดสรรตัวอย่างตามสัดส่วน (Proportional

allocation) โดยคิดเทียบตามหลักเทียบ
บัญญัติไตรยางศ์หรืออัตราส่วน ดังนั้น ขนาดของ
กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นจำนวน 40 คน
โดยเป็นผู้ป่วยระยะที่ 1 จำนวน 15 คน, เป็นผู้ป่วย
ระยะที่ 2 จำนวน 20 คน และเป็นผู้ป่วยระยะที่ 3
จำนวน 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ประกอบด้วย

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 1
แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะ
ประชากร จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา
สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของ
ครอบครัว ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง สิทธิ
การรักษา ประวัติโรคไตของบุคคลในครอบครัว
การเคยได้รับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง การมารับ
การตรวจตามนัด และส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ
จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย
ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต
ระดับไขมันในเลือด และอัตราการกรองของไต
(eGFRs)

แบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความ
เชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน
วรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
จำนวน 24 ข้อ มีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรา
ส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ กำหนดให้
เลือกตอบได้ 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็น
ด้วย ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย
อย่างยิ่ง

แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อ
ชะลอการเสื่อมของไต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการ
ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
ครอบคลุมการปฏิบัติตนเพื่อชะลอการเสื่อมของไต
2 ด้าน คือ 1) พฤติกรรมการควบคุมภาวะโรคเพื่อ
ชะลอการเสื่อมของไต ประกอบด้วย การควบคุม
ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือด การควบคุมอาหาร
การควบคุมระดับความดันโลหิตสูง การควบคุม

ระดับ cholesterol ในเลือด การควบคุมน้ำหนัก
ให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน การควบคุมภาวะโปรตีน
รั่วในปัสสาวะ และการมาตรวจตามนัด และ 2)
พฤติกรรมต่างๆ ไปในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อ
ชะลอการเสื่อมของไต ประกอบด้วย การออกกำลังกาย
และการพักผ่อน การจัดการกับความเครียด
การควบคุมน้ำดื่ม การหลีกเลี่ยงการกลั้นปัสสาวะ
เป็นเวลานานๆ การรักษาความสะอาดของร่างกาย
การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติ
ที่ควรมาพบแพทย์ การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การ
หลีกเลี่ยงกลุ่มยาที่อาจมีผลต่อไต และการไม่
หลงเชื่อคำโฆษณา ข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ
ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประเมินค่า
(rating scale) กำหนดให้เลือกตอบได้ 4 ตัวเลือก
คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติ
บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย
โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
เพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ระยะที่ 1-3a โรงพยาบาลโพธิ์สวรรค์ จังหวัด
นครพนม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวน
วรรณกรรมทั้งจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่
เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผน
ความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock) ในการ
ออกแบบกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วยส่งเสริมการ
รับรู้ใน 6 ด้าน คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ
เกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย 2) การรับรู้ความ
รุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและ
ภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย 3)
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในการป้องกันเพื่อ
ชะลอการเสื่อมของไต 4) การรับรู้อุปสรรคของการ
ปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต 5) การรับรู้สิ่ง
ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และ 6) การรับรู้
ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอ
การเสื่อมของไต โดยมีการสนับสนุนการรับรู้
ความสามารถของตนเองจาก 4 แหล่งเรียนรู้ ได้แก่
ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเอง การ
สังเกตและเรียนรู้จากต้นแบบ การชักจูงโดยใช้

คำพูดและการกระตุ้นทางอารมณ์ องค์ความรู้ที่นำมาพัฒนาเป็นกิจกรรมในโปรแกรมมาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ โปรแกรมใช้ระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ 6 กิจกรรมซึ่งกิจกรรมมีลักษณะเป็นการดำเนินการรายบุคคลและแบบกลุ่มย่อย จำนวน 2 ครั้ง ที่คลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม และมีการโทรศัพท์ติดตามหรือเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 2 ครั้ง เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมมีประสิทธิภาพมากที่สุด สื่อที่ใช้คือ คู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม และเครื่องมือสนับสนุนการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ซึ่งได้เท่ากับ 0.93 โดยค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้เท่ากับ 0.78 และแบบสอบถามพฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไตได้เท่ากับ 0.82

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพสวรรณ จังหวัดนครพนม เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา ภายหลังได้รับอนุมัติแล้ว ผู้ศึกษาขออนุญาตเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา และการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกทั้งในเรื่องสถานที่และการประสานอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้ศึกษาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งดูจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ที่เข้ารับการตรวจรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง

3. ผู้ศึกษาแนะนำตัวกับผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยรอการตรวจหรือภายหลังที่ได้รับการตรวจแล้ว เพื่อขอความร่วมมือและขอความสมัครใจในการสัมภาษณ์และการเข้าร่วมการศึกษาทดลอง โดยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมทดลองทราบถึงเรื่องวัตถุประสงค์ของการศึกษา พร้อมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิให้ทราบถึงความสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้และผลกระทบต่างๆ ในการเข้าร่วมรวมถึงการรักษาความลับ และการนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม และเมื่อผู้เข้าร่วมการศึกษามีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาโดยการลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการจึงดำเนินการนัดในการเข้าร่วมการทดลองในอีก 2 สัปดาห์ต่อไปที่คลินิกโรคเรื้อรัง

4. การดำเนินการศึกษา ตามกิจกรรมที่กำหนดในโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a โรงพยาบาลโพสวรรณ จังหวัดนครพนม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วยข้อมูลจากแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางด้านสุขภาพ โดยคำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย หาค่ากลางและค่ากระจายตัว และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ค่าคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ค่าคะแนนพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การทดสอบความแตกต่าง เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ค่าคะแนนพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ ดำเนินการตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice) ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครพนม เลขที่โครงการวิจัย REC 019/66 วันที่ 19 พฤษภาคม 2566

ผลการศึกษา

1. การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=59.05$, S.D.=3.09) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=87.03$, S.D.=2.75) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างพบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย

โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=40)

ข้อมูล	ก่อนทดลอง (n=40)			หลังทดลอง (n=40)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย	14.73	1.72	ปานกลาง	21.93	0.97	สูง	-25.50	39	.000
2. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย	15.40	1.24	ปานกลาง	22.10	1.26	สูง	-24.74	39	.000
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย	14.18	1.38	ปานกลาง	21.48	1.13	สูง	-32.99	39	.000
4. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย	14.75	1.35	ปานกลาง	21.53	1.26	สูง	-25.87	39	.000
การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยภาพรวม	59.05	3.09	ปานกลาง	87.03	2.75	สูง	-48.79	39	.000

2. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 91.05$, S.D.=6.35) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ของ

กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 114.50$, S.D.=3.22) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a (n=40)

ข้อมูล	ก่อนทดลอง(n=40)			หลังทดลอง(n=40)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
พฤติกรรม	91.05	6.35	สูง	114.50	3.22	สูง	-28.67	39	0.000

3. ผลลัพธ์ทางคลินิก ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิต อัตราการกรองของไต (eGFRs) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x} = 21.28$,

S.D.=1.21; $\bar{x} = 23.57$, S.D.=1.60; $\bar{x} = 7.01$, S.D.=0.53; $\bar{x} = 8.97$, S.D.=1.47; $\bar{x} = 123.65/75.70$, S.D.=8.84/4.62; $\bar{x} = 144.68/92.48$, S.D.=11.65/5.65; $\bar{x} = 129.60$, S.D.=20.47; $\bar{x} = 202./25$, S.D.=39.82; $\bar{x} = 86.25$, S.D.=6.91; $\bar{x} = 73.03$, S.D.=8.89 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิต และ eGFRs ของกลุ่มตัวอย่าง (n=40)

ข้อมูล	ก่อนทดลอง (n=40)		หลังทดลอง (n=40)		t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ดัชนีมวลกาย (BMI)	23.57	1.60	21.28	1.21	12.16	39	0.000
น้ำตาลสะสมในเลือด	8.94	1.47	7.01	0.53	9.58	39	0.000
ความดันโลหิต Systolic	144.68	11.65	123.65	8.84	10.56	39	0.000
ความดันโลหิต Diastolic	92.48	5.65	75.70	4.62	13.32	39	0.000
ระดับไขมันในเลือด	202.25	39.82	129.60	20.47	10.78	39	0.000
อัตราการกรองของไต	73.03	8.89	86.25	6.91	-12.37	39	0.000

สรุปและการอภิปรายผล

1. การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a ผล

การศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ระยะที่ 1-3a มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังการศึกษาขวัญเรือน แก่นของ พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁷

2. พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a จากผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างพบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญเรือน แก่นของ พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁷

2.3 ผลลัพธ์ทางคลินิก ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิต อัตราการและอัตราการกรองของไต (eGFRs) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x} = 21.28$, S.D.=1. 21; $\bar{x} = 23.57$, S.D.=1. 60; $\bar{x} = 7.01$, S.D.=0. 53; $\bar{x} = 8.97$, S.D.=1. 47; $\bar{x} = 123.65/75.70$, S.D.=8. 84/ 4.62; $\bar{x} = 144.68/92.48$, S.D.=11. 65/ 5.65; $\bar{x} = 129.60$, S.D.=20.47; $\bar{x} = 202./25$, S.D.=39.82; $\bar{x} = 86.25$, S.D.=6.91; $\bar{x} = 73.03$, S.D.=8.89 ตามลำดับ) ดังการศึกษาของวชิราภรณ์ แสงเลิศ. (2564). พบว่าหลังการทดลองระดับความมั่นใจในการปรับนิสัยของตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม และค่าอัตราการกรองไต (eGFR) ดีกว่าก่อนการทดลอง¹⁸ และการศึกษาของอัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้น และเพ็ญศรี จาบประไพ พบว่าตัวชี้วัดทาง

คลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง, ระดับ HbA1c, ระดับครีเอตินิน และอัตราการกรองของไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ไดแอสโตลิก และค่าดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน¹⁹

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริการพยาบาล โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a โรงพยาบาลโพสสวรรค์ จังหวัดนครพนม สามารถนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง โดยออกแบบการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละบุคคล เน้นการสนับสนุนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหรือลดความเสี่ยง ความรุนแรงของโรคและผลกระทบต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น

2. ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบโดยกำหนดกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a โรงพยาบาลโพสสวรรค์ จังหวัดนครพนม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ บุคลากรทีมสุขภาพ ตลอดจนผู้ร่วมงานที่ให้ความร่วมมือ ให้ความสะดวกในการพัฒนาแนวปฏิบัติ การเก็บรวบรวมข้อมูล และที่สำคัญยิ่งขอขอบคุณที่เสียสละเวลาในการทำงานเพิ่มขึ้นระหว่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข. (2550). โรคไตจากเบาหวาน (Diabetic Nephropathy). ใน สมชาย เอี่ยมกลาง, เกรียง ตั้งสง่า, และเกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ (บรรณาธิการ). โรคไต กลไก พยาธิสรีรวิทยา การรักษา. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
2. วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข. (2550). โรคไตจากเบาหวาน (Diabetic Nephropathy). ใน สมชาย เอี่ยมกลาง, เกรียง ตั้งสง่า, และเกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ (บรรณาธิการ). โรคไต กลไก พยาธิสรีรวิทยา การรักษา. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
3. Richard, C.L. (2006). Self-care management in adult undergoing hemodialysis. Nephrology Nursing Journal, 33(4), 387-392.
4. ลักขณา ขอบเสียง (2558). การจัดการตนเองและครอบครัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา, 16(3). 2-12.
5. นุสรา วิโรจนกัญ. (2560). ผลของโปรแกรมการพัฒนาคความรู้ การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วม ของ ผู้ดูแลต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดและการชะลอความเสื่อมของไต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 31(1), 41-48.
6. คัทลียา อุดติ, & ณัฐนิช จันทจิราภิวัฒน์. (2550). ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องต่อเนื่อง. สงขลา นครินทร์เวชสาร, 25(3), 171-177.
7. NKF/DOQI, National Kidney Foundation. (2002). Clinical practice guidelines for definition and classification of stages of chronic kidney disease: Guideline 1, 2 and 3. American Journal of Kidney Disease, 39(1), S46 –S75.
8. National Kidney Foundation. (2012). K/ DOQI: Evaluation, classification, and stratification. American Journal of Kidney Disease, 32(2 Suppl. 1), s1-s266.
9. อัมพร ขอฐานานุกิตต์. (2551). บทบาทของพยาบาลกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. Journal Nursing Science, 26(2-3), 33-42.
10. Curtin, R. B., Mapes, D., Schatell, D., & Hudson, S. B. (2005). Self-management in patients with end stage renal disease : Exploring domains and dimensions. Nephrology Nursing Journal, 32(4), 389–394.
11. สุจิตรา ล้อมอำนาจลาภ, & ชวนพิศ ทำนอง. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต. ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
12. นุสรา วิโรจนกัญ. (2560). ผลของโปรแกรมการพัฒนาคความรู้ การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วม ของ ผู้ดูแลต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดและการชะลอความเสื่อมของไต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 31(1), 41-48.
13. มยุรา อินทรบุตร, & เบญจา มุกตพันธ์. (2550). การรับรู้และการปฏิบัติด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วย โรคเบาหวาน ประเภทที่ 2. ศรีนครินทร์เวชสาร, 22(3), 283-290.
14. เกจิริย์ พันธุ์เขียน. (2549). พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลสนนนาเมือง อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่. การศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

15. ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. (2550). การศึกษาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบหลักประกันสุขภาพชุมชนระหว่างกองทุนภาคีรัฐ องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน กรณีศึกษา ตำบลบุงคำ อำเภอลำดัก จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 10(1), 37-49.
16. Becker, M.H. (1974). The health belief model and sick role behavior. In The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Thorofare, New Jersey: CharlesB. Slack.
17. ขวัญเรือน แก่นทอง. (2561). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น
18. วชิราภรณ์ แสงเลิศ. (2564). ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคต่อการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลศรีบุญเรือง. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 6(4). 28-35
19. อัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้น และ เพ็ญศรี จาประไพ. (2560). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 7(3), 280-291.

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนต่อเนื่องที่บ้าน : กรณีศึกษา 2 ราย

Caring for stroke patients with ongoing complications at home:

Case Study 2 Case

(Received: August 26,2023 ; Revised: August 28,2023 ; Accepted: August 29,2023)

อุดม วงศ์แสน¹Udom Wongsan¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนต่อเนื่องที่บ้าน (2 กรณีเปรียบเทียบ) ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี สถานภาพสมรส คู่ อาชีพรับราชการครู การศึกษาปริญญา วันที่ 25 ธันวาคม 2564 ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งขึ้นมาทันที ที่ลำตัวซีกขวา ไม่มีอาการกระตุก ผู้ป่วยไม่หมดสติ ไม่มีอุจจาระหรือปัสสาวะราด ตาเหลือกมองบน ชักเกร็งนาน 5 นาที ไม่มีไข้ ไม่คลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีประวัติอุบัติเหตุ ไม่เคยชักมาก่อน หลังหยุดชักมีอาการร่างกายซีกขวาอ่อนแรง อาการไม่ดีขึ้นจึงนำส่งโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แพทย์วินิจฉัย pontine hemorrhagic stroke (ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์) นอนโรงพยาบาลระหว่างวันที่ 25 ธันวาคม 2564 – 6 มีนาคม 2565 ระยะเวลา 71 วัน กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 59 ปี สถานภาพสมรส คู่ อาชีพงานบ้าน การศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 ที่ สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2565 ปวดศีรษะ อาเจียน 6 ครั้ง ภรรยาพาไปพบแพทย์ในท้องถิ่นตอนเช้า พบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ ตามตอบได้ช้าลง ขยับแขนขาได้ช้าไม่ได้ ไม่มีปากเบี้ยว พูดชัดเจนดี จึงเรียกรถพยาบาลมารับที่บ้านผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2565 – 5 เมษายน 2565 ระยะเวลา 42 วัน แพทย์วินิจฉัย Right Thalamic Hemorrhage with Left hemiparesis (Totally dependence)

คำสำคัญ : การดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนต่อเนื่องที่บ้าน

ABSTRACT

This study was a 2-case study with the objective of studying the care of stroke patients with ongoing complications at home (2 comparative cases). Thai male patient, 58 years old, marital status, spouse, occupation, teacher service Degree education, December 25, 2021. The patient had a sudden seizure. on the right side of the body no spasms unconscious patient No faeces or urine poured Eyelids gazing up, convulsions lasting 5 minutes, no fever, no nausea and vomiting. no accident history never seized before After the convulsions stopped, there was weakness in the right side of the body. The condition did not improve, so he was sent to Kalasin Hospital. The doctor diagnosed pontine hemorrhagic stroke (data from patient medical records of Kalasin Hospital) hospitalized between 25 December 2021 - 6 March 2022 for 71 days. Case study 2: A Thai male patient, aged 59 years, marital status, spouse, houseworker, primary education grade 4 at universal health insurance card treatment rights, 2022. Headache, vomiting 6 times. Wife wakes up the patient in the bedroom in the morning. It was found that the patient had a headache. Q&A slower Unable to move left limb No crooked mouth, speaking clearly, so an ambulance was called to pick up the patient at the hospital from 23 February 2022 - 5 April 2022 for a period of 42 days. The doctor diagnosed Right Thalamic Hemorrhage with Left hemiparesis (Totally Dependence).

Keywords: care, stroke patients, Ongoing complications at home

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงสว่าง

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก มีจำนวน ผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6.5 ล้านคน สำหรับในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียอันเนื่องมาจากการตายก่อนวัยอันควรสูงเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิงและสูงเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย จากรายงานของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ในภาพรวม ปี พ.ศ. 2557 – 2559 เท่ากับ 38.63, 43.28 และ 43.54 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเพิ่มขึ้นทุกปี และยังพบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการตายมากกว่าโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือดเป็น 1.5 – 2 เท่าตัว¹⁻⁵

จากรายงานสถิติของฝ่ายแผนงานและยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้ง แรก ตีบอุดตัน เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก มีอัตราป่วยเท่ากับ 261 และ 284 ต่อแสนประชากร ค่ารักษาเฉลี่ย 4,244 และ 4,885 บาท ต่อราย ผู้ป่วยใน 269 และ 273 ต่อ แสนประชากรแสนคน ค่ารักษาเฉลี่ย 28,684 และ 32,247 บาทต่อราย ในปีงบประมาณ 2559 และ 2560 ตามลำดับ มีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตกและตีบรวมกัน จำนวน 234 และ 267 ตามลำดับ เป็นอันดับที่ 3 ของผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (2559) ซึ่งจะเห็นว่าอัตราการตายยังคงสูงขึ้นเรื่อยๆ ในปัจจุบัน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิมีวิเทศศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีก้าวหน้า สามารถบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะวิกฤต ทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตมีจำนวนมาก

ขึ้น แต่ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ซึ่งเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาการคงที่และเข้าสู่ระยะฟื้นฟูแพทย์จะส่งผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้าน พยาบาลวิชาชีพจึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ ความสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพิ่มประสิทธิผลกับองค์กรได้ กล่าวคือ ต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานในหน้าที่ของตน มีทักษะ พฤติกรรม และคุณลักษณะพิเศษส่วนบุคคลที่มีความจำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ได้เป็นอย่างดีตามขอบเขตหน้าที่ที่ได้รับผิดชอบ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการหรือมีปัญหาซับซ้อนที่กลับมาอยู่ที่บ้าน พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านจะต้องมีความรู้และทักษะเฉพาะเกี่ยวกับพยาธิสภาพ การรักษา แนวทางการฟื้นฟูสภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ ตลอดจนการให้คำแนะนำแก่ญาติ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลที่มีสมรรถนะในการทำงานย่อมทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาทางสุขภาพในระยะยาว ให้มีการพึ่งพาน้อยที่สุดและมีความสุขสูงสุดตามศักยภาพที่สามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวปฏิบัติ รวมทั้งมีบทบาทในการประสานงานระหว่างเครือข่ายและทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้ศึกษาผู้ป่วยรายกรณีจำนวน 2 รายเพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายอื่นๆ⁶⁻¹⁰

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ทบทวนตัวชี้วัด สถิติที่สำคัญและเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงสว่าง จำนวน 2 ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2. รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์และศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ประวัติการแพ้ยา อาหาร สารเคมีและประวัติโรคประจำตัว
3. ศึกษาผลการตรวจร่างกาย และแผนการรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร อินเทอร์เน็ต ปรึกษากับแพทย์ผู้รักษา ตลอดจนนำประสบการณ์จากการปฏิบัติงานมาใช้เป็นข้อมูลในการเขียนผลงาน
5. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้หาแนวทางแก้ไข ปัญหาและนำมาปฏิบัติการพยาบาล
6. ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ให้ข้อเสนอแนะกับผู้ป่วยและญาติ
7. เรียบเรียงผลงานและจัดทำผลงาน
8. เผยแพร่ผลงาน
9. ส่งผลงานวิชาการ

ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย

ใช้เป็นแนวทางในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนต่อเนื่องที่บ้าน

สรุปกรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี สถานภาพสมรส คู่ อาชีพรับราชการครู การศึกษาปริญญาตรี วันที่ 25 ธันวาคม 2564 ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งขึ้นมาทันที ที่ลำตัวซีกขวา ไม่มีอาการกระตุก ผู้ป่วยไม่หมดสติ ไม่มีอุจจาระหรือปัสสาวะราด ตาเหลือกมองบน ชักเกร็งนาน 5 นาที ไม่มีไข้ ไม่คลื่นไส้อาเจียน ไม่มีประวัติอุบัติเหตุ ไม่เคยชักมาก่อน หลังหยุดชักมีอาการร่างกายซีกขวาอ่อนแรง อาการไม่ดีขึ้นจึงนำส่งโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แพทย์วินิจฉัย pontine hemorrhagic stroke (ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์)

นอนโรงพยาบาลระหว่างวันที่ 25 ธันวาคม 2564 – 6 มีนาคม 2565 ระยะเวลา 71 วัน

วันที่ 16 มีนาคม 2565 ลงประเมินติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าผู้ป่วยติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ on tracheostomy tube with Collar mask O2 10 Liter Per Minute มีเสมหะเหนียวข้นปริมาณมาก ไม่มีอาการหอบเหนื่อย on NG tube สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 100/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 120 ครั้งต่อนาที หายใจ 28 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส รับประทานอาหารทางสายให้อาหารได้ ไม่สามารถกลืนปัสสาวะและอุจจาระได้ ไม่มีแผลกดทับมีข้อไหล่ขวาติด ผู้ดูแลหลักคือภรรยาและบุตรสาวสลับเปลี่ยนกันดูแล ผู้ป่วยตลอด Barthel Activity Daily Living Index : 0/20 ยาประจำ คือ Amlodipine(10) 1 tab TF OD, Haldol (0.5) 2 tab TF hs ,Acetylcysteine200 mg 1 pack TF bid ,Vit B complex 1 tab TF bid pc ได้ประเมินอาการและสภาพผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้านเพื่อให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติตามสภาพปัญหาที่พบจำนวน 7 ครั้งดังนี้

เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1 16 มีนาคม 2565
เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2 5 เมษายน 2565
เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 3 20 เมษายน 2565
เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 4 16 พฤษภาคม 2565
เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 5 7 กรกฎาคม 2565
เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 6 9 สิงหาคม 2565
เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 7 12 กันยายน 2565

ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม เป็นแนวทางในการรวบรวมข้อมูลและประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาลให้ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ แบบองค์รวม

โดยมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลทั้งสิ้น 9 ข้อ ดังนี้ 1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะการอุดตันทางเดินหายใจ เนื่องจากมีเสมหะเหนียวข้นปริมาณมาก 2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่ออาการปอดติดเชื้อ เนื่องจาก on tracheostomy tube 3. ผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเนื่องจากการเคี้ยวกลืนลำบากจากกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องอ่อนแรง ค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 4. . เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณผิวหนังที่ก้น ทวารหนักและอวัยวะสืบพันธุ์เพราะมีปัสสาวะและ อุจจาระไหลออกตลอดเนื่องจากไม่สามารถกลืนปัสสาวะและอุจจาระได้ 5. เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากการคั่งของปัสสาวะ 6. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากความบกพร่องในการดูแลตนเอง เนื่องจากมีอัมพาตซีกขวาของร่างกาย 7. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย 8. มีความเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดสมองแตกซ้ำ 9. การติดต่อสื่อสารด้วยการพูดบกพร่อง ปัญหาทางการพยาบาลทั้ง 9 ข้อ ได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้พยาบาลได้มีการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุขและแพทย์แผนไทย ให้การดูแลตามสภาพปัญหาและติดตามประเมินผลหลังให้การดูแล 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ on tracheostomy tube off Collar mask O2 10 Liter Per Minute หลังจากให้การพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีภาวะการอุดตันทางเดินหายใจไม่มีเสมหะเหนียวข้นและปริมาณเสมหะลดลง ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อที่ปอด ผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น จากเดิม 17.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เป็น 18.3 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งใกล้เคียงกับเกณฑ์ปกติ (ค่าดัชนีมวลกายปกติ 18.5 – 24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ไม่มีภาวะติดเชื้อบริเวณผิวหนังที่ก้นทวารหนักและอวัยวะสืบพันธุ์ ไม่มีภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ มีการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดให้ ผู้ป่วยสามารถยกแขนขาข้างซ้ายได้เอง ไม่เกิดอันตราย

จากความบกพร่องในการดูแลตนเอง ไม่มีผลกดทับ ญาติคลายความวิตกกังวล และมีกำลังใจในดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเรื่องการดูแลตนเองและป้องกันการกลับไปเป็นโรคซ้ำ ผู้ป่วยเริ่มสื่อสารได้ แต่พูดได้เป็นคำๆ ไม่ประติดประต่อ และต้องใช้เวลาคิดนาน ผู้ป่วยสามารถยกแขนขาข้างซ้ายได้เอง กำลังกล้ามเนื้ออยู่ในระดับ 3 แขนขาข้างขวายังมีอาการอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้ออยู่ในระดับ 1 ไม่มีภาวะสับสนให้ความร่วมมือในการดูแล จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลพบว่ามีความกังวลใจในการดูแลและได้รับข้อมูลด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากทีมผู้ดูแล

สรุปกรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 59 ปี สถานภาพสมรส คู่ อาชีพงานบ้าน การศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4

สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2565 ปวดศีรษะ อาเจียน 6 ครั้ง ภรรยามาปลุกผู้ป่วยในห้องนอนตอนเช้า พบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะตามตอบได้ข้างลง ขยับแขนขา ด้านซ้ายไม่ได้ ไม่มีปากเบี้ยว พูดชัดเจนดี จึงเรียกรถพยาบาลมารับที่บ้านผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2565 – 5 เมษายน 2565 ระยะเวลา 42 วัน แพทย์วินิจฉัย Right Thalamic Hemorrhage with Left hemiparesis (Totally dependence) (ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์)

วันที่ 5 เมษายน 2565 ประเมินสภาพที่บ้านพบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พอทำตามสั่งได้บ้าง แขนขาเกร็งทั้ง 2 ข้าง มีกระตุกบางครั้ง เป็นมากเวลาไอ นานประมาณ 3-5 วินาที หายใจได้เอง on tracheostomy tube มีเสมหะเหนียวเป็นบางครั้ง รับอาหารทางสายให้อาหาร มีอาการท้องผูกไม่ถ่ายอุจจาระมาแล้ว 3 วัน ไม่มีผลกดทับ ไม่มีข้อติดแข็ง สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 98/66 มิลลิเมตรปรอทชีพจร 103 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส Barthel Activity Daily Living Index :

0/100 ผู้ดูแลหลักคือภรรยา มีญาติสลับเปลี่ยนกันดูแลผู้ป่วยตลอด ยาประจำ คือ Amlodipine (10mg) 1 tab oral pc เข้า ได้ประเมินอาการและสภาพผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้านเพื่อให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติตามสภาพปัญหาที่พบจำนวน 8 ครั้งดังนี้

เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1	5 เมษายน 2565
เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2	12 เมษายน 2565
เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 3	2 พฤษภาคม 2565
เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 4	18 พฤษภาคม 2565
เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 5	21 มิถุนายน 2565
เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 6	19 กรกฎาคม 2565
เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 7	20 สิงหาคม 2565
เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 8	20 กันยายน 2565

ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มเป็นแนวทางในการรวบรวมข้อมูลและประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาลให้ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ แบบองค์รวม โดยมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลทั้งสิ้น 9 ข้อ ได้แก่ 1.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากมีเสมหะเหนียวข้นใน tracheostomy tube เป็นบางครั้ง 2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่ออาการปอดติดเชื้อ เนื่องจาก on tracheostomy tube 3. ผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเนื่องจากการเคี้ยวกลืนลำบากจากกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องอ่อนแรง ผู้ป่วยซูบผอม ค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากการคั่งของปัสสาวะ 5. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากความบกพร่องในการดูแลตนเอง เนื่องจากมีอัมพาตซีกซ้ายของร่างกาย 6. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย 7. มีความเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดสมองแตกซ้ำ 8. การติดต่อสื่อสารด้านการพูดบกพร่อง 9. ผู้ป่วยมีภาวะท้องผูก ปัญหาทางการพยาบาลทั้ง 9 ข้อ ได้รับการ

พยาบาลอย่างต่อเนื่อง หลังจากการติดตามเยี่ยมบ้านและให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาที่พบทำให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหามาตลอด หลังให้การพยาบาลพบว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะของปอดติดเชื้อ และสามารถถอด tracheostomy tube ได้ในวันที่ 1 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ ไม่มีภาวะ Cyanosis ผู้ป่วยมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นจากเดิม 48 กิโลกรัม เป็น 51 กิโลกรัม จากค่าดัชนีมวลกาย 17.6 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เป็น 18.7 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อยู่ในเกณฑ์ปกติ (เกณฑ์ปกติ 18.5 – 24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) และถอดสายให้อาหารออกวันที่ 15 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วยกลืนอาหารอ่อนได้ด้วยตนเอง ไม่มีอาการสำลัก ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายภาพบำบัดสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้เป็นปกติ ไม่เกิดอันตรายจากความบกพร่องในการดูแลตนเองผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ หายใจเองได้ ADL = 60/100 MRS =2 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง ระดับกำลังกล้ามเนื้อดีขึ้นสามารถยกแขนและขาข้างขวาเดินได้โดยมีผู้ดูแลพุง ผู้ป่วยสามารถ active exercise ข้อเท้าได้ด้วยตนเอง ไม่มีข้อติดและแผลกดทับ ญาติคลายความวิตกกังวลและมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยและได้รับข้อมูลด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากทีมผู้ดูแล ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเรื่องการดูแลตนเองและป้องกันการกลับไปเป็นโรคซ้ำ ผู้ป่วยสื่อสารได้ปกติ ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระได้ตามสุขนิสัยเดิม คือ วันเว้นวัน ทั้งนี้พยาบาลได้มีการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข และแพทย์แผนไทย ให้การดูแลตามสภาพปัญหาและติดตามประเมินผลหลังให้การดูแล 6 เดือนพบว่า ผู้ป่วยสามารถที่จะช่วยเหลือตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น กำลังกล้ามเนื้อแขนและขาข้างขวา ระดับ 5 แขนข้างซ้าย ระดับ 5 ขาข้างซ้าย ระดับ 4 สามารถเดินได้เองโดยไม่ใช้วอล์กเกอร์ ทรงตัวได้ดีสามารถเดินไปเข้าห้องน้ำ อาบน้ำ และเดินออกไป

ข้างนอกบ้านได้ หน้าตาสดใส ยิ้มแย้มตลอดเวลา
รับรู้ได้ดีขึ้น ถามตอบรู้เรื่อง สื่อสารโดยการพูดได้ดี
ผู้ป่วยหายใจได้เองสม่ำเสมอ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการ
หายใจรับประทานอาหารได้เอง ไม่มีการสำลัก
อาหาร ADL=60/100, MRS =2 BP 107/65
mmHg, PR 98/min, RR 20/min, BT 37.1°C

สรุป

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี
ภาวะแทรกซ้อนต่อเนื่องที่บ้าน : กรณีศึกษา (2
กรณีเปรียบเทียบ) เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย
เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ
และมาตรฐานการพยาบาล เพื่อตอบสนองความ
ต้องการและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ป้องกันและลด
ภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งศักยภาพ
ของผู้ป่วยและครอบครัว ดูแลครอบคลุมแบบองค์
รวมให้ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการกับปัญหาทาง
สุขภาพในระยะยาว ทำให้มีการพึ่งพาน้อยลง มี
ความสุขสูงสุดตามศักยภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี
ขึ้น¹¹⁻¹⁴ โดย

1. การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการ
พยาบาลผู้ป่วย ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วย
ได้ตามเป้าหมาย สามารถส่งต่อข้อมูล ปัญหาของ
ผู้ป่วยให้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพได้เพื่อการดูแล
ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการประเมิน
วิเคราะห์ปัญหาที่พบ สามารถนำกระบวนการ
พยาบาลสู่การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ได้รับการดูแลที่เหมาะสมครอบคลุมอย่างเป็นองค์
รวมและต่อเนื่อง

2. เตรียมความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องที่
บ้าน เช่นผู้ป่วยบางรายอาจมีอุปกรณ์ติดตัวมาด้วย
จัดเตรียมสิ่งแวดล้อมและสภาพบ้านให้เหมาะสม
เตรียมสมาชิกในครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแล
ผู้ป่วย

3. การพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือผู้ดูแล
ผู้ป่วย (care giver) เป็นอีกหนึ่งบทบาทสำคัญ
พยาบาลจำเป็นต้องให้ความรู้ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย
และการดูแล จำเป็นต้องใช้กลวิธีในการสื่อสาร

เพื่อการเข้าถึงและเข้าใจง่าย ตั้งแต่ระยะเริ่มป่วย
เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ และระยะหลังเจ็บป่วย
เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เรียนรู้การปฏิบัติการ
ดูแล เช่นการทากิจวัตรประจำวัน การให้อาหาร
ทางสายให้อาหาร การทำอาหารปั่น การดูแล
เสมหะ การทำกายภาพบำบัด เพื่อป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนจากข้อยึดติดและแข็งเกร็ง การ
สังเกตอาการผิดปกติ ทุกกิจกรรมให้สามารถปฏิบัติ
ได้จริง

4. การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการ
วางแผนการดูแลผู้ป่วย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพให้
การช่วยเหลือสนับสนุน การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ให้
กำลังใจ เสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและญาติให้
สามารถเผชิญปัญหาและดูแลตนเองได้ มีการ
กำหนดแนวทางให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล
ผู้ป่วย มีการเยี่ยมบ้านจากทีมผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ
และต่อเนื่อง ให้คำปรึกษา ตามสภาพปัญหาและ
ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายและญาติ

5. เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อดูแลผู้ป่วยและญาติเรื่อง
ปัญหาสุขภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นภาวะเสี่ยง
ทั้งด้านร่างกาย เช่น ติดเชื้อที่ปอด ทางเดินปัสสาวะ
แผลกดทับ การได้รับอาหารไม่เพียงพอ ด้านจิตใจ
ลดภาวะท้อแท้ เบื่อหน่าย เครียดและสิ่งสำคัญของ
การดูแลคือช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทักษะต่าง ๆ ที่
สูญเสียไป เพื่อให้ผู้ป่วยพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุด
เท่าที่จะเป็นไปได้ โดยเฉพาะการทากิจวัตร
ประจำวัน

ข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี
ภาวะแทรกซ้อนต่อเนื่องที่บ้าน : กรณีศึกษา (
เปรียบเทียบ 2 กรณี) ซึ่งมีเป้าหมายการดูแล
เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี
ภาวะแทรกซ้อน ได้รับการบริการที่มีประสิทธิภาพ
ตามมาตรฐานการพยาบาล เพื่อป้องกันและลด
ภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย
ส่งเสริมให้ครอบครัวมีความพร้อมในการให้การ

ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และลดการกลับเข้าไปรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ตามแนวทางปฏิบัติ Clinical Practice Guideline : CPG คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งเป็นการดูแลระยะยาว จำเป็นต้องมีการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินผลการดูแลที่บ้านของครอบครัวอย่างต่อเนื่อง และมีคู่มือ แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร หากเกิด

ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยสามารถค้นหาข้อมูลได้จากคู่มือ และ Clinical Practice Guideline เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ และควรมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ต้องให้ข้อมูลและทักษะที่เพียงพอ บุคลากรต้องใส่ใจให้ความรู้แนะนำ สอน สาธิต ฝึกปฏิบัติ และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปฏิบัติด้วยทุกกิจกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. กิ่งแก้ว ปาจริย, บรรณาธิการ. (2550). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:งานตำราและวารสารและสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล.
2. กิตติพันธุ์ อุภักเกษม. (2552). พยาธิสรีรวิทยาและการรักษาโรคหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบตัน (Pathophysiology and management in carotid artery stenosis). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
3. กัมมันต์ พันธุมจินดา, ยุทธชัย ลิขิตเจริญ. (2552). แนวทางการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้น. ใน: นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), บรรณาธิการ. การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: 1-66.
4. กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. (2550). การฟื้นฟูสมรรถภาพ. ใน: กิ่งแก้ว ปาจริย, บรรณาธิการ. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: เอ็น.พี.เพรส.: 59-73.
5. กฤษณา พิรเวช. (2552). การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. ใน: นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), บรรณาธิการ. การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: 205-25.
6. นิพนธ์ พงวรินทร์. (2544). Epidemiology of stroke. ใน: นิพนธ์ พงวรินทร์, บรรณาธิการ. โรคหลอดเลือดสมอง. ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร; เรือนแก้วการพิมพ์: 1-37.
7. ปานศิริไชยรังสฤษดิ์. (2551). Acute Ischemic Stroke. ใน: จันทราภา ศรีสวัสดิ์, อัมพาสุทธิจำรู
8. ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, วิชัยประยูรวิวัฒน์, บรรณาธิการ. อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ: อักษรการพิมพ์: 22-34.
9. ปิยภัทร พัชราวิวัฒน์พงษ์. (2548). โรคหลอดเลือดสมอง. ใน: กิ่งแก้วปาจริย, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ; เอ็น.พี.เพรส: 91-110.
10. ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. ขอนแก่น:คลังน่านวิทยา: 214-24.
11. นริสา วงศ์พนารักษ์. (2013). ทฤษฎีการพยาบาลของคิง: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในการพยาบาล.วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 31; 4: 16-25.
12. ชาญพงษ์ ตั้งคณะกุล. (2554). Statin in stroke ใน: ดิษยา รัตนกร Current practical guide to stroke management. กรุงเทพฯ; สวีชาญการพิมพ์: 89-101.

13. นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), บรรณาธิการ. 2550. การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน (management of acute ischemic stroke). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
14. นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา). (2552). การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ; ภาควิชาอายุรศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช Development of nursing model for spinal injury patients, King narai hospital

(Received: August 24,2023 ; Revised: August 27,2023 ; Accepted: August 28,2023)

มารยาท รัตน์ประทีป¹,วันดี ยิ้มย่อง¹

Marayat Ratanapateep¹,Wandee Yimyong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง จำนวนกลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่ แบบวัดความรู้ตามรูปแบบการพยาบาล แบบวัดความสามารถของพยาบาล แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ แบบวัดความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วย และแบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ การวิเคราะห์เนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าทีแบบคู่

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบตามความต้องการการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การรับผู้ป่วย การพยาบาลระยะวิกฤต การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด และการฟื้นฟูสภาพ ผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบการพยาบาล ประกอบด้วย 1) ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) 2) ความสามารถของพยาบาลอยู่ในระดับดีมาก 3) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด (mean=4.28, S.D.=0.36) 4) ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p<0.05$) 5) ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง 6) ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจากการใช้รูปแบบการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด (mean=4.30 S.D.=0.28) 7) ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น 8) ผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ การเกิดแผลกดทับระดับ 1 จำนวน 1 คน ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน

คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาล, ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง, ความสามารถในการดูแลตนเอง

Abstract

This study of research and development design was aimed to develop model and to study effect of nursing model among spinal injury patients at King Narai Hospital. Sample size were 20 patients and care givers in each group;. Data were collected by questionnaires of nursing model among spinal injury patients, knowledge of nursing model for nurses, nursing performance, nurses' satisfaction, clinical outcomes record. Data were analyzed by using content analysis, descriptive statistics, and Paired T-Test.

The results showed that nursing model among spinal injury patients that was developed was followed by self care concept included admission, critical care, pre-post operation care, and rehabilitation care. After nursing model was used that consisted 1) registered nurses' knowledge of nursing model were improved statistically significant at $p<0.05$, 2) nurses' performance were good, 3) nurses' satisfaction were highest level (Mean = 4.28, SD. 0.36), 4) knowledge of care givers were improved statistically significant at $p<0.05$, 5) care givers' performance were improved to take care the patients, 6) care givers' satisfaction were highest level (Mean = 4.30, SD. 0.28), 7) the patients' performance were improved, and succeeded to manage their disturbing signs, 8) key clinical outcomes were 1 patients with the first degree of pressure sore, no readmission within 28 days.

Keywords: nursing model, spinal injury patients, self care performance

¹ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทนำ

การบาดเจ็บไขสันหลังเป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เป็นปัญหาที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก ภาวะนี้ถือว่าเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต ครอบคลุมและส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง¹ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการได้รับอุบัติเหตุจราจร (ร้อยละ 41) อุบัติเหตุจากการพลัดตกจากที่สูง (ร้อยละ 22) ถูกทำร้ายร่างกาย เช่น ถูกยิง (ร้อยละ 22) และอุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา (ร้อยละ 7)² การบาดเจ็บนี้พบได้บ่อยในบุคคลวัยทำงานส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งเป็นวัยแรงงานที่ต้องหาเลี้ยงครอบครัว เมื่อเกิดการบาดเจ็บไขสันหลัง ทำให้เกิดการบวมของประสาทไขสันหลัง ร่วมกับการตายของเซลล์ประสาทจากการเปลี่ยนแปลงภาวะสมดุลและขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวและการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันหลายด้าน เกิดความบกพร่องการทำงานของระบบต่างๆ ที่เกี่ยวเนื่องจากการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะและการขับถ่าย ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบสืบพันธุ์ ระบบหลอดเลือดและการไหลเวียน เป็นต้น³ ผลจากการบาดเจ็บทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาหลายอย่าง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย คือ การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อทั้งในระบบทางเดินปัสสาวะ และภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ ความเจ็บปวด ภาวะเส้นเลือดดำอักเสบอุดตัน เป็นต้น (Sweis R, Biller J., 2017)⁴ การบาดเจ็บไขสันหลังยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม เช่น เกิดความกลัว ความวิตกกังวล การสูญเสียสภาพลักษณ์ การสูญเสียอาชีพการงาน ขาดรายได้ รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว (Tzanos IA, Mavrogenis A, Gioti K, Papagelopoulos P, 2018)⁵ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญตั้งแต่ระยะวิกฤตโดยมีเป้าหมายเพื่อค้นหาการบาดเจ็บรุนแรงที่อาจทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ได้แก่ การประเมินการหายใจ การประเมินระบบไหลเวียนโลหิต และให้การรักษาทันท่วงทีเพื่อลดการบาดเจ็บเพิ่มเติมของไขสันหลัง

ลดอัตราการตาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจนกระทั่งถึงระยะฟื้นฟู ซึ่งถือว่าเป็นระยะที่มีความสำคัญในการดูแล เพื่อส่งเสริมและช่วยให้เกิดการฟื้นฟูของระบบประสาทไขสันหลัง ได้แก่ กำลังของกล้ามเนื้อและการรับรู้ความรู้สึก รวมไปถึงป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายๆ ระบบดังกล่าว

อุบัติการณ์การเกิดการบาดเจ็บไขสันหลังประมาณ 10.4-13.6 รายต่อประชากร 1 ล้านคนต่อปี (Zileli M, Osorio-Fonseca E, Kononov N, Cardenas-Jalabe C, Kaprovoy S, Mlyavikh S, et al, 2020)⁶ ซึ่งอุบัติการณ์การบาดเจ็บไขสันหลังในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าอัตราการเกิดการบาดเจ็บไขสันหลังรายใหม่ ซึ่งไม่รวมจำนวนผู้เสียชีวิตที่เกิดเหตุ มีจำนวน 12000 ราย/ปี คิดเป็น 40 ราย/ประชากร 100,000 คน จากจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังทั้งหมด 255,702 ราย และเป็นที่คาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็นจำนวน 276,281 ในปี พ.ศ.2561 (Chen, 2019) ส่วนในประเทศไทยกำลังพัฒนาพบว่า มีอุบัติการณ์การบาดเจ็บไขสันหลังประมาณร้อยละ 12.7-29.7 (Van Den Rerg, Castellote, 2010)⁷ สำหรับสถิติในประเทศไทย พบการบาดเจ็บไขสันหลังจากอุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 57 และการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 31.4 โดยเป็นกลุ่มผู้ใหญ่ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 45.1 ปี และเป็นเพศชายสูงถึงร้อยละ 67.5 (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2561)⁸ และจากสถิติของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังในโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ.2562 จำนวน 32 ราย พ.ศ.2563 จำนวน 30 ราย พ.ศ.2564 จำนวน 36 ราย ตามลำดับ (หน่วยข้อมูลเวชระเบียน แผนกเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช, 2564)⁹

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 536 เตียง รับผู้ป่วยทั้งภายในจังหวัดที่รับผิดชอบ และที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลเครือข่าย ทีมผู้ดูแลประกอบด้วย ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ โดยเป็นแพทย์ที่ผ่านการอบรมวุฒิบัตรต่อยอดสาขาระดูกสันหลัง (spine)

จำนวน 2 ท่าน กระบวนการการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง เริ่มตั้งแต่เข้ารับการรักษาที่ห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยจะได้รับการคัดกรองและการตรวจวินิจฉัยอย่างละเอียดทั้งการตรวจร่างกายและการตรวจวินิจฉัยโดยการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า หากพบว่ามีความบาดเจ็บไขสันหลังจะได้รับการดูแลรักษาในห้องผู้ป่วยหนักเนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร และต้องได้ยาเข้าทางหลอดเลือดดำเพื่อลดการบวมของไขสันหลัง ผู้ป่วยจะได้รับพิจารณาการรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อจัดกระดูกสันหลังให้เข้าที่ ภายหลังการผ่าตัดเมื่ออาการคงที่ จะย้ายผู้ป่วยมาหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและหยา เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายและวางแผนจำหน่าย ผู้วิจัยได้ทบทวนรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โดยการสุ่มทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2562-2563 จำนวน 42 ราย พบว่าส่วนใหญ่สาเหตุการบาดเจ็บเกิดจากอุบัติเหตุจราจร (ร้อยละ 68) รองลงมาเกิดจากอุบัติเหตุจากการพลัดตกจากที่สูง (ร้อยละ 32) ระดับของ spinal cord ที่เกิดการบาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บแบบไม่สมบูรณ์ (Incomplete cord) ที่ระดับ T1-L5 (ร้อยละ 28.41) ที่ระดับ T1-T5 (ร้อยละ 28.74) แบบสมบูรณ์ (complete cord) ที่ระดับ C1-C7 (ร้อยละ 42.85)

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชมีนโยบายการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังตั้งแต่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ห้องผู้ป่วยหนัก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการตายลดการบาดเจ็บของไขสันหลัง และช่วยให้เกิดการฟื้นฟูของระบบประสาทไขสันหลังรวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงาน พบว่า มีปัญหาในกระบวนการดูแล รวมทั้งยังไม่มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาจัดทำรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสม และการดูแลในปัจจุบันไม่ครอบคลุมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ตั้งแต่รับผู้ป่วยจนถึงการจำหน่ายจึงเป็น

สิ่งจำเป็นที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็ว มีคุณภาพ และได้แนวทางในการกำกับ ติดตาม นิเทศงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยในฐานะของหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ เล็งเห็นความสำคัญของปัญหานี้ จึงทำวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) มาประยุกต์ใช้เพื่อให้ได้แนวทางที่เป็นต้นแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่มีประสิทธิภาพ และพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์จากการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างเดือนตุลาคม 2564-เดือน มกราคม 2566 ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน

กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ที่เคยเข้ารับการรักษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561-กันยายน 2564 ตามคุณสมบัติ คือ ผู้ป่วยเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป วินิจฉัยว่ามีภาวะบาดเจ็บไขสันหลังแบบสมบูรณ์ (Complete cord) ที่ระดับ T1-L5 จำนวน 54 ราย

2. ทีมผู้ให้บริการ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ (Spine) 2 คน พยาบาลวิชาชีพที่จบหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาล

ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์จำนวน 4 คน พยาบาลวิชาชีพ
ประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนัก หอ
ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขาและหญิง อย่างละ 2 คน
นักกายภาพบำบัดจำนวน 1 คน จำนวนทั้งสิ้น 15 คน

3. ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ
ไขสันหลัง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 2 คน

ขั้นตอน

การศึกษาสถานการณ์ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน
คือ

1. การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย ที่เคยเข้ารับ
การรักษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561-กันยายน 2564
จำนวน 54 ราย

2. การสัมภาษณ์เชิงลึกทีมผู้ให้บริการจำนวน
15 คน เป็นการสัมภาษณ์ ครึ่งละ 40 นาที โดยใช้แบบ
สัมภาษณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง มีแนว
คำถามเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย ปัญหาใน
การดูแลผู้ป่วย แนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแล
ผู้ป่วย และการวัดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

3. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลที่มีประสบการณ์
ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง สัมภาษณ์คนละ 40
นาที โดยใช้แนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล
ผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคขณะดูแลผู้ป่วย ความ
ต้องการในการพัฒนาการบริการและความช่วยเหลือ

4. การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
ประกอบด้วย 1) แนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ของ
ชูชีพ 2) ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียน ผู้วิจัยพัฒนา
ขึ้นเอง ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล โรคร่วม ผลการรักษา
ภาวะแทรกซ้อน ส่วนที่ 2 การบันทึกทางการพยาบาล
ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย เป็นแบบเลือกตอบ 2
ตัวเลือก 1 บันทึก 2 ไม่บันทึก จำนวน 20 ข้อ ผู้วิจัย
ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบค่าดัชนีความ
ตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ
0.95

2. แบบสัมภาษณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสัน
หลัง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองร่วมกับการทบทวน

วรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง
ประกอบด้วย แนวคำถามเกี่ยวกับ (1) การดูแลผู้ป่วย
บาดเจ็บไขสันหลังในปัจจุบัน (2) ปัญหาที่พบจากการ
ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (3) กระบวนการดูแล
และรูปแบบรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ต้องการ
พัฒนา

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ดูแล ที่มี
ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง พัฒนาโดย
ผู้วิจัย ประกอบด้วยแนวคำถาม ได้แก่ 1)
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย 2) ปัญหาและอุปสรรค
ขณะดูแลผู้ป่วย 3) ความต้องการในการพัฒนาการ
บริการและความช่วยเหลือ

การรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยตนเองจาก
การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย

2. ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้
เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน โดยมี
คุณสมบัติ คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์
การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ไม่ต่ำกว่า 3
ปี ขั้นตอนการสัมภาษณ์ โดยนัดหมายกับผู้ให้
สัมภาษณ์ครึ่งละ 3-4 คน กำหนดระยะเวลาคนละ
ประมาณ 40 นาที ระหว่างสัมภาษณ์ขออนุญาต
บันทึกเทป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียน โดย
ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อย
ละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ มาทำการถอด
เทปแบบคำต่อคำ แล้วนำมาวิเคราะห์แบบการ
วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) แล้วจึงทดสอบ
ความถูกต้องโดยให้สมาชิกที่ทำการสัมภาษณ์
พิจารณาความถูกต้องหลังจากที่ได้ทำการวิเคราะห์
ข้อมูล (member checking)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย
บาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลพระนารายณ์
มหาราช

กลุ่มตัวอย่าง

ทีมพัฒนารูปแบบการพยาบาล ประกอบด้วย
1) ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์จำนวน 1 คน 2)
พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะ
ทางการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์จำนวน 3 คน 3)
นักกายภาพบำบัดจำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบประเมินความตรงของเนื้อหา (IOC)
2. แบบประเมินคุณภาพรูปแบบบริการ
พยาบาล (AGREE II)
3. แบบสอบถามความคิดเห็นความเป็นไปได้
ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

ขั้นตอนการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาปัญหา (Evidence-trigger phase) ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โดยใช้ข้อมูลจากระยะที่ 1

ขั้นตอนที่ 2 ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidence-supported phase) สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยประเมินระดับความน่าเชื่อถือตามเกณฑ์ของ JBI (The Joanna Briggs Institute, 2011)¹⁵ ระดับความเชื่อ (The Joanna Briggs Institute, 2013)¹⁶ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 12 เรื่อง นำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ไปตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ประกอบด้วยศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ จำนวน 2 คน และพยาบาลวิชาชีพผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วย จำนวน 1 คน ได้ค่า IOC = 0.90 และ AGREE II = 0.85

ระยะที่ 3 ระยะทดลองใช้รูปแบบการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบการพยาบาลสู่การปฏิบัติ โดยศึกษานำร่องกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก

ครั้งที่ 1 ให้พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างใช้กับผู้ป่วยจำนวน 2 คน สอบถามความคิดเห็นความเป็นไปได้ของรูปแบบการพยาบาล และปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลตามข้อเสนอแนะ ด้วยวิธีดำเนินการวิจัยของการวิจัยและพัฒนา (version 2)

ครั้งที่ 2 ให้พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างใช้กับผู้ป่วยจำนวน 4 คน สอบถามความคิดเห็นความเป็นไปได้ของรูปแบบการพยาบาล และปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลตามข้อเสนอแนะ ด้วยวิธีดำเนินการวิจัยของการวิจัยและพัฒนา (version 3)

นำรูปแบบการพยาบาลฉบับสมบูรณ์ ไปตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC = 0.95 และตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการพยาบาล โดยใช้ AGREE II = 0.90

ระยะที่ 4 ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

ขั้นตอนที่ 4 (Evidence - based phase) ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายตามแนวคิดพัฒนารูปแบบตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของชูชีพ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้องผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชายและหญิง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป 2) มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังตั้งแต่ 2 ปี ขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 32 คน

2. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคบาดเจ็บไขสันหลัง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติ 1) เพศชายและหญิง 2) อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 3) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะบาดเจ็บไขสันหลังแบบสมบูรณ์ (complete cord) ที่ระดับ T1-L5 4) มีผู้ดูแลหลัก

กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณตารางขนาดตัวอย่างจากค่าอิทธิพลของค่าเฉลี่ย 1 กลุ่มความเชื่อมั่นที่ $\alpha=0.10$ ขนาดอิทธิพล $power=0.80$ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 20 คน (Cohen, 1992)

3. ผู้ดูแลผู้ป่วย มีคุณสมบัติ 1) เพศชายและหญิง 2) อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป 3) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและไม่มีความสัมพันธ์ 4) ไม่เคยมี

ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวนทั้งสิ้น 20 คน

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย

1. แบบวัดความรู้ของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ และแบ่งคะแนนเฉลี่ย เป็น 3 ระดับ (Bloom, 1971) คือ คะแนน 15-20 (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) = มีความรู้ดี คะแนน 8-14 (ร้อยละ 60-79.99) = มีความรู้ปานกลาง คะแนน 1-7 (ต่ำกว่าร้อยละ 60) = มีความรู้ต่ำ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.85 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นด้วย ค่า Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.80

2. แบบประเมินความสามารถของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองบนพื้นฐานแนวคิดโอเร็ม จำนวน 49 ข้อ เป็นแบบ Rating Scale 5 สเกล คือ 5 หมายถึง ปฏิบัติมากที่สุด, 4 หมายถึง ปฏิบัติมาก, 3 หมายถึง ปฏิบัติปานกลาง, 2 หมายถึง ปฏิบัติน้อย, และ 1 หมายถึง ปฏิบัติน้อยที่สุด และแบ่งคะแนนเฉลี่ย เป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 1-17 มีความสามารถปานกลาง 17.1-33 มีความสามารถดี 33.1-49 มีความสามารถดีมาก ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.83 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 สเกล คือ 5 หมายถึงมากที่สุด 4 หมายถึงมาก 3 หมายถึงปานกลาง 2 หมายถึงน้อย และ 1 หมายถึงน้อยที่สุด และแบ่งคะแนนเฉลี่ย 4.51 -5.00 หมายถึง ความพึงพอใจมากที่สุด 3.51 -4.50 หมายถึง ความพึงพอใจมาก 2.51 -3.50 หมายถึง ความพึงพอใจปานกลาง 1.51 -

2.50 หมายถึง ความพึงพอใจน้อย และ 1.00 -1.50 หมายถึง ความพึงพอใจน้อยที่สุด ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.90 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86

4. แบบวัดความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง เป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ ใช่ กับ ไม่ใช่ จำนวน 20 ข้อ และแบ่งคะแนนเฉลี่ย เป็น 3 ระดับ (Bloom, 1971) คือ คะแนน 15-20 (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) = มีความรู้ดี คะแนน 8-14 (ร้อยละ 60 - 79.99) = มีความรู้ปานกลาง คะแนน 1-7 (ต่ำกว่าร้อยละ 60) = มีความรู้ต่ำ ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.89 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาคเท่ากับ 0.90

5. แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ถูกต้อง กับไม่ถูกต้อง เกณฑ์ผ่านการประเมิน (Bloom, 1971) คือ ได้คะแนนร้อยละ 60 ขึ้นไป (> 9 คะแนน) = ผ่านการประเมิน ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (< 9 คะแนน) = ไม่ผ่านการประเมิน ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.85 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นด้วย ค่า Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.90

6. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 สเกล คือ 5 หมายถึงมากที่สุด 4 หมายถึงมาก 3 หมายถึงปานกลาง 2 หมายถึงน้อย และ 1 หมายถึงน้อยที่สุด และแบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็นระดับต่างๆ (บุญชม ศรีสะอาด, 2553) คือ คะแนนเฉลี่ย 4.51 -5.00 ความพึงพอใจมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51 -4.50 ความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51 -3.50 ความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51 -2.50 ความพึงพอใจน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 -1.50 ความพึงพอใจน้อยที่สุด ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า

IOC เท่ากับ 0.90 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของ ครอนบาคเท่ากับ 0.95

7. แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย Th-SCIM III (Wannapakhe J, Saensook W, Keawjoho C, Amatachaya S, 2016)¹⁷ จำนวน 17 ข้อ คะแนน 0-100 โดยคะแนนสูงหมายความว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองสูง ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.85 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของ ครอนบาคเท่ากับ 0.89

8. แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกจากการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วย GCS แกรับ ผลการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การบาดเจ็บร่วมที่พบ การผ่าตัดกระดูกสันหลัง การวินิจฉัยโรค การรักษา ส่วนที่ 3 ข้อมูลผลลัพธ์การใช้รูปแบบ ประกอบด้วย ความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การเกิดผลกดทับ การกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันจากความพร้อมในการดูแลตนเอง ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.95

การประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมทักษะการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ขั้นตอนการดำเนินการ การใช้รูปแบบ จำนวน 2 วัน

2. ประเมินความสามารถในการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

3. หลังสิ้นสุดการวิจัย ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการพยาบาล ประเมินความรู้ ความสามารถ ความพึงพอใจของ

ผู้ดูแลผู้ป่วย และประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test (เมื่อการกระจายข้อมูลปกติ) ใช้ Wilcoxon signed rang test (เมื่อการกระจายข้อมูลไม่ปกติ)

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

1.1 ผู้วิจัยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง จำนวน 29 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 17 คน (ร้อยละ 58.62) มีอายุเฉลี่ย 36.4 ปี ส่วนใหญ่อุบัติเหตุที่เกิดจาก รถจักรยานยนต์จำนวน 15 คน (ร้อยละ 51.72) รองลงมาเกิดจากตกจากที่สูงจำนวน 14 คน (ร้อยละ 48.27) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย คือ ภาวะที่ไขสันหลังหยุดทำงานชั่วคราวภายหลังได้รับบาดเจ็บ (Spinal shock) จำนวน 8 คน (14.81) รองลงมาภาวะช็อกที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาท (Neurogenic shock) จำนวน 4 คน (7.41) ด้านการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน ส่วนใหญ่ร้อยละ 38.4 ขาดการระบุอาการเปลี่ยนแปลง การประเมินซ้ำ และการประเมินภาวะแทรกซ้อน

1.2 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกทีมผู้ให้บริการพบว่า (1) สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยน้อย พยาบาลจบใหม่ไม่มีความเชี่ยวชาญ การดูแลไม่ต่อเนื่องขาดความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน การให้ข้อมูลแก่ญาติหรือผู้ดูแลไม่เป็นแนวทางเดียวกัน (2) ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยพบว่า ไม่มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน ตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่าย การประเมินสภาพและคัดกรองผู้ป่วยไม่

แม่นยำ ทำให้เกิดความล่าช้าในการดูแล ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนนำมาสู่การพยาบาลที่ยุ่งยาก ซับซ้อน และความไม่พึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ (3) แนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและการวัดผลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยควรกำหนดให้ชัดเจนในแต่ละหน่วยงาน คือ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้องผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขา-หึ่ง ครอบคลุมตั้งแต่การรับผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วย และการจำหน่าย (4) ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยควรกำหนดให้ชัดเจน ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ การกลั้มารักษาซ้ำ ใน 28 วัน จากความพร้อมในการดูแลตนเองและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

1.3 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง พบว่า (1) ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย ทุกคนไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมาก่อน (2) ปัญหาและอุปสรรคขณะดูแลผู้ป่วย พบว่าขาดความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย มีความกลัว ขาดความมั่นใจ (3) ความต้องการความช่วยเหลือ ส่วนใหญ่ต้องการผู้ให้คำปรึกษาในเรื่องต่างๆ อยากให้มีผู้

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (n=32)

ความรู้ของพยาบาล	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนใช้รูปแบบการพยาบาล	13.48	1.79	-10.29	0.00*
หลังใช้รูปแบบการพยาบาล	18.21	1.64		

*p<.05

3.1.2 คะแนนเฉลี่ยความสามารถของพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบการพยาบาล (mean=32.86, S.D. =2.29 และ mean=46.60, S.D.=1.63)

3.1.3 ระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด (mean=4.28, S.D.=0.36) เมื่อพิจารณาข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลเป็น แนวทางเดียวกัน (mean 4.70, S.D.=0.46) รองลงมาได้แก่

มาติดตามเยี่ยมบ่อยๆ ต้องการอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น ที่นอนลม ผ้าอ้อมอนามัย

2. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ประกอบด้วย

2.1 รูปแบบการพยาบาลการรับผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2.2 รูปแบบการพยาบาลที่ห้องผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขา-หึ่ง ประกอบด้วย (1) การพยาบาลระยะวิกฤต (2) การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (3) การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (4) การพยาบาลระยะฟื้นฟูสภาพ

3. ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

3.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ (พยาบาลวิชาชีพ)

3.1.1 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลมากกว่าก่อนใช้รูปแบบการพยาบาล (mean=13.48, S.D. =1.79 และ mean=18.21, S.D.=1.64) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p< 0.05 (ตารางที่ 1)

รูปแบบการพยาบาลสามารถนำไปใช้ได้จริง (mean=4.40, S.D.=0.49)

3.2 ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ (ผู้ดูแลผู้ป่วย)

3.2.1 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลมากกว่าก่อนใช้รูปแบบการพยาบาล (mean=9.24, S.D.=1.53 และ mean=13.60, S.D.=2.16) และมีค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p< 0.05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (n=20)

ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนใช้รูปแบบการพยาบาล	9.24	1.53	-12.73	0.00*
หลังใช้รูปแบบการพยาบาล	13.60	2.16		

*p<.05

3.2.2 คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องและผ่านการประเมิน (คะแนนร้อยละ 60 ขึ้นไป) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (n=20)

ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนใช้รูปแบบการพยาบาล	7.36	1.78	-34.73	0.00*
หลังใช้รูปแบบการพยาบาล	12.47	3.94		

*p<.05

3.2.3 ระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อรูปแบบการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด (mean=4.30, S.D.=0.28) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ผู้ที่ให้การดูแลมีการอธิบายขั้นตอน เหตุผลก่อนให้การดูแลรักษา (mean 4.76, S.D.=0.43) รองลงมาได้แก่ ได้รับคำแนะนำ /สอน/สาธิต ในการดูแลผู้ป่วยจนเข้าใจ (mean=4.69, S.D.=0.46)

3.3 ผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วย พบว่าความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ (ตารางที่ 7) การเกิดแผลกดทับระดับ 1 จำนวน 1 คน ไม่พบการกลับมารักษาค้ำใน 28 วัน

ตารางที่ 7 แสดงคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

	Mean	S.D.	t	p-value
ความสามารถในการดูแลตนเอง (Th-SCIM III)				
ก่อนใช้รูปแบบการพยาบาล	47.81	1.79	-12.47	0.00*
หลังใช้รูปแบบการพยาบาล	69.74	1.64		
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (ADL)				
ก่อนใช้รูปแบบการพยาบาล	5.43	1.77	-11.69	0.01*
หลังใช้รูปแบบการพยาบาล	9.20	1.43		

*p<.05

สรุปและอภิปรายผล

1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ที่พัฒนาขึ้น

ส่งผลต่อผลลัพธ์การดูแลที่สอดคล้องกับทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม ทั้งความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ทั้งนี้

อธิบายได้ว่า รูปแบบยึดหลักความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยในทุกระยะ มีการกำหนดกิจกรรมพยาบาลชัดเจนเป็นหัวข้อ สรุปสาระสำคัญของรูปแบบเป็นขั้นตอน เพื่อความเข้าใจและง่ายในการปฏิบัติตามในแต่ละหน่วยงาน คือ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้องผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ข่าย-หญิง ทำให้กระบวนการดูแลรักษามีความครอบคลุม ชัดเจน ต่อเนื่อง มีการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{18,19}

2. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น คือ

2.1 คะแนนเฉลี่ยความรู้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบ เนื่องจากรูปแบบมีคู่มือประกอบอธิบายกิจกรรมต่างๆ รายละเอียดที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร ง่ายต่อการเรียนรู้ และจดจำ ตั้งแต่ความเข้าใจในกายวิภาคและสรีระของกระดูกสันหลังและการทำงานของระบบประสาท ไขสันหลัง ผลกระทบที่ส่งผลให้เกิดความพิการหรืออวัยวะที่จะสูญเสียหน้าที่เมื่อได้รับการบาดเจ็บในกระดูกสันหลังในระดับต่างๆ การเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่างๆ ของร่างกาย และความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บ

2.2 คะแนนความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเพิ่มขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบการพยาบาล เนื่องจากรูปแบบการพยาบาลมีความง่าย ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน มีแนวทางการเตรียมความพร้อมของพยาบาล ก่อนใช้รูปแบบ การสอนจากหัวหน้าแผนก ส่งผลให้ทักษะการให้การพยาบาลพยาบาลมีมากขึ้น พยาบาลวิชาชีพสามารถประเมินสภาพปัญหาตามความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ครบถ้วน ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

2.3 ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพยาบาล รูปแบบการพยาบาลเป็นแนวทางเดียวกัน สามารถนำไปใช้ได้จริง เห็นด้วยกับรูปแบบการ

พยาบาลในระดับมากที่สุด เนื่องจากการนำข้อมูลเชิงประจักษ์มาพัฒนารูปแบบการพยาบาล มีความสอดคล้องกับบริบทงานตั้งแต่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนัก ตั้งแต่รับผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วย การจำหน่ายมีความชัดเจนขึ้นทำให้พยาบาลวิชาชีพไม่เกิดความสับสน ในขั้นตอนการปฏิบัติงาน และยังปฏิบัติงานได้ครอบคลุมทุกขั้นตอน

2.4 คะแนนเฉลี่ยความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลมากกว่าก่อนใช้รูปแบบ เนื่องจากรูปแบบการพยาบาลที่ปฏิบัติงานมีแนวทางการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลตามคู่มือที่ชัดเจน ครอบคลุม ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าใจง่ายขึ้น รวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยมีความต้องการรู้ถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับ หากผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลจะสามารถดำรงบทบาทในครอบครัวได้ตามปกติ จึงให้ความสนใจในการรับข้อมูลจากพยาบาลเป็นอย่างดี

2.5 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง แสดงให้เห็นว่าเมื่อมีความรู้เพิ่มขึ้น รวมทั้งการฝึกปฏิบัติจนเกิดทักษะความชำนาญ จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Hsiao-Yu Chen, Jennifer R P Boore, Francis D Mullan²⁰ ได้กล่าวว่า ความสามารถของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความผาสุกในชีวิต ผู้ป่วยมีภาวะบกพร่องในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องพึ่งพาความสามารถในการดูแลจากผู้ดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยจะได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ หรือเหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ดูแล

2.6 ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุดโดยเฉพาะทีมที่ให้การดูแล มี การอธิบายขั้นตอน เหตุผลก่อนให้การดูแลรักษา และได้รับคำแนะนำ/สอน/สาธิต ในการดูแลผู้ป่วย จนเข้าใจเนื่องจากพยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่

ชัดเจนขึ้นและมีความเกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล การเตรียมผู้ดูแลจนสามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพยาบาลนอกจากจะเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลต่อผู้ป่วยแล้ว ทำให้พยาบาลมีความเอาใจใส่มากขึ้น และยังช่วยสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อผู้ดูแลและญาติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ขยายผลไปยังโรงพยาบาลเครือข่าย ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เนื่องจากทุกโรงพยาบาลจะส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และเมื่อมีการส่งตัวผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาล

เครือข่าย ได้มีการเผยแพร่และส่งเสริมให้ใช้รูปแบบการพยาบาลระยะฟื้นฟูสภาพเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งเป็นการเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผู้บริหารทางการพยาบาลส่งเสริมให้มีรูปแบบการพยาบาลที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือและทันสมัยร่วมกับการนำทฤษฎีทางการพยาบาลการดูแลตนเองของโอเร็มในการพยาบาลผู้ป่วยอื่น ๆ ต่อไป เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก เพื่อให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเอง

เอกสารอ้างอิง

1. Bellabarba C. Fractures of the spine. In Core Knowledge in Orthopaedics: Trauma. Elsevier, 2008: 162-209.
2. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. คู่มือการดูแลคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังสำหรับผู้บาดเจ็บไขสันหลัง อัมพาตแขนและขา (เตตราปลีเจีย). นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2561.
3. Linsenmeyer TA, Gibbs K, Solinsky R. Autonomic Dysreflexia After Spinal Cord Injury: Beyond the Basics. Curr Phys Med Rehabil Rep 2020;1-9.
4. Sweis R, Biller J. Systemic complications of spinal cord injury. Curr Neurol Neurosci Rep 2017; 17(1): 8.
5. Tzanos IA, Mavrogenis A, Gioti K, Papagelopoulos P, Panagiotopoulos E. Depressive mood in individuals with spinal cord injury (SCI) living in Greece. Spinal Cord 2018; 56(9): 883-889.
6. Zileli M, Osorio-Fonseca E, Konovalov N, Cardenas Jalabe C, Kaprovoy S, Mlyavkyh S, et al. Early management of cervical spine trauma: WFNS spine committee recommendations. Neurospine 2020; 17(4): 710-422.
7. M.E.L. van den Berg, J.M. Castellote, I. Mahillo-Fernandez, J. de Pedro-Cuesta. Incidence of Spinal Cord Injury Worldwide: A Systematic Review. Neuroepidemiology 2010; 34 (3): 184-192.
8. กิ่งแก้ว ปาจริย. การฟื้นฟูระบบประสาททนต์ยุค 2561. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.
9. หน่วยข้อมูลเวชระเบียน แผนกเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. สถิติผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกไขสันหลัง; 2564.
10. Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. Nursing: Concepts of practice. St. Louis: Mosby; 2001.

11. พิมพ์ลักษณ์ รังษิ์โนตร, ชัชวาล วงศ์สารี และอัมพร เจียงวิริชัยกูร. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการดูแลป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย 2561; 12(3): 89-100.
12. อุษณีย์ เพ็ชรอ่อน. แนวทางการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: 2563.
13. วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์; 2561
14. Soukup M. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model. North America; 2002.
15. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2011 Edition. Australia: The Joanna Briggs Institute; 2011.
16. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2013 Edition. Australia: The Joanna Briggs Institute; 2013
17. Wannapakhe J, Saensook W, Keawjoho C, Amatachaya S. Reliability and discriminative ability of the spinal cord independence measure III (Thai version). Spinal Cord 2016; 54: 213–220.
18. Ji-Hey Lim , Jorge A Piedrahita, Lauren Jackson, Troy Ghashghaei, Natasha J Olby. Development of a model of sacrocaudal spinal cord injury in cloned Yucatan minipigs for cellular transplantation research. Cell Reprogram 2010; 12(6): 689-97.
19. Rattanasuk D, Khuwatsamrit K. Causal model of psychological empowerment among people with spinal cord injury in Thailand. Orthop Nurs 2021; 40(3): 136- 143.
20. Hsiao-Yu Chen, Jennifer R P Boore, Francis D Mullan. Nursing models and self-concept in patients with spinal cord injury a comparison between UK and Taiwan. International Journal of Nursing Studies 2005; 42 (7): 837-838

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง โดย Sepsis Alert Team ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดมหาสารคาม (Developing a System of Care by Sepsis Alert Team for Patients with Severe Sepsis in Secondary Care Hospital)

(Received: August 26,2023 ; Revised: August 28,2023 ; Accepted: August 29,2023)

ศิริมา วิริยะ¹ กาญจนา จันทนุย์² พชรวรรณ คุสกุรัตน³
Sirima wiriya¹ ,Kanjana jantanui²,Pacharawan Khusakunrat³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรงโดย Sepsis Alert Team และศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรงในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ดำเนินการพัฒนาระบบบริการร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก คือ “6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (6 Building Blocks of A health System)” ดำเนินการศึกษาในเดือน ตุลาคม 2563 - เดือนกันยายน 2565 ประเมินผลการพัฒนาระบบบริการจากผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง ที่มารับบริการรักษาในหอผู้ป่วยใน และหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน รวม 1,119 ราย สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ จำนวน ร้อยละ และ Chi-square ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ผลจากการดำเนินงาน ครั้งที่ 1 และ 2 ปี 2564,2565 พบว่ามีการวินิจฉัยแรกรับเป็นผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 97.20,95.37 ของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดทั้งหมด มีการให้สารน้ำทดแทน อย่างเพียงพอ ร้อยละ 97.76,99.66 และมีการส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 96.27,98.97 และ การได้รับยาปฏิชีวนะใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย ร้อยละ 97.57,99.66 ซึ่งผลลัพธ์เพิ่มขึ้น และมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 9.39,9.26 และอัตราผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 2-3) ได้รับการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติภายใน 3 ชม คือร้อยละ 50.00,80.00 การเปรียบเทียบผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ตาม แนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น พบว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย Severe Sepsis ที่ได้รับการให้สารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ การส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะและการได้รับยาปฏิชีวนะใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัยและผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ ๒-๓) ได้รับการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติภายใน 3 ชั่วโมง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (p-value < 0.05) ผลการศึกษาแสดงถึงการนำ 6 Building Blocks of A health System มาเป็นแนวทางดำเนินงาน ทำให้เกิดการจัดการบริการที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ได้รับการรักษาที่มีคุณภาพ

คำสำคัญ: การติดเชื้อในกระแสเลือด; การพัฒนาระบบบริการ; การดูแลผู้ป่วย

Abstract

The action research aimed to develop service system management for severe sepsis patients by Sepsis alert Team and study the result of the development of service system management .The method used was an action research consisting of the following 6 Building Blocks of A health System uring October 2020 – September 2022 .Evaluation.the result after develop service system management for severe sepsis patients admit in emergency room and ward at secondary care hospital 1,119.case .Data were analyzed by descriptive statistics using frequency,percentage and chi-square test Analyze qualitative data using content analysis . The results was showed that A health System,2021,2022 early severe sepsis diagnosis 97.20%,95.37% fluid with or without vasopressors ,fluid for hypotension/ hyperlactatemia for achieve of

¹ ป.พ.ส. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

² พ.ม. (การบริหารการพยาบาล)โรงพยาบาลยางสีสุราช อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

³ วท.ด (การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

surviving sepsis campaign bundle targets 97.76%,99.66%,Blood culture before antibiotic 96.27%,98.97%. All of that results was found to have increase. The mortality rate was found to have decrease by 0.13%, 9.39,9.26 For achieve of surviving sepsis for severe sepsis patient level 2-3 in intensive care unit untired management in 3 hour that results was found to have increase 50.00%,80.00%.Develop service system management of severe sepsis in patient admitted at secondary care hospital compliant early severe sepsis diagnosis, fluid with or without vasopressors, fluid for hypotension/ hyperlactatemia for achieve of surviving sepsis campaign bundle targets, Blood culture before antibiotic, Broad spectrum antibiotics within 3 hours for emergency and 1 hour for others, surviving sepsis for severe sepsis patient level 2-3 in intensive care unit untired management in 3 hour that results was found significant(p-value < 0.05).This study shows the existence of the development of service system using 6 Building Blocks of A health System in this study might fully representative achieve of surviving sepsis campaign bundle targets for severe sepsis management and improve effectiveness of service system and accessibility and quality of service .

Keyword: Severe sepsis, service system development, case management

บทนำ

สมพันธ์ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโลก รายงานว่าทศวรรษ ที่ผ่านมาพบอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดทั่วโลกเพิ่มขึ้น 7-8% ต่อปีและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 30%-40% ในแต่ละปี พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดสูงถึง 27-30 ล้านคน และเสียชีวิต 7-9 ล้านคน¹ จากรายงานสถิติสุขภาพแห่งสหรัฐอเมริกา คาดว่า ในปี ค.ศ. 2020 ผู้ป่วย severe sepsis เสียชีวิตไม่ต่ำกว่า 225,000 ราย/ปี อัตราตายจาก severe sepsis ร้อยละ 30-50 ค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียจากภาวะ sepsis ประมาณ 1.7 หมื่นล้านเหรียญสหรัฐ ต่อปี² ผู้ป่วยสถานการณ์อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ในประเทศไทย มีแนวโน้มสูงขึ้น จากกระบวนงานผลการดำเนินงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการเสียชีวิตใน ปี 2563 คือ 31.92 % ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า ในปี 2563 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ร้อยละ 27.45³ จังหวัดมหาสารคาม พบว่า สถิติสาเหตุของการเสียชีวิต 1 ใน 5 อันดับแรก เกิดจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง (severe sepsis) ปี 2563 อัตราตาย ร้อยละ 31.92 ปัญหาการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นปัญหาสำคัญของจังหวัดมหาสารคาม มีการพัฒนาคุณภาพการดูแล

ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง กำหนดให้ประเด็นการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาลทุกแห่ง ที่ต้องเร่งรัดการบริหารจัดการเป็นระบบทั้งจังหวัด จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่ พบว่า มาด้วยอาการภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ใช้ไม่ทราบสาเหตุ ภาวะปอดบวม พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง จากการทบทวนเพื่อค้นหาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต พบว่า ผู้ป่วยบางรายได้เริ่มให้ยาปฏิชีวนะช้าเกิน 1 ชั่วโมง หรือการ ได้รับสารน้ำไม่เพียงพอ ในช่วงที่เกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อ และพบความล่าช้าในการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรงตั้งแต่แรกรับการไม่ได้รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยหนัก

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การจัดการดูแลผู้ป่วยโดยมีทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะ แพทย์และพยาบาล โดยการใช้ sepsis care protocol ตั้งแต่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้มากขึ้น ในปี พ.ศ. 2562 คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม ได้เริ่มนำแนวทางปฏิบัติ (Clinical practice Guideline: CPG) ระดับจังหวัดมาใช้ทำให้มีการวินิจฉัยที่ชัดเจน แต่ยังคงพบว่า ผู้ป่วยบางราย ได้รับการวินิจฉัยช้าและ

การรักษาล่าช้า การดูแลรักษาผู้ป่วยยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด บางรายไม่ได้รับการประเมินซ้ำ และบางหน่วยงานยังใช้ระบบการเฝ้าระวังเพื่อตรวจจับอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยไม่เหมาะสม รวมทั้งระบบการรายงานอาการที่ต้องเฝ้าระวังไม่ทันเวลาเร่งด่วน เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ภาวะวิกฤติ ซึ่งผลการทบทวนปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาในระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง พบว่า เกิดจากการบริหารจัดการระบบการเฝ้าระวังตรวจจับอาการเปลี่ยนแปลง การสนับสนุนด้านเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ให้เพียงพอและพร้อมใช้ และทักษะความชำนาญของทีมสหวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อ (Systemic Inflammatory Response Syndrome : SIRS) และระยะทางการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อจากแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า มีระยะทางไกล ใช้ระยะเวลาส่งต่อประมาณหนึ่งชั่วโมง ทีมวิจัยจึงได้พัฒนาระบบ Sepsis Emergency Response โดยการสร้างทีม sepsis alert ของโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัด และ พัฒนาศักยภาพ ทีม sepsis alert เพื่อให้ทำหน้าที่เป็นทีมนำทางคลินิกที่มีความรู้และทักษะในการใช้แนวทางการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อ Sepsis Guideline และ เกณฑ์คะแนนการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติ (Search Out Severity : SOS Score: สมาคมเวชบำบัดวิกฤติ, 2558) ที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดมหาสารคาม นำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษา เพื่อให้ทุกโรงพยาบาลพัฒนาระบบการบริการตรวจคัดกรองค้นหา วินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ถูกต้อง รวดเร็ว ทันเวลา ส่งผลให้ลดอัตราการเสียชีวิต และมีคุณภาพบริการที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง โดย Sepsis Alert Team ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบวงรอบการปฏิบัติการ (The Action Research : P-A-O-R Model) ตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart (1990:11)⁵ ร่วมกับแนวคิดองค์ประกอบของระบบสุขภาพ ขององค์การอนามัยโลก หรือ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ ((6 Building Blocks of Health System)⁶ ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ประการ ได้แก่ 1. ระบบบริการ (Service delivery) 2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) 3. ระบบข้อมูลข่าวสาร (Information) 4. ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical products, vaccines & Technologies) 5. ค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพ (Financing) 6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/Governance)

ขอบเขตการวิจัย พื้นที่การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาใน หอผู้ป่วยใน ,หอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลชุมชน ระดับทุติยภูมิ (F2) และ โรงพยาบาลชุมชน ระดับทุติยภูมิ (M2) ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุ มากกว่า 18 ปี ที่แพทย์วินิจฉัย ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 - 30 กันยายน 2564 (ระยะก่อนพัฒนาระบบ) และ ผู้ป่วยที่แพทย์ วินิจฉัย ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 - 30 กันยายน 2564 (ระยะพัฒนาระบบ) วงรอบที่ 1 และระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 - 30 กันยายน 2565 (ระยะพัฒนาระบบ) วงรอบที่ 2

3. ผู้ป่วยที่มีอายุ มากกว่า 18 ปี ที่แพทย์ วินิจฉัย ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบ

รุนแรง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่ได้รับการส่งต่อเพื่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 - 30 กันยายน 2564 (ระยะก่อนพัฒนาระบบ) ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัย ว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 - 30 กันยายน 2564 (ระยะพัฒนาระบบ) วงรอบที่ 1 และระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 - 30 กันยายน 2565 (ระยะพัฒนาระบบ) วงรอบที่ 2

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) แบบวงรอบการปฏิบัติการ (The Action Research P-A-O-R Model) แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวางแผน(Planning) (เดือนมิถุนายน 2563 - สิงหาคม 2563)

1) ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า ความรู้จากเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) แนวคิดองค์ประกอบของระบบสุขภาพ ขององค์การอนามัยโลก หรือ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (6 Building Blocks of Health System) ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ประการได้แก่ 1. ระบบบริการ (Service delivery) 2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) 3. ระบบข้อมูลข่าวสาร (Information) 4. ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical products, vaccines & Technologies) 5. ค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพ (Financing) 6.ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/Governance) 2) หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด Early Goal- directed therapy (EGDT), Search out severity score (SOS), การให้คะแนนอาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต, การประเมินอวัยวะล้มเหลวเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเร็ว ด้วย The Quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA) 3) แนวทางการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ ที่มีภาวะ severe sepsis/ septic shock ,แนวทาง

ปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษา Septic shock management guideline 4) Care Map การดูแลรักษาผู้ป่วย และ แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือด 5) ศึกษาการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยในและหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลทุติยภูมิ

2) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประเมินการเตรียมความพร้อมระบบบริการสุขภาพ ร่วมกับบุคลากรผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และติดต่อประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการวิจัยเตรียมความพร้อม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลเตรียมและสร้างเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย และรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้น นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำสู่การพัฒนา ในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาระบบ มีขั้นตอนดังนี้ การดำเนินงานครั้งที่ 1

ขั้นตอนการทำวิจัยตามกระบวนการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 นำข้อมูลที่สรุปได้จาก ระยะที่ 1 ค้นข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง และค้นหาปัญหาทางคลินิก โดยการทบทวนเอกสาร ผลงาน การทบทวนเวชระเบียน ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ ระดมสมอง ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้บริหาร ทีมนำทางคลินิก แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมคิด ร่วมวางแผน จัดทำข้อตกลง แนวทางที่จะนำไปปฏิบัติ จากการรวบรวมความคิดเห็นร่วมกัน เกณฑ์การตัดสินใจ อาศัยข้อมูลจากการปฏิบัติ โดยขั้นตอนนี้ ได้นำแนวคิดองค์ประกอบของระบบสุขภาพ ขององค์การอนามัยโลก หรือ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (6 Building Blocks of Health System)

ขั้นตอนที่ 2 ยกร่างระบบบริการที่พัฒนาขึ้น นำเสนอต่อคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เพื่อนำข้อเสนอแนะสู่การปรับปรุงแก้ไข ระบบบริการ

ขั้นตอนที่ 3 นำสู่การปฏิบัติ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ หอผู้ป่วยในติดตามสังเกตขณะนำระบบไปใช้จริง ขณะดูแลผู้ป่วย จากการดำเนินงานครั้งที่ 1 ในช่วงเดือนกันยายน 2563 ถึงเดือนมิถุนายน 2564 รวมทั้งมีการทบทวนตามแนวทางปฏิบัติของสมาคมเวชบำบัดวิกฤต, Clinical practice guidelines, และ Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) และประเมินผลการดำเนินงาน นำสู่การสรุปบทเรียนในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 เพื่อนำข้อสรุปที่ได้สู่การพัฒนาปรับปรุงในระยะต่อไป

การดำเนินงานครั้งที่ 2 เดือนตุลาคม 2564–เดือน กันยายน 2565

-ขั้นตอนที่ 1 ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม ทบทวนเวชระเบียน และ สรุปผลการรายงานการทบทวนผลการรักษาผู้ป่วย clinical tracer , การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

ขั้นตอนที่ 2 สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ตัวแทนผู้ป่วย ที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อทราบความต้องการการดูแล การเข้าถึงบริการ การสนับสนุนด้านต่างๆ รับฟังเสียงสะท้อนต่อระบบบริการ จากผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการ

ขั้นตอนที่ 3 นำข้อมูลที่ได้จากการสรุปบทเรียนการดำเนินงานครั้งที่ 1 ผ่านการประชุมระดมสมอง ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหาร และ ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล มาเป็นแนว

ทางการพัฒนาระบบบริการ ซึ่งในขั้นตอนนี้ ทำให้เกิดแนวทางการดำเนินงานเพิ่มเติมคือ

1) แนวทางพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย severe sepsis/Septic shock โดยประกาศใช้ระบบ Sepsis Emergency Response โดยการสร้างทีม sepsis alert ของโรงพยาบาลทุติยภูมิในจังหวัดและ พัฒนาศักยภาพ ทีม sepsis alert เพื่อให้ทำหน้าที่เป็นทีมนำทางคลินิก ที่มีความรู้และทักษะในการใช้แนวทางการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อ Sepsis Guideline และ เกณฑ์คะแนนการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติ(Search Out Severity : SOS Score)ที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดมหาสารคาม นำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษา เพื่อให้ทุกโรงพยาบาล และการพัฒนาระบบการบริการตรวจคัดกรองค้นหา วินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ต้อง รวดเร็วทันเวลา

2) การจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพทีมนำทางคลินิก Service Plan Rally เพื่อพัฒนาศมรรถนะของทีม Sepsis Alert ในการดูแลผู้ป่วย Sepsis และจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเครือข่ายทุกโรงพยาบาล

3) จัดตั้งทีมพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้จัดการของทีม Sepsis Alert ประจำโรงพยาบาลทุกแห่ง

4) จัดกิจกรรม ทีม Sepsis Alert สัญจรไปเยี่ยมโรงพยาบาลชุมชน ร่วมกับทีมพี่เลี้ยง เพื่อกระตุ้นการเสริมพลังให้กับทีมในเครือข่าย และนิเทศติดตามผลงาน โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดผลสำเร็จการดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ประจำปี 2564-2565

ขั้นตอนที่ 4 ยกร่างระบบบริการที่พัฒนาขึ้น นำเสนอต่อคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) และคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เพื่อนำข้อเสนอแนะสู่การปรับปรุงแก้ไข ระบบบริการ

ขั้นตอนที่ 5 นำระบบสู่การปฏิบัติ ในการดูแลรักษาผู้ป่วย Severe Sepsis, Septic Shock ติดตามสังเกตการณ์พัฒนาปรับปรุง ขณะนำระบบไปใช้จริง ขณะดูแลในการดำเนินงานครั้งที่ 2 เดือน ตุลาคม 2564 ถึงเดือนกันยายน..2565 โดยมีการนำแนวทางปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษาผู้ป่วย Severe Sepsis, Septic Shock และนำแนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID 19) ตามประกาศกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มาปรับปรุง CPG เนื่องจากอยู่ในสถานการณ์การระบาด

ระยะที่ 3 สะท้อนผลปฏิบัติงาน (Reflection)ระยะประเมินผลการปฏิบัติ จากการนิเทศติดตามการดำเนินงาน การประเมินกระบวนการและผลการดำเนินงาน ค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานประชุมสรุปปัญหาและแนวทางแก้ไขตลอดจนข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1.Sepsis Guideline จังหวัดมหาสารคาม โดยทีมคณะกรรมการจากทีมอายุรแพทย์และทีมแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ซึ่งปรับปรุงพัฒนา จาก Sepsis Guideline ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤติ และผ่านการทดลองใช้

2.SOS Score ซึ่งปรับปรุงพัฒนา จาก Sepsis Guideline ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤติ และผ่านการทดลองใช้ และ qSOFA

3.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการสังเกตการดูแลผู้ป่วยและการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ

4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยดังนี้

4.1 แบบบันทึกการสังเกต/แบบบันทึกสังเกตและวัดผลงานภาคสนาม

4.2 แบบรายการประเด็นการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)5 ประเด็น ดังนี้ 1) บริบท สถานการณ์การดำเนินงาน 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการ 3) ปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหา 4) การมีส่วนร่วมของบุคคลที่เกี่ยวข้อง 5) การกำหนดแนวทางการดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพ

4.3 แบบรายการประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เช่นเดียวกับประเด็นการสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่นำมาใช้

วิเคราะห์คุณภาพโดยการโยงสามเส้า (Triangulation)ภายใต้การเปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งข้อมูลหลายแหล่ง (Triangulation of Data Sources) เช่นแหล่งเวลาแหล่งสถานที่ แหล่งบุคคล และเปรียบเทียบการใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธี (Triangulation of Methods)เช่น ใช้การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การประชุมระดมสมองกระทั่งข้อมูลเกิดการอึดตัว

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติ ร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลยางสีสุราช เลขที่ 18/2563 และผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เป็นสำคัญ

ผลการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยขอสรุปผลการศึกษา ตามรายละเอียด ดังนี้

1. ด้านการพัฒนาระบบบริการ

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) ตามกรอบการพัฒนาระบบสุขภาพ (Health Systems Framework) ซึ่งมีองค์ประกอบที่พึงประสงค์หลัก 6 ประการ (6 Building Blocks of Health System)⁶

1.1. **Service Delivery** 1). มี ระบบ เครือข่ายประสานการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (sepsis network) 2).พัฒนาการส่งต่อ/ดูแลผู้ป่วย sepsis/sepsis shock ให้รวดเร็ว (sepsis fast track) และถูกต้องตามมาตรฐาน (sepsis resuscitation protocol) 3) ในโรงพยาบาลที่ไม่มีอายุรแพทย์ พบว่าขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย sepsis แบบ fast track และ . จำนวนเตียง ICU ไม่เพียงพอ สำหรับผู้ป่วย septic shock 4).มี CPG Sepsis ใช้ร่วมกันทั้งจังหวัด 5) ได้เกณฑ์ SOS score ที่เหมาะสม กับบริบท ของโรงพยาบาลทุติยภูมิ และได้นำมาใช้เป็นแบบฟอร์มสำหรับบันทึกอาการสำคัญของผู้ป่วย sepsis/severe sepsis/sepsis shock โดยแนบเอกสารในแฟ้มผู้ป่วยในการเฝ้าระวังดักจับอาการเปลี่ยนแปลง

1.2.**Health workforce** มีอายุรแพทย์ ในโรงพยาบาล Node 4 แห่งและบุคลากรผ่านการอบรมพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วย sepsis / septic shock

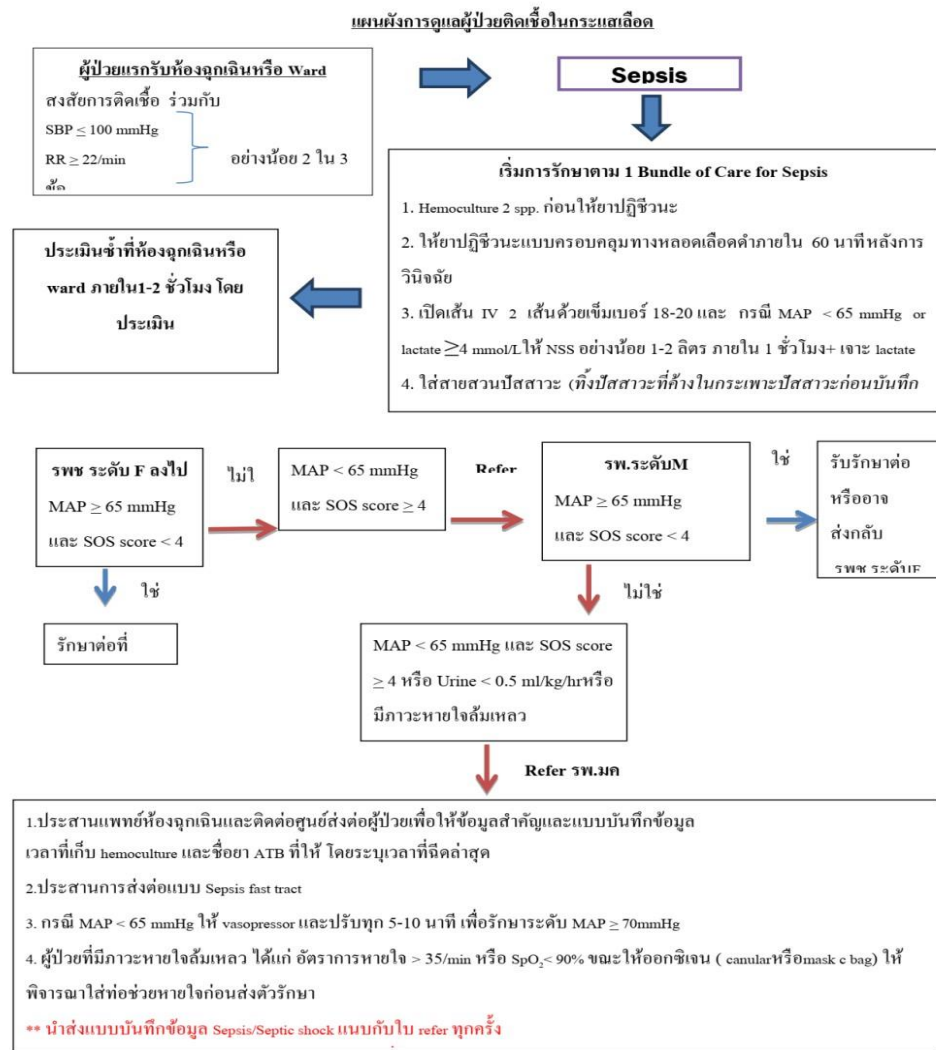
1.3. **Information** ผู้รับผิดชอบงานในหน่วยงานได้รับการฝึกทักษะด้านการบันทึกข้อมูล

ผู้ป่วย sepsis ให้ตรงตาม ICD10 และทีมสหวิชาชีพทุกโรงพยาบาล ใช้ SOS score ในการคัดกรองผู้ป่วยวิกฤต จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า การรายงานข้อมูลใช้ระบบ manual การสรุปรายงานผลงานระหว่างหน่วยงาน ไม่ตรงกัน และการขับเคลื่อนงานระดับเขตอยู่ในระหว่างการพัฒนาโปรแกรมการส่งต่อและการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดที่เชื่อมโยงโรงพยาบาลทุกระดับ

1.4. **Drug and Equipment** ทุกโรงพยาบาล จัดให้มีการตรวจ Hemoculture สามารถส่งตรวจได้ทุกแห่งและโรงพยาบาลบางแห่ง ยังไม่มียาปฏิชีวนะตาม standing Protocol โรงพยาบาลบางแห่งยังใช้ระบบยืมยา เช่น Fortum จากโรงพยาบาลแม่ข่าย และจัดหาอุปกรณ์ครบถ้วนและเพียงพอในการดูแลผู้ป่วย และยังไม่มีการตรวจ Lab Lactate

1.5.**Finance** การบริหารจัดการด้านงบประมาณเพื่อจัดซื้ออุปกรณ์และเครื่องมือจากงบค่าเสื่อม และการบริหารจัดการด้านการเบิกจ่ายเงินชดเชยผู้ป่วยใน และการเบิกจ่ายค่าบริการกรณีส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษา รพ.แม่ข่าย

1.6.**Leadership and Governance** มีกลไกการขับเคลื่อน ด้านนโยบายและการนำองค์กร จากคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในแต่ละระดับ และการประชุมติดตามตัวชี้วัดอย่างความต่อเนื่อง



ด้านผลลัพธ์ พบว่า กระบวนการรักษาตามแนวทางปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย การอัตราการเจาะ Hemoculture ก่อนให้ Antibiotic อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. และอัตราการได้รับ IV 30 ml/kg (1.5 ลิตรสำหรับผู้ใหญ่) ใน 1 ชม.แรก ซึ่งสามารถปฏิบัติได้จริงมากกว่า 95 % จากการทบทวน เวชระเบียน พบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่ เกิดจากภาวะติดเชื้อก่อให้เกิดกลุ่มภาวะการทำงานของอวัยวะล้มเหลวหลายตำแหน่ง (multiple organ dysfunction syndrome (MODS)) จนทำให้เสียชีวิต

ผลการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชน โดยการออกเยี่ยมประเมินมาตรฐานการให้บริการ โรงพยาบาล node ระดับ M2 และโรงพยาบาลระดับ F2 โดยติดตามผลการดำเนินงานของทีม

Sepsis Alert เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สะท้อนข้อมูลด้าน กระบวนการดูแลรักษาและผลลัพธ์การรักษาให้โรงพยาบาลชุมชนรับทราบ เพื่อปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย จากการทบทวนระบบบริการวิเคราะห์สิ่งที่ยังขาด (GAP) ของโรงพยาบาลชุมชนตามมาตรฐานที่กำหนด ได้แก่ Hemoculture , lab lactate และยาปฏิชีวนะ ที่เหมาะสม ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อมูลเสนอเข้าที่ประชุมกรรมการวางแผน และประเมินผล (กวป.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เพื่อขับเคลื่อนเป็นภาพรวมของจังหวัด การขับเคลื่อนในภาพจังหวัดมหาสารคาม ได้ดำเนินแก้ไขประเด็น Hemoculture ก่อน เนื่องจากหากไม่มีการเจาะ Hemoculture ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ จะทำให้ไม่สามารถ วินิจฉัยแยกเชื้อ (Identify) อาจ

เกิดการติดเชื้อ ต้อตาได้ ทำให้เกิดการติดเชื้อใน
โรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น โดย โรงพยาบาลจังหวัด
มหาสารคาม สนับสนุนชุด Hemoculture ให้กับ

ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดมหาสารคาม ที่ไม่
สามารถ ตรวจได้ ให้เจาะและส่งมาตรวจที่
โรงพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ

แนวทางปฏิบัติ	ปี 2564(ครั้งที่1)	ปี 2565(ครั้งที่2)	รวม(ร้อยละ)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
การวินิจฉัยผู้ป่วยแรกรับ (N=536, 583)			
-รพ.ระดับ M2	300(55.97%)	294(52.88%)	594(53.08%)
-รพ.ระดับ F2	221(41.23%)	262(47.12%)	483(43.16%)
รวม	521(97.20%)	556(95.37%)	1077(96.25%)
การให้สารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก/กรณีไม่มีข้อบ่งห้าม(N=490, 578)			
-รพ.ระดับ M2	268(55.95%)	291(50.52%)	559(52.34%)
-รพ.ระดับ F2	211(44.05%)	285 (49.48%)	496(46.44%)
รวม	479(97.76%)	576 (99.66%)	1055(98.78%)
คุณภาพการดูแลขณะส่งต่อผู้ป่วย (N=536, 583)			
-รพ.ระดับ M2	195 (36.38%)	170(55.37%)	365(32.62%)
-รพ.ระดับ F2	108 (20.15%)	137 (44.63%)	245(21.89%)
รวม	303 (56.53%)	307 (52.66 %)	610(54.51%)

ผลการศึกษาพบว่าในปี 2564(การ
ดำเนินงานครั้งที่ 1) พบว่ามีการวินิจฉัยแรกเริ่ม
เป็นผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ
97.20 ของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดทั้งหมด
การประเมินกระบวนการดูแลผู้ป่วย พบว่า มีการ
ให้สารน้ำทดแทน อย่างเพียงพอ ร้อยละ 97.76

และปี 2565 (การดำเนินงานครั้งที่ 2) พบว่า มีการ
วินิจฉัยแรกเริ่มเป็นผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแส
เลือด ร้อยละ 95.37 ของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแส
เลือดทั้งหมด และมีการให้สารน้ำทดแทน อย่าง
เพียงพอ ร้อยละ 99.66 สำหรับการดูแลขณะส่งต่อ

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ

แนวทางปฏิบัติ	ปี 2564(ครั้งที่1)	ปี 2565(ครั้งที่2)	รวม(ร้อยละ)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
การส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ (N=536, 583)			
รพ.ระดับ M2	298(57.75%)	293(50.78%)	591(52.82%)
รพ.ระดับ F2	218(42.25%)	284(49.22%)	502(44.86%)
รวม	516(96.27%)	577(98.97%)	1093(97.68%)
การได้รับยาปฏิชีวนะใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) (N=536, 583)			
รพ.ระดับ M2	305(58.32%)	293(50.43%)	598(53.44%)

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ

แนวทางปฏิบัติ	ปี 2564(ครั้งที่1)	ปี 2565(ครั้งที่2)	รวม(ร้อยละ)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
รพ.ระดับ F2	218(41.68%)	288(49.57%)	506(45.22%)
รวม	523(97.57%)	581(99.66%)	1104(98.66%)
ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 2-3) ภายใน 3 ชม (เข้ารักษา ICU) (N= 38,20)			
รพ.ระดับ M2	19	16	80.00
ผู้ป่วยเสียชีวิต หลังการติดตามผลการรักษา 1 ปี(N = 536, 585)			
รพ.ระดับ M2 (N= 306, 354)	36	11.76	36
รพ.ระดับ F2 (N= 230, 231)	10	1.87	18
อัตราการเสียชีวิต	46	9.39	54
		9.26	100(8.92 %)

ผลการศึกษาพบว่าในปี 2564 พบว่ามีการส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 96.27 และการได้รับยาปฏิชีวนะใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย ร้อยละ 97.57 และมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 9.39 ปี 2565 พบว่า มีการส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 98.97 และการได้รับยาปฏิชีวนะใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย ร้อยละ 99.66 และมี

อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 9.26 และอัตราที่ผู้ป่วยได้รับการอัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 2-3 คือผู้ป่วย sepsis ที่มีภาวะ respiratory failure) ได้รับการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติภายใน 3 ชม ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ปี 2564,2565 คือร้อยละ50.00 และร้อยละ 80.00

ตารางที่ 3 ความแตกต่างระหว่าง กลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตและกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อ ในกระแสเลือด(severe sepsis) กับปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด(severe sepsis) ปี 2564

แนวทางปฏิบัติ	ผู้ป่วยรอดชีวิต	ผู้ป่วยเสียชีวิต	รวม
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
การให้สารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ IV fluid 30	435 (88.78%)	44 (8.98 %)	479
การส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ (N = 536)	474 (88.73%)	42 (7.84%)	516
การได้รับยาปฏิชีวนะใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย	478 (89.18 %)	45 (8.40%)	523
ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ	14 (36.84%)	5 (13.16%)	19
จำนวนผู้ป่วย Severe sepsis	490(91.42%)	46 (8.58%)	536

Chi-square (X^2) = 7.82 df = 3 p-value = 0.05

ผลการศึกษา เปรียบเทียบผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ตาม แนวทางที่พัฒนาขึ้นในปีงบประมาณ 2564 พบว่า ความแตกต่างระหว่าง กลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตและกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด(severe sepsis) กับปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติด

เชื้อในกระแสเลือด(severe sepsis) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย severe Sepsis ที่ได้รับการให้สารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ การส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะและ การได้รับยาปฏิชีวนะใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัยและผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 2-3)ได้รับการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย

วิกฤติภายใน 3 ชม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ตารางที่ 4 ความแตกต่างระหว่าง กลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตและกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (severe sepsis) กับปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (severe sepsis) ปี 2565

แนวทางปฏิบัติ	ผู้ป่วยรอดชีวิต	ผู้ป่วยเสียชีวิต	รวม
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
การให้สารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ IV fluid 30	526 (91.00%)	50 (8.65%)	576
การส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ (N = 583)	528 (90.57%)	49 (8.40%)	577
การได้รับยาปฏิชีวนะใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย	530 (90.91%)	51 (8.75%)	581
ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ	13 (65.00%)	3 (15.00%)	16
คุณภาพบริการดูแลผู้ป่วย severe sepsis	302 (98.37 %)	5 (1.63 %)	307

Chi-square (X^2) = 4.11

df = 3

p-value = 0.25

ผลการศึกษา ในปี 2565 (การดำเนินงาน ครั้งที่ 2) พบว่า ความแตกต่างระหว่าง กลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตและกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (severe sepsis) กับปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (severe sepsis) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย severe Sepsis ที่ให้การให้สารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ การส่งเพาะเชื้อก่อนให้ ยาปฏิชีวนะ และการได้รับยาปฏิชีวนะใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย และผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 2-3) ได้รับการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติภายใน 3 ชม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.25$)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis)ตามกรอบการพัฒนาระบบสุขภาพ (Health Systems Framework) ซึ่ง มีองค์ประกอบที่พึงประสงค์หลัก 6 ประการ(6 Building Blocks of Health System)⁶ พบว่า จำนวนเตียง ICU ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (M2) ไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยวิกฤติระดับ 2-3 ส่งผลให้ ผู้ป่วย septic shock ได้รับการส่งต่อจาก

โรงพยาบาลตติยภูมิไปโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เพื่อให้ได้รับการดูแลใน ICU ภายใน 24 ชั่วโมง และการจัดระบบบริการในการดูแลผู้ป่วย sepsis แบบ fast track ยังไม่มีรูปแบบที่มีต่อเนื่อง จึงทำให้นำไปสู่การจัดตั้งเป็นคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพทีมนำทางคลินิก เพื่อทำหน้าที่เป็น ทีม Sepsis Alert เพื่อเป็น กลไกในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และผลผลิตของกิจกรรมเรื่องการปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มี ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis protocol) ให้สอดคล้องตามมาตรฐานสากล ทำให้มีการพัฒนากระบวนการวินิจฉัยผู้ป่วยได้รวดเร็ว โดยใช้เครื่องมือ qSOFA และ SOFA score กำหนดแนวทางการเฝ้าระวัง ติดตามอาการเปลี่ยนแปลงสำคัญ อาการผู้ป่วย sepsis ทุกรายตามระดับความรุนแรง เพื่อประเมิน ภาวะผู้ป่วยก่อน shock (pre-shock state) ให้เร็วขึ้น โดยใช้ SOS score ในผู้ป่วยทุกรายและสถานการณ์วิกฤต COVID-19 ในปี พ.ศ. 2564-2565 ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ในช่วงปี พ.ศ. 2564 ในจังหวัดมหาสารคาม มีสถานการณ์การระบาด COVID-19

ซึ่งโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ทุกแห่ง ในจังหวัดมหาสารคาม ได้เปิดบริการหอผู้ป่วยเฉพาะโรค (Cohort Ward)สำหรับดูแลรักษาผู้ป่วย COVID-19 และการจัดระบบบริการในการดูแลผู้ป่วย sepsis แบบ fast track ไม่สามารถดำเนินการได้ตามมาตรฐาน

จากผลการพัฒนาศักยภาพทีม Sepsis Alert ซึ่งมีข้อกำหนดให้มี Nurse case sepsis manager เป็นผู้รับผิดชอบ มีหน้าที่ในการควบคุมนิเทศกำกับให้มีการนำใช้แนวทางการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากร หน่วยงานถึงปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน รวมถึงประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องถึงผลลัพธ์ของการดูแล วิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนการดำเนินงานร่วมกับทีมอย่างต่อเนื่อง ทำให้การติดตามผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง โดย Sepsis Alert Team มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการศึกษาของ Bruce HR, Maiden J, Fedullo PF⁸

โดยสรุปการศึกษานี้ ได้นำข้อมูลที่ได้มา กำหนดแนวทางการดูแล ผู้ป่วย Sepsis Guideline ในปี 2566 และอัตราที่ผู้ป่วยได้รับการอัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 2-3) ได้รับการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติ (ICU) ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ปี 2564, 2565 คือร้อยละ 50.00 และ ร้อยละ 80.00 จึงจำเป็นต้องมีแผนพัฒนาแนวทางการจัดทำเกณฑ์การรับย้ายผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเข้าหอผู้ป่วยหนัก เพื่อให้ผู้ป่วย Severe Sepsis, Septic Shock ที่ได้รับการส่งต่อและมีข้อบ่งชี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในหอผู้ป่วยวิกฤติ ได้เข้ารับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ ภายใน 3 ชม และดำเนินการร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างเครือข่ายบริการเพื่อบูรณาการแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ป้องกันภาวะการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วย

หายใจ (Ventilator associated pneumonia : VAP) โดยการนิเทศให้ความรู้ทีมงานในรพสาขาศัลยกรรม และแนวทางการพัฒนาการใช้ weaning protocol และการกำหนดให้จัดทำแผนงานเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยป้องกันการติดเชื้อดื้อยา (MDR) โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล อันจะช่วยให้อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดลดลง

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาระบบบริการ ซึ่งในโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิระดับ M2 ซึ่งไม่มีอายุรแพทย์ ยังมีข้อจำกัดในการประเมินผลสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยหลักการ Early Goal directed therapy (EGDT) ได้อย่างแม่นยำ เนื่องจากในผู้ป่วยบางราย แพทย์ไม่สามารถเปิด Central line เพื่อวัด CVP ได้ และห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาล ระดับ F2ถึง M2 ในสังกัด ยังไม่สามารถตรวจ Serum Lactase ได้ ปัจจุบันในโรงพยาบาลชุมชน คำนวณได้เพียง ค่า Mean arterial pressure(MAP) การวิจัยครั้งต่อไป จึงควรทำการศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง ตามหลักการ Early Goal directed therapy (EGDT) จึงจะทำให้สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์จากการพัฒนาระบบบริการในหน่วยบริการที่นำ Sepsis protocol ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ช่วยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติ ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม,

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จังหวัด
มหาสารคาม และเครือข่ายทีม Service Plan อายุ
รกรรม Sepsis ทีมผู้บริหาร ,หัวหน้ากลุ่มการ
พยาบาลโรงพยาบาลชุมชน 10 แห่ง ทีมสหวิชาชีพ

พยาบาล และผู้ป่วยทุกท่าน ที่ได้ให้การสนับสนุน
และให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ จนกระทั่ง
สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- 1.Global sepsis alliance 2018.(cited 12 June 2018) retrieve from:// www.global-sepsis-alliance.org
- 2.Matun GS,mannino DM,Eaton S,Moss M.The epidemiology of sepsis in the united states from 1979 through 2000.N engl J Med 2003;348(16):1546-54
- 3.Angkasekwini N, Rattanaumpawan P,Thamlikitkul V.Epidemiology of sepsis in Siriraj Hospital 2007. J Med Assoc Thai 2009; 92 Suppl 2: s 68 – 78
- 4.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม สถิติการให้บริการ ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก(ฐานข้อมูลปิด) จังหวัดมหาสารคาม รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2560-2564
- 5.Kemmis S,McTaggart R. The Action Research Planer(3rd)ed.Victoria : Deakin University; 1988. McColl T,Gatien M,CalderL,et al.Implementtation of an Emergency department sepsis bundle and system redesign: A process improvement initiative. Can J Emerg Med 2017 ; 19:112-21.35
- 6.World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva: WHO Document Production Services, 2010.
- 7.สมาคมเวชบำบัดวิกฤต.2558 การดูแลรักษาผู้ป่วย Severe Sepsis,Septic Shock แนวทางเวชปฏิบัติ ,กรุงเทพ; สมาคมเวชบำบัดวิกฤต
- 8.Bruce HR,Maiden J,Fedullo PF,et al.Impact of Nurse-initiative ED sepsis protocol on compliance with sepsis bundles, time to initial antibiotic administration,and in hospital mortality.J Emerg Nurs 2015;41:130-7 10.1016/j.jen.2014.12.007
- 9.Critical Care Medicine Association.(๒๐๑๕) Care for patient with severe sepsis and septic shock(draft): A medicine practical approach . Bangkok: Critical Care Medicine Association.inThai
- 10.Dellinger,R.P.et al(2013) Surviving sepsis campaign: International Guidelines for management of severe sepsis and septic shock.Crit Care Med,41(2) 580-637
- Global Sepsis Alliance 2018.(cited 15 July 2018)retrieve from http://www.global-sepsis-alliance.org/.
- 11.Gatewood MOK,Wemple M,Greco S,Kritek PA,Durvasula R. A quality improvement project to improve early sepsis care in emergency department.BMJ Qual saf 2015; 24:787-95.21
- 12.The Society of Critical Care Medicine and the European Society of Intensive Care Medicine. Surviving Sepsis Campaign. Hour-1 Bundle. Initial Resuscitation for Sepsis and Septic Shock.

การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน อำเภอประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี System development of emergency psychiatric patients Prachaksinlapakhom district Udonthani Province

(Received: August 26,2023 ; Revised: August 28,2023 ; Accepted: August 29,2023)

ธำพนัท สิงห์ไพบูลย์พร¹, รักษนก ภูตระกูล¹
Thapanut Singhpaiboolporn¹, Rakchanok Phutrakul¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแล และพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำชุมชนในเขตโรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสา และภาคีเครือข่าย จำนวน 738 คน มีระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ เดือน กันยายน 2563 ถึง เดือน พฤศจิกายน 2565 รวม 26 เดือน เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ได้แก่ F – test ด้วยเทคนิค Two way ANOVA , Dependent t – test , F – test ด้วยเทคนิค Repeated Measurement และ LSD

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ความเข้าใจในการดูแล และส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลการดูแลผู้ที่มีอาการทางจิตจากการเสพยาเสพติด ที่เข้ารับการรักษาในรพ./ส่งต่อรพ. ปี 2565 (กันยายน 2565) รวมทุกตำบล พบว่าโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ยกเว้นด้านความเข้าใจทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและพฤติกรรมก้าวร้าวจากการเสพยากระตุ้นประสาทและการช่วยเหลือเบื้องต้น อยู่ในระดับมาก ไม่มีความแตกต่างระหว่างตำบลและตำแหน่ง การเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแล และส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อน (2563) หลังกระบวนการ (2564) และหลังกระบวนการ (2565) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังกระบวนการ (2565) มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด และ ผลการส่งต่อผู้ที่มีอาการทางจิตจากการเสพยาเสพติด ที่เข้ารับการรักษาในรพ./ส่งต่อรพ. ปี 2565 พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลไม่มีความผิดปกติ

คำสำคัญ : กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน การมีส่วนร่วม

ABSTRACT

This research was research and development aimed to study the situations of emergency care of psychiatric patients and to develop the system of taking care of emergency psychiatric patients. Prachaksinlapakhom Hospital Udon Thani Province. Sample size were 738 community leaders in Prajak Sinlapakhom Hospital. Udon Thani Province, consisting of community leaders, representatives of public health volunteers, volunteers and network partners. The duration of the study was from September 2020 to November 2022, totaling 26 months. Data were collected from medical records and questionnaires. Data were analyzed by content analysis. Distribution of frequency, percentage, mean and standard deviation. Inferential statistics are F – test using two way ANOVA technique, Dependent t – test, F – test using Repeated Measurement technique and LSD.

The results showed that the knowledge and understanding of emergency psychiatric care by community participation and the results of caring for people with psychiatric symptoms from substance abuse. who are admitted to the hospital/transfer to the hospital Year 2022 (September 2022), including all sub-districts, found that overall and by side at the highest level Except for the general understanding of emergency psychiatric patients and aggressive behavior from stimulant use and first aid, at a high level, there was no difference between the parish and the position. The comparison of knowledge and understanding in emergency psychiatric care with community

¹ โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี

participation before (2020), after (2021) and after (2022) procedures were significantly different at the .05 level. where after the process (2022) had the highest mean scores and the results of caring for people with psychiatric symptoms from substance abuse who are admitted to the hospital/transfer to the hospital In 2022, it was found that patients under care had no abnormalities.

Keywords: emergency psychiatric care process participation

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อย มีการคาดการณ์ว่าประชากรทั่วโลกถึง 1 ใน 4 หรือจำนวน 450 ล้านคนมีปัญหาจิตเวชในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต ปัญหาสุขภาพจิตนั้นเกิดผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิตการอยู่ร่วมในสังคมและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่า โรคซึมเศร้า โรคสุราและยาเสพติด โรคจิตเภท ติดอันดับ 1 ใน 10 ของโรคที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพสูงสุด (YLD) ส่งผลต่อความพิการเรื้อรัง การเป็นภาระทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต พบว่า การเข้าถึงบริการของโรคจิต และโรคซึมเศร้า เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 43.75 และร้อยละ 36.76 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 67.80 และร้อยละ 44.14 ในปี 2558 ตามลำดับ ถึงแม้ภาพของการเข้าถึงบริการมีแนวโน้มสูงขึ้น แต่ก็ยังอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ ยิ่งไปกว่านั้นจากการศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการโรคจิตในพื้นที่ระดับอำเภอนำร่อง พบว่า มีเพียงร้อยละ 11 ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโดยชุมชน ร้อยละ 21 ที่ได้รับยาแล้วอาการทางจิตดีขึ้น สำหรับการติดตามต่อเนื่องพบว่า มีเพียงร้อยละ 39 เท่านั้น และขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลที่บ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วมซึ่งส่งผลให้เกิดการกำเริบของโรคจิตเวชเรื้อรังได้^{1,2,3}

ผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิต คือ ผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ก้าวร้าว และมีพฤติกรรม/อารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วถือเป็นอาการแสดงทางจิตที่เสี่ยงสูงต่อการทำอันตรายตนเอง ผู้อื่น และชุมชน แวดล้อมโดยแต่ละปีมีผู้ป่วยกลุ่มนี้ประมาณ ร้อยละ 20 ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตมีโอกาสก่อความรุนแรงที่เป็นผลมาจากความผิดปกติของระบบประสาท เช่น ประสาทหลอน หูแว่ว หรือเห็นภาพต่างๆ ว่าจะถูกทำร้ายจึงตอบโต้กลับผลเสียทำให้เกิดการสูญเสียทั้ง

ต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนดังที่มีข่าวในสื่อสารมวลชนต่างๆ ผู้ป่วยกลุ่มอาการดังกล่าวนี้ ถือเป็นผู้มีความผิดปกติของภาวะทางจิตประสาทและอารมณ์ มักพบในผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและป่วยทางจิตเวช โดยเป็นอาการที่แสดงออกทางพฤติกรรมเด่นชัด มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยได้แก่ 1) ฤทธิ์ของสารเสพติดทำให้เกิดประสาท ส่งผลให้เกิดอาการหวาดระแวง ประสาทหลอน 2) โรคจิตเวชที่มีอาการกำเริบจากการขาดยา เช่น มีอาการหูแว่ว ภาพหลอน ซึมเศร้ารุนแรง 3) ความเจ็บป่วยทางกาย เช่น อุบัติเหตุทางสมอง ภาวะสับสนจากปัญหาพยาธิสภาพทางร่างกาย 4) ความเครียดสูงจากปัญหารอบด้าน กระตุ้นให้รุนแรงมากขึ้นภายใต้ฤทธิ์ของการดื่มสุรา ที่ผ่านมามีข้อจำกัดและปัญหาการออกแบบระบบบริการ หรือกระบวนการที่ไม่ตอบสนองต่อความต้องการ หรือไม่จำเพาะต่อกลุ่มที่มีปัญหาวิกฤตสุขภาพจิต การติดตามประเมินผลที่ยังมีไม่มากนัก นอกจากนั้น ยังพบการขาดความตระหนัก หรือความไม่รู้อาการและสัญญาณเตือน ความไม่รู้ในการปฏิบัติตัวหรือการไปรับการรักษา รวมถึง ยังพบทัศนคติเชิงลบของผู้ป่วย ญาติ และชุมชน จากการสอบถามผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในระบบการแพทย์ฉุกเฉินเกี่ยวกับการจัดการเพื่อไปรับส่งผู้ป่วย พบปัญหาตั้งแต่ความไม่ถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ทักษะและแนวทางปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุที่ไม่ถูกวิธี ขาดการประสานงาน รวมทั้งการเตรียมรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตของห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลไม่เหมาะสม มีความยุ่งยากในการส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช เป็นต้น (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2563)

เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช ไม่เพียงแต่การรักษาอาการทางจิตให้ทุเลา แต่การจะทำให้อาการผู้ป่วยคงที่ ลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดอาการ

กำเริบจนต้องกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ เพื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในสังคมกับครอบครัวและคนในชุมชนได้อย่างปกติสุข ยังต้องอาศัยการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนร่วมด้วยโดยให้ชุมชนจัดการตนเอง โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง โดยชุมชนจัดการตนเอง เน้นให้ชุมชน มีความพร้อมและมีแผนการดำเนินการ ตั้งแต่ช่วงไม่มีเหตุ ช่วงเกิดเหตุ และช่วงหลังเกิดเหตุ¹

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่เหมาะสมครอบคลุมตั้งแต่ช่วงไม่มีเหตุ ช่วงเกิดเหตุ และช่วงหลังเกิดเหตุ ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา บริบทพื้นที่ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแล และส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี

วิธีการวิจัย

การพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนมีระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ เดือน กันยายน 2563 ถึง เดือน พฤศจิกายน 2565 รวม 26 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ แกนนำชุมชนในเขตโรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำชุมชนในเขตโรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสา และภาคีเครือข่าย จำนวน 738 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี เป็นกิจกรรมในการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โดยมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

- 1.1 การค้นหากลุ่มเสี่ยง โดยกระบวนการชุมชน
- 1.2 การวิเคราะห์และวางแผนการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง
- 1.3 การเผชิญเหตุ
- 1.4 การประเมินและจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน
- 1.5 การส่งต่อข้อมูลและวางแผนร่วมกับสถานพยาบาล
- 1.6 การส่งต่อจากสถานบริการและวางแผนการส่งต่อผู้ป่วย
- 1.7 สรุปถอดบทเรียน (ข้อ 1 – ข้อ 6)
- 1.8 ทบทวนและจัดทำกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 2.1 เวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน
- 2.2 แบบวัดความรู้ความเข้าใจในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้⁵

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

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ⁶ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อคำถามที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง .723

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์การดูแล และส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี
2. พัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ การค้นหากลุ่มเสี่ยง โดยกระบวนการชุมชน การวิเคราะห์และวางแผนการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง การเผชิญเหตุ การประเมินและจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน การส่งต่อข้อมูลและวางแผนร่วมกับสถานพยาบาล การรับต่อจากสถานบริการและวางแผนการส่งต่อผู้ป่วย
3. สรุปลอบทพเรียน การค้นหาความเสี่ยง โดยกระบวนการชุมชน การวิเคราะห์และวางแผนการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง การเผชิญเหตุ การประเมินและจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน การส่งต่อข้อมูลและวางแผนร่วมกับสถานพยาบาล และการรับต่อจากสถานบริการและวางแผนการส่งต่อผู้ป่วย

4. ทบทวนและจัดทำกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และ ประชุมชี้แจงกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ในการสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการกำหนดกิจกรรมการค้นหา กลุ่มเสี่ยง โดยกระบวนการชุมชน การวิเคราะห์และวางแผนการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง การเผชิญเหตุ การประเมินและจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน การส่งต่อข้อมูลและวางแผนร่วมกับสถานพยาบาล การรับต่อจากสถานบริการและวางแผนการส่งต่อผู้ป่วย

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

- 2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ความเข้าใจทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน พฤติกรรมรุนแรง (Violent Behavior) การประเมินและการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน พฤติกรรมก้าวร้าวจากการเสพยากระตุ้นประสาท และการช่วยเหลือเบื้องต้น และการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

- 2.2 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

2.2.1 F – test ด้วยเทคนิค Two way ANOVA ใช้ในการเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจในการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและตำแหน่งที่ต่างกัน

2.2.2 Dependent t – test ใช้ในการเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจในการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อน (2563) และหลังกระบวนการ (2564)

ผลการวิจัย

1. ความรู้ความเข้าใจในการดูแล และส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (กันยายน 2563) รวมทุกตำบล พบว่าโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง และไม่มีความแตกต่างกัน

2. กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ การค้นหากลุ่มเสี่ยง โดยกระบวนการชุมชน การวิเคราะห์และวางแผนการเฝ้าระวัง การเผชิญเหตุ การประเมินและจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน การส่งต่อข้อมูลและวางแผนร่วมกับสถานพยาบาลและการรับต่อจากสถานบริการและวางแผนการดูแลผู้ป่วย

3. ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ และส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลการดูแลผู้ที่มีอาการทางจิตจากการเสพยาเสพติด ที่เข้ารับการรักษาในรพ./ส่งต่อรพ. ปี 2564 (กันยายน 2564) รวมทุกตำบล พบว่าโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้นพฤติกรรมก้าวร้าวจากการเสพยากระตุ้นประสาทและการช่วยเหลือเบื้องต้น อยู่ในระดับปานกลาง ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างตำบลและตำแหน่ง การเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อน (2563) และหลังกระบวนการ (2564) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการจัดรูปแบบ (ปี 2564) มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการจัดรูปแบบ (ปี 2563) และ ผลการดูแลผู้ที่มีอาการทางจิตจากการเสพยาเสพติด ที่เข้ารับการรักษาในรพ./ส่งต่อรพ. ปี 2564 พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลไม่มีความผิดปกติ

รักษาในรพ./ส่งต่อรพ. ปี 2564 พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลไม่มีความผิดปกติ

4. การทบทวนและจัดทำกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ บทบาทระดับครอบครัว ชุมชน (Pre-hospital) บทบาทของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Prevention) มีและการจัดบริการในโรงพยาบาล (In-hospital) โดยห้องอุบัติเหตุเตรียมความพร้อมรับผู้ป่วยฉุกเฉินที่กลุ่มคลัง และบทบาทระดับอำเภอ

5. ความรู้ความเข้าใจในการดูแล และส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลการดูแลผู้ที่มีอาการทางจิตจากการเสพยาเสพติด ที่เข้ารับการรักษาในรพ./ส่งต่อรพ. ปี 2565 (กันยายน 2565) รวมทุกตำบล พบว่าโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ยกเว้นด้านความเข้าใจทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและพฤติกรรมก้าวร้าวจากการเสพยากระตุ้นประสาทและการช่วยเหลือเบื้องต้น อยู่ในระดับมาก ไม่มีความแตกต่างกัน การเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแล และส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อน (2563) หลังกระบวนการ (2564) และหลังกระบวนการ (2565) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังกระบวนการ (2565) มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (ตารางที่ 1) และ ผลการส่งต่อผู้ที่มีอาการทางจิตจากการเสพยาเสพติด ที่เข้ารับการรักษาในรพ./ส่งต่อรพ. ปี 2565 พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลไม่มีความผิดปกติ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแล และส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อน (2563) หลังกระบวนการ (2564) และหลังกระบวนการ (2565) (F – test ด้วยเทคนิค Repeated Measurement)

ตัวแปร	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	p-value	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
ความเข้าใจ	.260	990.841	2	.000	.575	.575	.500

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ความรู้ความเข้าใจในการดูแล และส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลการดูแลผู้ที่มีอาการทางจิตจากการเสพยาเสพติด ที่เข้ารับการรักษานรพ./ส่งต่อรพ. ปี 2565 (กันยายน 2565) รวมทุกตำบล พบว่าโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ยกเว้นด้านความเข้าใจทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและพฤติกรรมก้าวร้าวจากการเสพยาเสพติด กระตุ้นประสาท และการช่วยเหลือเบื้องต้น อยู่ในระดับมาก ไม่มีความแตกต่างกัน การเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อน (2563) หลังกระบวนการ (2564) และหลังกระบวนการ (2565) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังกระบวนการ (2565) มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด และ ผลการดูแลผู้ที่มีอาการทางจิตจากการเสพยาเสพติด ที่เข้ารับการรักษานรพ./ส่งต่อรพ. ปี 2565 พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลไม่มีความผิดปกติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ จัดทำกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ การค้นหากลุ่มเสี่ยง โดยกระบวนการชุมชน การวิเคราะห์และวางแผนการเฝ้าระวัง การเผชิญเหตุ การประเมินและจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน การส่งต่อข้อมูลและวางแผนร่วมกับสถานพยาบาล และการรับต่อจากสถานบริการและวางแผนการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน^{1,4,7} ส่งผลให้ ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลการดูแลผู้ที่มีอาการทางจิตจากการเสพยาเสพติด ที่เข้ารับการรักษานรพ./ส่งต่อรพ. ปี 2564 (กันยายน 2564) รวมทุกตำบล พบว่าโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้นพฤติกรรมก้าวร้าวจากการเสพยาเสพติด กระตุ้นประสาทและการช่วยเหลือเบื้องต้น อยู่ในระดับปานกลาง ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างตำบลและตำแหน่ง การเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อน (2563) และหลังกระบวนการ (2564) มี

ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการจัดรูปแบบปี (2564) มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการจัดรูปแบบ (ปี 2563) และ ผลการดูแลผู้ที่มีอาการทางจิตจากการเสพยาเสพติด ที่เข้ารับการรักษานรพ./ส่งต่อรพ. ปี 2564 พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลไม่มีความผิดปกติ สอดคล้องกันกับการศึกษาของอรสา วัฒนศิริ (2556)⁹ ได้ทำการพัฒนากระบวนการส่งต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชร ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการพัฒนากระบวนการส่งต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำและอาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลลัพธ์ของการใช้กระบวนการส่งต่อเนื่อง ได้แก่ การรับประทานยาสม่ำเสมอ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ระดับความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการใช้ยาและสารเสพติดลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยและพัฒนากระบวนการส่งต่อดังกล่าว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคุณภาพชีวิตและระดับความสามารถโดยรวมดีขึ้น ลดอาการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรง ดังนั้น ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นตัวอย่างกระบวนการส่งต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานบริการอื่น ๆ ทุกระดับ

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีการทบทวนและพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี โดย เน้นบทบาทและกระบวนการชุมชน ตั้งแต่ครอบครัว จนถึง ระดับอำเภอ^{4,9} ส่งผลให้ ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลการดูแลผู้ที่มีอาการทางจิตจากการเสพยาเสพติด ที่เข้ารับการรักษานรพ./ส่งต่อรพ. ปี 2565 (กันยายน 2565) รวมทุกตำบล พบว่าโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ยกเว้นด้านความเข้าใจทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและพฤติกรรมก้าวร้าวจากการเสพยาเสพติด กระตุ้นประสาทและการช่วยเหลือเบื้องต้น อยู่ในระดับมาก ไม่มีความแตกต่างกัน การเปรียบเทียบ

ระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อน (2563) หลัง กระบวนการ (2564) และหลังกระบวนการ (2565) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังกระบวนการ (2565) มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด และ ผลการดูแลผู้ที่มีอาการทางจิตจากการ เสพสารเสพติด ที่ได้รับการรักษาในรพ./ส่งต่อรพ. ปี 2565 พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลไม่มีความ ผิดปกติ สอดคล้องกันกับการศึกษาของกนกศรี จาด เงินและ เกศรินทร์ เชื้อภักดี (2562)¹⁰ ได้ศึกษาการ พัฒนาแนวทางการลดอัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วย จิตเวชในชุมชน ตำบลบางปะกงพบว่า ภายหลังการ นำแนวทางการลดอัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชน ตำบลบางปะกงที่พัฒนาขึ้นไปใช้ อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้หลังการอบรมเพิ่ม สูงขึ้นกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 อาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนทักษะการ ประเมินผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ทุกคน และอัตรา ลดลงของอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเวชมีเพิ่ม สูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 94.33 และสูงกว่าเกณฑ์ มาตรฐาน ที่ร้อยละ 80 และสอดคล้องกับการศึกษา ของศิริพร วีระเกียรติ บุญพา ณ นคร นพรัตน์ ไชย ขำนิ (2558) ได้ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการ พยาบาลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของหลักพุทธศาสนา สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด ผลการวิจัยสรุป ได้ ดังนี้ 1) โปรแกรมการพยาบาลแบบเกื้อกูลบน พื้นฐานของหลักพุทธศาสนาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ ใช้สารเสพติด ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ การสร้างสัมพันธภาพ การดูแลตนเองด้านร่างกาย การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด โดยใช้หลักพุทธศาสนา การฝึกทักษะการสื่อสารและ การเข้าสังคม การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาและ การลดละเลิกยาเสพติด และการใช้หลักพุทธศาสนา ในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้อง ระหว่างหัวข้อความรู้และวัตถุประสงค์ เท่ากับ 0.772) การทดสอบประสิทธิผล พบว่า การทำ หน้าที่ทาง สังคมและสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

ภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบเกื้อกูลบน พื้นฐานของหลักพุทธศาสนา 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มที่ ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ ใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับดีมาก ($M = 3.34$, $SD = 0.30$)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

ในการพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช ฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาล ประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี ได้มีการกำหนด ขั้นตอนในการดำเนินงาน ที่ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมี ประสิทธิภาพ โดยมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. การศึกษาสถานการณ์
2. การจัดทำกระบวนการ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย
 - 2.1 การค้นหากลุ่มเสี่ยง โดยกระบวนการ ชุมชน
 - 2.2 การวิเคราะห์และวางแผนการเฝ้าระวัง กลุ่มเสี่ยง
 - 2.3 การเผชิญเหตุ
 - 2.4 การประเมินและจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน
 - 2.5 การส่งต่อข้อมูลและวางแผนร่วมกับ สถานพยาบาล
 - 2.6 การส่งต่อจากสถานบริการและวางแผนการดูแลผู้ป่วย
3. การทบทวนและปรับปรุงแก้ไข
 - 3.1 สรุปถอดบทเรียน (ข้อ 1 – ข้อ 6)
 - 3.2 ทบทวนและจัดทำกระบวนการส่งต่อ ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
4. สรุปถอดบทเรียน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช ฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ควรมีการศึกษา ในระยะยาว เพื่อความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ชิตชนก โอภาสวัฒนา. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี;2563.
2. กรมสุขภาพจิต. (2559). แนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพมหานคร : บริษัท บียอนด์พับลิชชิง จำกัด.
3. เบญจมาศ พงษ์กานนท์ และคณะ.(2556). ระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัดภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า.นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
4. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.).(2563). แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่.
5. Best, John W.(1981). Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall.
6. บุญชม ศรีสะอาด. (2555). ระเบียบและวิธีการวิจัย . กรุงเทพฯ ฯ : แสงทวีการพิมพ์.
7. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, พรทิพย์ วชิรติลก,ธีระ ศิริสมุด และรสสุคนธ์ ชมชื่น.(2562). การจัดการความรู้เพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่. นนทบุรี.
8. อรสา วัฒนศิริ เสาวภา ศรีภูสิตโต.(2556). การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารกองการพยาบาล. 40(1); 67-83
9. กุณตี ไทโพธิ์ไทย.(2558). การสร้างสุข โดยการบูรณาการงานสุขภาพจิตชุมชน จังหวัดนครปฐม. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 166-177
10. กนกศรี จาดเงิน, เกศรินทร์ เชื้อภักดี.(2562). การพัฒนาแนวทางการลดอัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลบางปะกง. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 4(4) 106-113

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก

for health care for the elderly in Pak Phli District, Nakhon Nayok Province. Study from October 2021 to September 2022. Sample size were 5,059 elderly collected data from assessment and measurement forms. data analysis by Content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, Dependent t – test and F – test by one way ANOVA technique.

The results of the study showed that Phase 1 (Research) was a prototype study. Implementation model of elderly health care in the area of Ban Nong Hua Ling Nai Health Promoting Hospital, Nong Saeng Sub-district, Pak Phli District, Nakhon Nayok Province Study in October 2020 to September 2021. Ability to perform daily activities. The Barthel ADL Index (Barthel Activities of Daily Living (ADL) of the elderly) After operation, there is no change from before operation. Health knowledge of the elderly Practice behaviors "Don't fall, don't forget, don't get depressed, eat delicious food" or 4 Smart before and opinions about the 5-dimensional happiness model after the action. overall and side at the highest level and There was a statistically significant difference at the .05 level. higher than before operation. Phase 2 (Development) The expansion of the implementation model for health care for the elderly in Pak Phli District, Nakhon Nayok Province. Study in October 2021 to September 2022. Ability to perform daily activities. Barthel ADL Index (Barthel Activities of Daily Living : ADL) among the elderly in Pak Phli District, Nakhon Nayok Province. After the implementation, the elderly at home (ADL score between 5 - 11) decreased from 7.80% to 3.04% and the elderly stuck at home (ADL score between 0 - 4) decreased from 1.15% to 0.89%. and health knowledge of the elderly Practice behaviors "Don't fall, don't forget, don't get depressed, eat delicious food" or 4 Smart, and opinions about the 5-dimensional happiness model after the operation. Overall and each aspect was at the highest level, with a statistically significant difference at the .05 level. higher than before operation

Keywords: development, health care for the elderly

บทนำ

ผู้สูงอายุ เป็นวัยซึ่งมีความแตกต่างจากวัยอื่น เป็นวัยบั้นปลายของชีวิต ดังนั้นปัญหาของผู้สูงอายุ ในทุกด้านโดยเฉพาะด้านสังคม และสาธารณสุข จึง แตก ต่างจากคนในวัยอื่น ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก ซึ่ง รัฐบาลไทย และทั่วโลกได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้ จึงมีความพยายาม และมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง ให้ทุกคนตระหนัก เข้าใจ และพร้อมดูแล ผู้สูงอายุให้ทัดเทียมเช่นเดียวกับการดูแลประชากรในกลุ่มอายุอื่น¹ ทุกประเทศทั่วโลกมีการก้าวเข้าสู่สังคม ผู้สูงอายุในช่วงเวลาแตกต่างกันตามความเจริญมั่งคั่ง ซึ่งมีผลต่อสุขภาพและการมีอายุยืนของประชาชน เช่น ประเทศ ญี่ปุ่น ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ค.ศ.1970 (พ.ศ.2513) สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ค.ศ.1994 (พ.ศ.2537) ประเทศจีน ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ค.ศ. 2001 (พ.ศ.2544) สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ค.ศ. 2026 (พ.ศ.2569) ในส่วนของประเทศไทยจะ กลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete-aged society) และประมาณปี พ.ศ.2578 จะเป็น

สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (super-aged society)² การมีส่วนร่วมประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ภาวะประชากรของประเทศไทยเข้าสู่ยุคที่ เรียกว่า “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ” ผลกระทบที่เกิดขึ้นมิได้จำกัดขอบเขตอยู่เพียงผลกระทบด้าน ประชากรเท่านั้น แต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเสมือน ปฏิกริยาลูกโซ่ที่ส่งผลกระทบไปยังระบบอื่น ๆ ได้แก่ ผลกระทบด้านสุขภาพ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ และ ผลกระทบต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตและการปรับตัว³

วัยผู้สูงอายุผลจากการเปลี่ยนแปลงไปทาง เสื่อมที่เกิดขึ้นซึ่งจะมีปัญหาที่เกิดขึ้นและพบบ่อย ไม่ว่าจะเป็น ด้านร่างกาย กำลังสำรองลดลง ระบบต่างๆ ของร่างกายประสิทธิภาพลดลง สายตาเปลี่ยน ความ กระฉับกระเฉงลดลง สูญเสียการทรงตัวได้ง่าย ความ ไวของการทำงานระบบประสาทลดลง ด้านจิตใจ ขี้ น้อยใจ หงุดหงิดง่าย ขี้กังวล จิตใจหดหู่ เดี่ยวดาย จิตใจเศร้าหมองง่าย ซึม เหมงและว้าวุ่น และสิ้นหวัง ด้านสังคม เศรษฐกิจ ขาดเพื่อนขาดความผูกพัน ที่เคย มีต่อสังคม ขาดรายได้ประจำ หรือรายได้ลดลงจาก เดิม ขาดการยอมรับไม่ได้รับการยกย่องเหมือนวัย

ทำงาน ขาดความสำคัญไป ค่านิยมของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป คนรุ่นให้ความสำคัญเรื่องความกตัญญูลดลง ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุและเข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุ⁴ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นประชาชนกลุ่มใหญ่ที่สุดในสังคม ปัญหาส่วนใหญ่ที่พบ คือการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องมีการพึ่งพิงระบบบริการทางการแพทย์ ซึ่งผู้สูงอายุไม่เพียงต้องมีการตัดสินใจและจัดการเรื่องภาวะโรคที่มีความซับซ้อนเท่านั้น แต่จะต้องเผชิญความเสี่ยงในเรื่องความเฉื่อยทางปัญญาอันสืบเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของระบบร่างกาย โดยเฉพาะประสาทสัมผัสต่างๆ^{5,6}

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เป็นการเสริมสร้างความรู้และสมรรถนะของบุคคล อันจะช่วยให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย รวมทั้งผู้สูงอายุสามารถดำรงสุขภาพไว้ได้อย่างต่อเนื่อง และปรับความเป็นอยู่ได้อย่างสมดุลมีคุณภาพชีวิตที่ดี ให้ตัวผู้สูงอายุเองสามารถพึ่งพาช่วยเหลือตนเองได้ ทำสิ่งต่างๆได้ตามศักยภาพของตนเอง เป็นการสร้างและก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับตัวผู้สูงอายุเองอย่างยั่งยืน การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี จิตใจดี อยู่ในสังคมที่ดี จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภูมิใจ ความพึงพอใจในตนเอง รู้จักความประมาณตน รักตนเอง รักผู้อื่น ไม่ละทิ้งความรู้ความสามารถเดิมที่ตนมีอยู่ ทำตนให้มีคุณค่า มีประโยชน์ต่อผู้อื่น รู้จักเข้าหาสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ ไม่อยู่อย่างอ้างว้าง และเหงาหงอยจะเป็นการตอบรับจิตใจของการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ^{7,8}

จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษา จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก เพื่อประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก

2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก

วิธีการศึกษา

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาในการศึกษา แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาต้นแบบ รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัวลิงในตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ศึกษาในเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือน กันยายน 2564

ระยะที่ 2 การขยายผล รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ศึกษาในเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือน กันยายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ปี 2564 – 2565 แบ่งเป็น

2.1 ผู้สูงอายุในเขตของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัวลิงใน ตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ศึกษาในเดือน ตุลาคม 2563 ถึงเดือน กันยายน 2564 จำนวน 421 คน สามารถร่วมกิจกรรม ได้ทั้งหมด 410 คน เนื่องจาก เป็นกลุ่มติดเตียง จำนวน 11 คน

2.2 ผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ศึกษาในเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือน กันยายน 2565 จำนวน 5,059 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก มีกิจกรรมของการ

พัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ประกอบด้วย

- 1.1 การศึกษาบริบทและสภาวะสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก
- 1.2 การกำหนดกิจกรรมในการดำเนินงานดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก
- 1.3 การกำหนดบทบาทต่อกิจกรรมในการ
ดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี
จังหวัดนครนายก
- 1.4 การดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงาน
ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัด
นครนายก โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาต้นแบบ รูปแบบการ
ดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัวลิงใน
ตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก
ศึกษาในเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือน กันยายน 2564

ระยะที่ 2 การขยายผล รูปแบบการดำเนินงาน
ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัด
นครนายก ศึกษาในเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือน
กันยายน 2565

- 1.5 การสรุปถอดบทเรียน ทบทวนการ
ดำเนินงานและปรับปรุงกิจกรรม อย่างต่อเนื่อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ได้แก่

2.1 แบบประเมินความสามารถในการประกอบ
กิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel
Activities of Daily Living : ADL)

2.2 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ใน
การแปลผลคะแนน ดังนี้⁹

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก
2.61 – 3.40	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย
1.00 - 1.80	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติ “ไม่ล้ม
ไม่ล้ม ไม่ล้ม เสร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart เป็น
แบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผล
คะแนน ดังนี้⁹

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัว เหมาะสมมาก
3.41 – 4.20	มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัว เหมาะสม
2.61 – 3.40	มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัว พอใช้
1.81 – 2.60	มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ต้อง ปรับปรุง
1.00 - 1.80	มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ไม่ เหมาะสม

2.4 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับ
รูปแบบความสุข 5 มิติ เป็นแบบ Rating scale 5
ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้⁹

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความคิดเห็นมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความคิดเห็นมาก
2.61 – 3.40	มีความคิดเห็นปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความคิดเห็นน้อย
1.00 - 1.80	มีความคิดเห็นน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ดำเนินการ
ตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำ
แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญ
พิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้
ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหา
และภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและ
ข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและ
แก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลอง
คุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลอง
ใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน
เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม
จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของ
แบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอ
นบาค (Cronbach method)¹⁰ ได้ค่าความเที่ยง ของ
แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เท่ากับ.

951 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติ และเท่ากับ.
900 และแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบ
ความสุข 5 มิติ เท่ากับ.958 ตามลำดับ

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. การศึกษาบริบทและสภาวะสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก
2. การกำหนดกิจกรรมในการดำเนินงานดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก
3. การกำหนดบทบาทต่อกิจกรรมในการ
ดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี
จังหวัดนครนายก
4. การดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงาน
ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก
โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ
ระยะที่ 1 การศึกษาด้านแบบ รูปแบบการ
ดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัวลิงใน
ตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก
ศึกษาในเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือน กันยายน 2564
ระยะที่ 2 การขยายผล รูปแบบการดำเนินงาน
ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัด
นครนายก ศึกษาในเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือน
กันยายน 2565
5. การสรุปถอดบทเรียน ทบทวนการ
ดำเนินงานและปรับปรุงกิจกรรม อย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการ
วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การ
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล
เชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์
ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test และ F - test ด้วย
เทคนิค One way ANOVA

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 (Research) การศึกษาด้านแบบ
รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขต
ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนอง
หัวลิงใน ตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัด
นครนายก ศึกษาในเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือน
กันยายน 2564

1.1 เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านหนองหัวลิงในมีทั้งหมด 5 หมู่บ้าน
จำนวนหลังคาเรือน 546 จำนวนหลังคาเรือน มี
ประชากรทั้งสิ้น 1,370 คน สัดส่วนของวัยแรงงาน :
วัยพึ่งพิง มีค่าเท่ากับ 1:1

1.2 พหุลักษณะทางการแพทย์ ได้แก่ การดูแล
ตนเองของภาคประชาชน (Popular Sector) ตามหลัก
พฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส3 การแพทย์ภาค
วิชาชีพ (Professional Sector) และการแพทย์
พื้นบ้าน (Folk Sector)

1.3 ความสามารถในการประกอบกิจวัตร
ประจำวัน ดัชนีบาร์เธลแอคทีวิตี (Barthel Activities of
Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านหนองหัวลิงใน ตำบลหนองแสง
อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายกก่อนดำเนินการ มี
ผู้สูงอายุ ติดสังคม(คะแนน ADL ระหว่าง 12-20) ร้อย
ละ 86.16 ติดบ้าน(คะแนน ADL ระหว่าง 5-11) ร้อย
ละ 11.28 และติดเตียง(คะแนน ADL ระหว่าง 0-4)
ร้อยละ 2.56 หลังดำเนินการไม่มีการเปลี่ยนแปลงจาก
ก่อนดำเนินการ

1.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กิน
ข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart ก่อน และความคิดเห็น
เกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ก่อนดำเนินการ
โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลัง
ดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

1.5 รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนอง
หัวลิงใน ตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัด
นครนายก จากการดำเนินงานวิเคราะห์และกำหนด
กิจกรรมในการดำเนินงานโดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยน
เรียนรู้ ระหว่าง ผู้ส่วนเกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ประกอบด้วย ตัวแทนจากโรงพยาบาลชุมชน ตัวแทน
ชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนจากพัฒนาสังคมและความ
มั่นคงของมนุษย์ อาจารย์มหาวิทยาลัย ตัวแทนจาก
ศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทน อบต.
ตัวแทนโรงเรียน จิตอาสา และตัวแทนผู้ดูแล
ประกอบด้วย กิจกรรมของเครือข่าย
กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุและกิจกรรม LTC

1.6 การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ
ของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่
ซีมีเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart และความ
คิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ก่อนและหลัง
การดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการดำเนินงานมีค่า
คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ สูง
กว่าก่อนการดำเนินงาน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ชั้น 1	3.00	0.41	4.76	0.30	409	-52.273	.000	-1.82566	-1.69334
ชั้น 2	2.90	0.36	4.82	0.22	409	-70.413	.000	-1.96305	-1.85643
ชั้น 3	2.91	0.47	4.80	0.23	409	-58.127	.000	-1.95959	-1.83139
ชั้น 4	2.91	0.47	4.73	0.31	409	-155.562	.000	-1.83826	-1.79238
ชั้น 5	2.92	0.46	4.72	0.26	409	-141.612	.000	-1.82065	-1.77080
ชั้น 6	2.84	0.33	4.54	0.32	409	-123.061	.000	-1.72305	-1.66887
รวม	2.91	0.17	4.73	0.12	409	-203.770	.000	-1.82943	-1.79448

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่ซีมีเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart
ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
S 1	3.00	0.52	4.43	0.28	409	-50.589	.000	-1.48672	-1.37551
S 2	2.85	0.51	4.43	0.29	409	-71.717	.000	-1.62897	-1.54205
S 3	3.01	0.48	4.41	0.14	409	-66.197	.000	-1.43978	-1.35674
S 4	3.08	0.47	4.44	0.18	409	-64.927	.000	-1.40103	-1.31869
รวม	2.98	0.22	4.43	0.10	409	-135.710	.000	-1.46460	-1.42278

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ก่อนและหลังการดำเนินงาน
(Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
Health	2.99	0.62	4.39	0.21	409	-50.889	.000	-1.45654	-1.34821
Recreation	3.14	0.55	4.43	0.18	409	-49.169	.000	-1.34283	-1.23959
Integrity	3.33	0.42	4.47	0.14	409	-52.200	.000	-1.18702	-1.10087
Cognition	3.30	0.39	4.44	0.28	409	-50.866	.000	-1.18338	-1.09532
Peacefulness	3.30	0.45	4.38	0.24	409	-45.344	.000	-1.13670	-1.04224
รวม	3.21	0.30	4.42	0.09	409	-80.959	.000	-1.24273	-1.18381

**ระยะที่ 2 (Development) การขยายผล
รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอ
ปากพลี จังหวัดนครนายก ศึกษาในเดือนตุลาคม
2564 ถึงเดือน กันยายน 2565**

จากการดำเนินการจัดทำกิจกรรมของรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัวลิงใน ตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดทำให้ผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล(Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ดีขึ้น ดังนั้นจึงได้มีการขยายผลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัวลิงในไปยังพื้นที่ตำบลอื่นในอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก โดยแต่ละตำบลได้ดำเนินการวิเคราะห์และกำหนดกิจกรรมในการดำเนินงานโดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่าง ผู้ส่วนเกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย ตัวแทนจากโรงพยาบาลชุมชน ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนจากพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาจารย์มหาวิทยาลัย ตัวแทนจากศูนย์การศึกษาอิสระและการศึกษาตามอัธยาศัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทน อบต. ตัวแทนโรงเรียน จิตอาสา และตัวแทนผู้ดูแล และนำไปดำเนินการตามบริบทของตำบล ซึ่งมีโครงสร้างหลักประกอบไปด้วย กิจกรรมของเครือข่าย กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุและกิจกรรม LTC สามารถสรุปผลการศึกษา ได้ดังต่อไปนี้

2.1 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล(Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่าหลังดำเนินการมีผู้สูงอายุติดบ้าน(ADL คะแนนระหว่าง 5 - 11) ลดลงจาก ร้อยละ 7.80 เป็น ร้อยละ 3.04 และมีผู้สูงอายุติดบ้าน(ADL คะแนนระหว่าง 0 - 4) ลดลงจาก ร้อยละ 1.15 เป็น ร้อยละ 0.89

2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ ปานกลาง หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มากที่สุด

2.3 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ก่อนและหลังการดำเนินงาน ระหว่างตำบลที่ต่างกัน โดยรวมและรายด้าน ไม่มีความแตกต่างกัน

2.4 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการดำเนินงาน

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ขั้น 1	3.00	0.41	4.76	0.30	5058	-195.944	.000	-1.77421	-1.73906
ขั้น 2	2.96	0.43	4.78	0.27	5058	-197.608	.000	-1.84417	-1.80794
ขั้น 3	2.91	0.46	4.80	0.23	5058	-210.693	.000	-1.91117	-1.87594
ขั้น 4	2.92	0.47	4.82	0.24	5058	-206.082	.000	-1.91192	-1.87589

ชั้น 5	2.93	0.46	4.80	0.26	5058	-198.540	.000	-1.88521	-1.84834
ชั้น 6	2.85	0.33	4.85	0.14	5058	-346.982	.000	-2.00926	-1.98669
รวม	2.93	0.19	4.80	0.10	5058	-518.844	.000	-1.88009	-1.86593

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
S 1	3.00	0.52	4.72	0.29	5058	-162.150	.000	-1.74505	-1.70336
S 2	2.86	0.51	4.80	0.23	5058	-200.307	.000	-1.95755	-1.91960
S 3	3.02	0.49	4.70	0.22	5058	-177.423	.000	-1.70004	-1.66288
S 4	3.05	0.46	4.71	0.25	5058	-176.820	.000	-1.67235	-1.63568
รวม	2.98	0.24	4.73	0.12	5058	-382.661	.000	-1.76333	-1.74536

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
Health	2.99	0.61	4.71	0.28	5058	-143.613	.000	-1.74308	-1.69613
Recreation	3.14	0.55	4.65	0.27	5058	-138.837	.000	-1.53624	-1.49345
Integrity	3.33	0.42	4.58	0.23	5058	-146.364	.000	-1.26739	-1.23389
Cognition	3.29	0.40	4.57	0.23	5058	-159.601	.000	-1.29515	-1.26372
Peacefulness	3.28	0.46	4.55	0.25	5058	-136.344	.000	-1.28259	-1.24623
รวม	3.21	0.30	4.61	0.16	5058	-233.574	.000	-1.41759	-1.39399

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหัวลิงใน ตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายกก่อนดำเนินการ มีผู้สูงอายุ ติดสังคม (คะแนน ADL ระหว่าง 12-20) ร้อยละ 86.16 ติดบ้าน (คะแนน ADL ระหว่าง 5-11) ร้อยละ 11.28 และติดเตียง (คะแนน ADL ระหว่าง 0-4) ร้อยละ 2.56 หลังดำเนินการไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากก่อนดำเนินการ และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนดำเนินการ พฤติกรรมปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart ก่อน และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ก่อน

ดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ลำไพสุวรรณสาร และอรุณรัตน์ สู้หนองบัว (2565)⁸ ได้ศึกษาผู้สูงอายุสุขภาพดี : ในมุมมองความสุข 5 มิติ จากการศึกษพบว่า สถานการณ์การเข้าสู่สังคมสูงอายุมีผลกระทบทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต เศรษฐกิจ และสังคม แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มอัตราที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้สูงอายุ ในสังคมปัจจุบันที่จำนวนประชากรวัยทำงานมีความสามารถในการเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุกลับมีแนวโน้มลดลง ปัญหาผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง ปัญหาด้านสุขภาพและมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันลดลง อันเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของร่างกาย กรอบแนวคิดการดำเนินงาน ภายใต้ “สุข

เพียงพอชะลอชรา ชีวียืนยาว” กลยุทธ์ในแต่ละกิจกรรม ตลอดจนแนวทางการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน สร้างความเข้าใจร่วมกันในการดำเนินงาน ด้านสาธารณสุขให้แก่ทุกหน่วยงาน การสร้างสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ เป้าหมายหลัก คือ “ผู้สูงอายุสุขภาพดี ดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี” โดยมี 6 ประเด็นที่ต้องการดำเนินการ ประกอบด้วย 1) การเคลื่อนไหว 2) โภชนาการ 3) สิ่งแวดล้อม 4) สุขภาพช่องปาก 5) สมอติ และ 6) มีความสุขทั้ง 5 มิติ ทั้งนี้ เนื่องจากการได้มีการประยุกต์บริบท ได้แก่ พหุลักษณะทางการแพทย์ ได้แก่ การดูแลตนเองของภาคประชาชน (Popular Sector) ตามหลักพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส3 การแพทย์ภาควิชาชีพ (Professional Sector) และการแพทย์พื้นบ้าน (Folk Sector) ร่วมกับการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างผู้เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย ตัวแทนจากโรงพยาบาลชุมชน ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนจากพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาจารย์มหาวิทยาลัย ตัวแทนจากศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทน อบต. ตัวแทนโรงเรียน จิตอาสา และตัวแทนผู้ดูแล ประกอบด้วย กิจกรรมของเครือข่าย กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุและกิจกรรม LTC (ลำไผ่ สุวรรณสาร และอรุณรัตน์ สู่หนองบัว ,2565; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560; อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และคณะ, 2555) สอดคล้องกันกับการศึกษาของ นวรัตน์ ไชยมภู รัตติกรณ์ บุญทัศน์ และ นภสา สิงห์วีระธรรม (2562)¹¹ ได้ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. พบว่า ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แบบ ซึ่งวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยส่วนใหญ่เป็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมถอยตามอายุแม้ว่าจะไม่มีโรคประจำตัวต่าง ๆ ดังนั้นเพื่อเป็นการรองรับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แบบที่กำลังจะมาถึง การส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเพื่อชะลอการเสื่อมถอยนั้นจึงเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุในการตอบโจทยปัญหา

หรือความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ ประกอบด้วย อ: อาหาร อ: ออกกำลังกาย และ อ: อารมณ์ เพื่อเป็นแนวทางการสร้างสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ และสอดคล้องกันกับการศึกษาของเกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล และคณะ (2557)¹² ได้ศึกษา การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ใช้เทคนิคการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมของกลไกต่างๆ ในชุมชน ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จิตอาสา ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน พระ ครู ผู้ดูแลในครอบครัว และคนในชุมชน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างทีมวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดล จากหลายคณะ/สถาบันฯ ที่มีความเชี่ยวชาญในสหวิทยาการ ทั้งทางด้านสาธารณสุขมูลฐาน โภชนาการ การพยาบาล-การดูแลผู้สูงอายุ ด้านประชากร สังคม และวัฒนธรรม รวมทั้งทีมวิจัยพื้นที่ 8 ตำบล ใน 4 อำเภอ ของจังหวัดนครปฐมและกาญจนบุรี กระบวนการวิจัย แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การเตรียมชุมชน เตรียมคน และเตรียมเครือข่ายการทำงาน ทั้งผู้สูงอายุและกลไกต่างๆ ในชุมชนเพื่อให้ได้แกนนำชุมชนอย่างแท้จริง 2) การประเมินสถานการณ์ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยวิธีการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามกับผู้สูงอายุโดยทีมวิจัย 3) การประเมินบทบาทหน้าที่และศักยภาพของกลไกต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่มตามแนวคำถามที่กำหนดไว้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการสุขภาพ องค์กรชุมชน องค์กรอื่นๆ ครอบครัวและคนในชุมชน 4) การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสะท้อนกลับให้ชุมชนเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และออกแบบโครงการ/กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 5) การพัฒนาต่อยอดโครงการ/กิจกรรมให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง 6) การเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณะ วิชาการข้อมูล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้

หลากหลายจากบุคคลภายในและภายนอกโครงการ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาต่อยอดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยแบบบูรณาการครั้งนี้ คือ การดูแลผู้สูงอายุในลักษณะองค์รวม ควรให้ครอบคลุมการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ โภชนาการที่เหมาะสม และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า การพัฒนาอาชีพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการรายได้เพิ่มเติม และการรักษา/ส่งเสริมคุณค่าผู้สูงอายุที่สอดคล้องครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่ม/วัย โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างพื้นที่เมือง-ชนบท และสังคมวัฒนธรรม เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ภายใต้การจัดการเครือข่ายความร่วมมือของกลไกต่างๆ ทั้งจากในและนอกชุมชน นอกจากนี้ ยังได้มีการขยายผล รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ไปยังอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ส่งผลให้ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า หลังดำเนินการมีผู้สูงอายุติดบ้าน(ADL คะแนนระหว่าง 5 - 11) ลดลงจาก ร้อยละ 7.80 เป็น ร้อยละ 3.04 และมีผู้สูงอายุติดบ้าน(ADL คะแนนระหว่าง 0 - 4) ลดลงจาก ร้อยละ 1.15 เป็น ร้อยละ 0.89 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ก่อนการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ ปานกลาง หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มาก ที่สุด และการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการดำเนินงาน สอดคล้องกันกับการศึกษา

ของทิพยาภา ดาหาร และเจทสรียา ดาวราช (2561)¹³ ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัย พบว่า 1) รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย (1) สร้างเครือข่ายการดำเนินงาน (2) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดำเนินงาน (3) จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ (4) อบรมให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (5) ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นแกนร่วมในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง (6) ทีมพี่เลี้ยงออกนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน (7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนและคืนข้อมูล 2) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังการพัฒนาดีกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ 1) มีคณะกรรมการระดับตำบลที่มีความเข้มแข็ง 2) มีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี และ 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการดูแลผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของชัย ทองผา (2565)¹⁴ รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ผลการศึกษาพบว่า ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร (กันยายน 2564) โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ระหว่างเดือน ตุลาคม 2563 กับ เดือน กันยายน 2564 พบว่า โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ เดือน กันยายน 2564 มีพฤติกรรม สุขภาพชมรมผู้สูงอายุ ดีกว่า เดือน ตุลาคม 2563 และสอดคล้องกับการศึกษาของจิตติขญา ฉลาดล้ำ สุทธิพร มุลศาสตร์ (2558)¹⁵ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคลังปัญญา อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ผลการวิจัย พบว่ารูปแบบกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การให้ความรู้โดยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจและการ แลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างชมรม มีการดำเนินกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในวันประชุม ประจำเดือน ระยะที่ 3 พบว่า หลังการใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนใช้ รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปากพลี จังหวัด นครนายก ควรแบ่งการศึกษา ออกเป็น 2 ระยะ คือ

1. การศึกษาต้นแบบ รูปแบบการดำเนินงาน ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชน/ตำบล ประกอบด้วย

1.1 การศึกษาและวิเคราะห์บริบท

1.2 การกำหนดกิจกรรมรูปแบบการดำเนินงาน ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

1.3 การกำหนดบทบาทต่อกิจกรรมรูปแบบ การดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

1.4 การดำเนินการตามกิจกรรมรูปแบบการ ดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

1.5 การสรุปถอดบทเรียน

2. การขยายผล รูปแบบการดำเนินงานดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ ในระดับอำเภอหรือพื้นที่อื่น

2.1 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้รูปแบบการ ดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากชุมชนต้นแบบ

2.2 การประยุกต์แนวคิดของรูปแบบการ ดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากชุมชนต้นแบบ มา กำหนดกิจกรรม

2.3 การกำหนดบทบาทต่อกิจกรรมรูปแบบ การดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2.4 การดำเนินการตามกิจกรรมรูปแบบการ ดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2.5 การสรุปถอดบทเรียน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการ ดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในหลายๆพื้นที่เพื่อ ความหลากหลายของบริบท ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ แนวคิด/องค์ความรู้ และนำไปกำหนดเป็น ทางเลือกในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. 2002. URL <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
2. สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2558). วาระปฏิรูปที่ ๓๐ : การปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัย.สำนักงาน การพิมพ์ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร
3. สิทธิพันธ์ เขาอ่อน. (2560). การออกแบบพัฒนาอุปกรณ์สำหรับผู้สูงอายุในการเดินหรือสัณฐานขึ้น บันได, วารสารวิชาการ AJNU ศิลปะสถาปัตยกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร, (2560) : 218-233.
4. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).(2561). คู่มือ เรียนรู้เข้าใจวัยสูงอายุ โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยีนยงการพิมพ์ จำกัด
5. Sudore LR, Harris BT, Rosano C, Ayonayon NH. Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. JAGS Journal compilation. J Am Geriatr Soc. 2006;54(5):770-6.
6. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง ดวงเนตร ธรรมกุล. (2558). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงวัย. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 9(2) 1-8

7. Berkman ND, Davis TC, McCormack L.(2010) Health literacy: What is it?, J Health Commun. 2010;15:9-19.
8. ลำไพ สุวรรณสาร และอรุณรัตน์ สุ่มหนองบัว (2565). ผู้สูงอายุสุขภาพดี : ในมุมมองความสุข 5 มิติ. วารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. 1(1) 28-34
9. Best, John W.(1981). Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1981
10. บุญชม ศรีสะอาด.(2555). ระเบียบและวิธีการวิจัย . กรุงเทพฯ ฯ : แสงทวีการพิมพ์.
11. นวรัตน์ ไชยมภู รัตติกรณ์ บุญทัศน์ และ นกษา สิงห์วีระธรรม.(2562). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2562. 6(2) 262-69
12. เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, กุศล สุนทรธาดา, เสาวภา พรสิริพงษ์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, พัทธนี วินิจจะกุล, วราพร ศรีสุพรรณ, สุพัตรา ศรีวนิชชากร. (2562). การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 8(2) 120-31
13. ทิพย์ภา ดาหาร, เจทสรียา ดาหาราช. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2(3) : ตุลาคม 2560 - มีนาคม 2561 165-83
14. ชัย ทองผา.(2565). รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุตำบลกกตูม อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 7(2). 127-32
15. จิตติญา ฉลาดล้ำน สุทธิพร มุลศาสตร์.(2558). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคณาลัย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช/นนทบุรี. 2558.

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
Prevalence and Risk factors for Cardiovascular Disease among Patients with
Chronic diseases in Samchai District, Kalasin Province.

(Received: August 21,2023 ; Revised: August 26,2023 ; Accepted: August 27,2023)

ณัฐวดี สุภิตาภรณ์¹
Nattawadee Supitaporn¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นการศึกษาระยะเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 181 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากผลการตรวจสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ปี 2564-2565 ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว และข้อมูลการตรวจทางเคมีของเลือด (Blood chemistry) ได้แก่ HDL, LDL, Cholesterol, Triglyceride, Hb A1C, GFR วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Chi-Square กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 9.94 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เพศ (OR=7.05, 95% CI = 2.47-20.11) โรคประจำตัว (OR=13.08, 95% CI =3.56-46.81) LDL-cholesterol (OR=3.35, 95% CI =1.23-9.15) และ Total-cholesterol (OR=5.87, 95% CI =1.64-21.04) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05

คำสำคัญ: ความชุก, โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Abstracts

The purpose of this research was to study the prevalence and factors related to cardiovascular disease among chronically ill patients. It is a cross-sectional analytical study. A sample of 181 people was collected from the health checkup results of hypertension patients. and diabetes for the year 2021-2022, consisting of personal information such as gender, age, body mass index, congenital disease, and blood chemistry examination data such as HDL, LDL, Cholesterol, Triglyceride, Hb A1C, GFR data analysis with descriptive statistics and Chi-Square, the level of significance was set at 0.05.

The results showed that the prevalence of cardiovascular disease in chronic disease patients was 9.94%. Factors related to cardiovascular disease in chronic disease patients were gender (OR=7.05, 95% CI = 2.47-20.11), underlying disease (OR =13.08, 95% CI =3.56-46.81), LDL-cholesterol (OR=3.35, 95% CI =1.23-9.15) and total-cholesterol (OR=5.87, 95% CI =1.64-21.04) with statistical significance. at 0.05

Keywords: Prevalence, Cardiovascular Disease, Chronic Disease Patients

บทนำ

โร ค ร ะ บ บ หั ว จ ใจ และ ห ล อ ด เลื อ ด (Cardiovascular disease) คือ โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) โรคหลอดเลือดสมอง

(Cerebrovascular disease) และหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral artery disease) ทั้งสามโรคนี้มีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ถ้าเกิดที่หลอดเลือดหัวใจ จะทำให้

¹ โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

เกิดการอุดตันและหัวใจขาดเลือด แต่ถ้าวการแตกปริของหลอดเลือดแดงส่วนที่ตีบแคบลง และมีก้อนเลือดไปอุดตันเส้นเลือดหัวใจจะเกิดภาวะหัวใจตาย⁵ องค์การอนามัยโลกรายงานสถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease, CVD) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรโลก โดยมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงปีละ 17.5 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2012 ส่วนใหญ่อยู่อย่างน้อยกว่า 70 ปี¹⁰ และในปี พ.ศ. 2573 แนวโน้มอัตราการเสียชีวิตของคนในทั่วโลก จากโรคนี้จะเพิ่มสูงขึ้นถึง 23.6 ล้านคน⁶

บุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดอาจมีเพียงปัจจัยเดียวหรือหลายปัจจัยจากการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 นี้ พบว่า ในประชาชนชายและหญิงไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 38.3 และ 39.0 ตามลำดับ มี 1 ปัจจัยเสี่ยง และร้อยละ 36.2 และ 29.6 ตามลำดับ มีตั้งแต่ 2 ปัจจัยเสี่ยงขึ้นไป⁴ ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีหลายปัจจัย ได้แก่ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ประวัติครอบครัว และเชื้อชาติ⁷ ปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน โดยประเทศไทย พบว่า ความชุกของภาวะอ้วน มีค่า Body Mass Index (BMI) มากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะเพศหญิงเพิ่มจากร้อยละ 34.4 เป็นร้อยละ 40.7 ส่วนเพศชายเพิ่มจากร้อยละ 22.5 เป็นร้อยละ 28.4 ค่า BMI ที่สูงขึ้นส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ภาวะความดันโลหิตสูง พบความชุกร้อยละ 22.0 ภาวะน้ำตาลสูง พบความชุกร้อยละ 6.9 ภาวะไขมันในเลือด พบความชุกร้อยละ 21.7 พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบออกกำลังกายไม่เพียงพอ ความชุกร้อยละ 18.5 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในประชากรไทย พบความชุกร้อยละ 38.7⁸ และพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ การดื่มสุรามากเกินขนาดที่กำหนดจะส่งผลต่อความดันโลหิต (Association of Hypertension of Thailand,

2015) และยังมีการศึกษาพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ 3-4 เท่า และโรคหลอดเลือดของสมอง 7 เท่า จากความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 10 มิลลิเมตรปรอท เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ⁹

โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบผู้ป่วยด้วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด 128 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 66 คน และโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 62 คน ในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 15 ราย, ปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 18 ราย, ปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 22 ราย ซึ่งจะพบว่าผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องได้ชัดเจนในทุกๆ ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน² ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่ออกกำลังกาย การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม จะมีโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนคือโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งทวีความรุนแรงและเสียชีวิตหรือพิการเร็วขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลสามชัย ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จึงมีความจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนป้องกันและควบคุมอุบัติการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด และผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถจัดการตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการศึกษา Cross-Sectional Analytic Study โดยใช้ข้อมูลย้อนหลัง จากข้อมูลการตรวจสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ในโปรแกรม Hosxp โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน จำนวน 327 คน กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) โดยใช้โปรแกรมคำนวณของ G*Power สำหรับกรณีวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปร Multivariate analysis ใช้สถิติ Multiple logistics regression กำหนดค่า Odds ratio = 4.7 ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยของ พิทยา ธรรมวงศา และวงศา เล้าหศิริวงศ์ (2561)³ เรื่อง สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรธานี ค่า $\alpha = 0.05$ และ $\beta = 0.20$ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) มีอายุ 40 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ณ โรงพยาบาลสามชัยในปี 2564-2565 และเกณฑ์ในการคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ไม่มีผลการตรวจทางเคมีของเลือด (Blood chemistry) ได้แก่ HDL, LDL, Cholesterol, Triglyceride, Hb A1C, GFR อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 181 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผลการตรวจสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ในโปรแกรม Hosxp โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ แล้วรวบรวมข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการตรวจทางเคมีของเลือด (Blood chemistry) ได้แก่ HDL, LDL, Cholesterol, Triglyceride, Hb A1C, GFR

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยประชุมชี้แจงผู้ช่วยวิจัยโดยอธิบายโครงการวิจัยและคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียน พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้มีความเข้าใจและปฏิบัติได้ในแนวทางเดียวกัน

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการคัดลอกข้อมูลด้วยแบบคัดลอกข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Chi-Square กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 133 คน ร้อยละ 73.48 อายุเฉลี่ย 51.17 ปี (S.D.=5.17)

อายุต่ำสุด 37 ปี สูงสุด 83 ปี กลุ่มอายุส่วนใหญ่มากกว่า 50 ปี จำนวน 144 คน ร้อยละ 62.98 ส่วนใหญ่ มี BMI ≤ 18 Kg/m² และ ≥ 23 Kg/m² จำนวน 134 คน ร้อยละ 74.03 โดย BMI เฉลี่ย 25.75 Kg/m² (S.D.=4.32) BMI ต่ำสุด 16.44 Kg/m² สูงสุด 46.71 Kg/m² โรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นเบาหวาน จำนวน 169 คน ร้อยละ 93.37

HDL-cholesterol ≥ 40 mg/dl จำนวน 124 คน ร้อยละ 68.51 เฉลี่ย 46.30 mg/dl (S.D.=11.99) ต่ำสุด 19 mg/dl สูงสุด 94.40 mg/dl, LDL-cholesterol ≥ 100 mg/dl จำนวน 118 คน ร้อยละ 65.19 เฉลี่ย 119.18 mg/dl (S.D.=41.17) ต่ำสุด 7.80 mg/dl สูงสุด 245 mg/dl, Total-cholesterol ≥ 200 mg/dl จำนวน 91 คน ร้อยละ 50.28 เฉลี่ย 207.37 mg/dl (S.D.=52.30) ต่ำสุด 100 mg/dl สูงสุด 460 mg/dl, triglyceride ≥ 150 mg/dl จำนวน 124 คน ร้อยละ 68.51 เฉลี่ย 213.13 mg/dl (S.D.=138.67) ต่ำสุด 33 mg/dl สูงสุด 1,079 mg/dl, ระดับน้ำตาล HbA1C ≥ 7 % จำนวน 171 คน ร้อยละ 94.48 เฉลี่ย 9.61 % (S.D.=2.71) ต่ำสุด 5.71 % สูงสุด 16.20 %, ค่าการทำงานของไต eGFR ≥ 60 ml/min จำนวน 148 คน ร้อยละ 81.77 เฉลี่ย 87.18 ml/min (S.D.=30.34) ต่ำสุด 4.82 ml/min สูงสุด 87.18 ml/min, ความชุกโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 9.94

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เพศ โรค

ประจำตัว LDL-cholesterol และ Total-cholesterol ซึ่งสามารถแปลผลได้ดังนี้

เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็น 7.05 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.05 (OR=7.05, 95% CI = 2.47-20.11) ดังตารางที่ 1

ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยหลักว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็น 13.08 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยหลักว่าเป็นโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.05 (OR=13.08, 95% CI = 3.56-46.81) ดังตารางที่ 1

ผู้ที่มีระดับ LDL-cholesterol ≥ 100 mg/dl มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็น 3.35 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีระดับ LDL-cholesterol < 100 mg/dl อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.05 (OR=3.35, 95% CI = 1.23-9.15) ดังตารางที่ 1

ผู้ที่มีระดับ Total-cholesterol ≥ 200 mg/dl มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็น 5.87 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีระดับ Total-cholesterol < 200 mg/dl อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.05 (OR=5.87, 95% CI = 1.64-21.04) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ปัจจัยเสี่ยง	เป็น Stoke		ไม่เป็น Stoke		χ^2	OR	95% CI
	n	%	n	%			
เพศ							
ชาย	12	66.67	36	22.09	16.53	7.05*	2.47-20.11
หญิง	6	33.33	127	79.91	Ref.	1	1
อายุ							

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ปัจจัยเสี่ยง	เป็น Stoke		ไม่เป็น Stoke		χ^2	OR	95% CI
	n	%	n	%			
≤ 50 ปี	5	27.78	62	38.04	Ref.	1	1
> 50 ปี	13	72.22	101	61.96	0.732	1.56	0.54-4.69
ค่า BMI (Kg/m ²)							
≤18 และ ≥23	13	72.22	121	74.23	0.034	0.90	0.30-2.68
>18 -<23	5	27.78	42	25.77	Ref.	1	1
โรคประจำตัว							
เบาหวาน	12	66.67	157	96.32	Ref.	1	1
ความดันโลหิตสูง	6	33.33	6	3.68	23.02	13.08*	3.56-46.81
HDL-cholesterol							
< 40 mg/dl	8	44.44	49	69.94	1.554	1.86	0.69-5.00
≥ 40 mg/dl	10	56.56	114	30.06	Ref.	1	1
LDL-cholesterol							
< 100 mg/dl	11	61.11	52	31.90	Ref.	1	1
≥ 100 mg/dl	7	38.89	111	38.10	6.09	3.35*	1.23-9.15
Total-cholesterol							
< 200 mg/dl	15	83.33	75	46.01	Ref.	1	1
≥ 200 mg/dl	3	16.67	88	53.98	9.03	5.87*	1.64-21.04
Triglyceride							
< 150 mg/dl	9	50.00	48	29.45	Ref.	1	1
≥ 150 mg/dl	9	50.00	115	70.55	3.17	2.40	0.90-6.41
ระดับน้ำตาล HbA1C							
< 7 %	1	5.56	9	5.52	Ref.	1	1
≥ 7 %	17	94.44	154	94.48	0.99	1.01	0.12-8.43
ค่า eGFR							
< 60 ml/min	1	5.56	33	20.25	4.45	0.23	0.03-1.8
≥60 ml/min	17	94.44	130	79.75	Ref.	1	1

*p-value<0.05

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว LDL-cholesterol และ Total-cholesterol ซึ่งสามารถแปลผลได้ดังนี้

เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็น 7.05 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับเพศหญิง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ชายมี

การตระหนักต่อภาวะสุขภาพของตนเองน้อยกว่า ผู้หญิงซึ่งการขาดความตระหนักต่อภาวะสุขภาพอาจทำให้ขาดโอกาสในการเข้าถึงการคัดกรองและการรักษาของผู้ป่วยเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมาภายหลัง สอดคล้องกับ เกษชดา ปัญเศษ และคณะ (2558)¹ พบว่า ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดขึ้นอยู่กับสถานภาพด้านเพศ โดยเพศชายมีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

เลือดเฉลี่ยสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยหลักว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็น 13.08 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยหลักว่าเป็นโรคเบาหวาน ทั้งนี้เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงทำให้ความดันในหลอดเลือดแดงสูงขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานหนักและหนาตัวขึ้น เลือดดีจากปอดและหัวใจห้องบนซ้ายไม่สามารถไหลลงหัวใจห้องล่างซ้ายได้ ส่งผลทำให้หัวใจโตและเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ในที่สุด สอดคล้องกับพิทยา ธรรมวงศา และวงศา เล้าหศิริวงศ์ (2561)³ พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับปานกลางร้อยละ 18.05 (95%CI =14.87-21.58) และ Nakapong, R., Srichang, N., & Jumprakarw, L.A. (2010)⁸ พบว่า ความชุกของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 22.0

ผู้ที่มีระดับ LDL-cholesterol ≥ 100 mg/dl มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็น 3.35 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีระดับ LDL-cholesterol < 100 mg/dl และผู้ที่มีระดับ Total-cholesterol ≥ 200 mg/dl มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็น 5.87 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีระดับ Total-cholesterol < 200 mg/dl อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.05 (OR=5.87, 95% CI =1.64-21.04) ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติหมายถึงระดับไขมันในเลือดหนึ่งชนิดหรือมากกว่านั้นอยู่ในระดับที่ผิดปกติ ซึ่งจากการวิจัยพบว่า LDL-cholesterol และ Total-cholesterol ที่มีค่าผิดปกติมีผลต่อโรคระบบหัวใจและ

หลอดเลือด ทั้งคอเลสเตอรอลที่ “ไม่ดี” ขนส่งอนุภาคคอเลสเตอรอลไปทั่วร่างกายคอเลสเตอรอล LDL สะสมในผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแข็งและแคบ อาจทำให้หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิทยา ธรรมวงศา และวงศา เล้าหศิริวงศ์ (2561)³ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีไขมันแอลดีแอล มากกว่าหรือเท่ากับ 100 มก./ดล. มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 8.42 เท่าของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีไขมันแอลดีแอลน้อยกว่า 100 มก./ดล. (95%CI: 3.43-20.69; p-value $< .001$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. จากการวิจัยนี้ไม่ศึกษาปัจจัยการสูบบุหรี่ ซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้พบว่าเพศชายซึ่งอาจจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าเพศหญิง
2. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการใช้ข้อมูลย้อนหลัง จากข้อมูลการตรวจสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน จึงไม่ได้ศึกษาปัจจัยด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ซึ่งอาจจะมีผลต่อ Cholesterol ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ปัจจัยการสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านพฤติกรรม เป็นต้น
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้น ควรจัดกิจกรรมเพื่อลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

1. เกษขดา ปัญเศษ และคณะ (2558). ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรที่ ปฏิบัติราชการ ส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุขโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด Rama - EGAT Heart Score. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/39500>
2. คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสามชัย (2566). ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรงพยาบาลสามชัย. โปรแกรม Hosxp.
3. พิทยา ธรรมวงศา และวงศา เล้าหศิริวงศ์. (2561). สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรธานี. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/download/168634/121338/>
4. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรหมเจริญ และ วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. (2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. <https://www.hsri.or.th/media/printed-matter/detail/13443>.
5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2559). คู่มือประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.).องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก .
6. American Heart Association. (2015). Highlights of the 2015 American Heart Association Guidelines Update for CPR and ECC, p.4. <https://eccguidelines.heart.org/wpcontent/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-English.pdf>
7. Punset, K., Klinthuesin, S., Kingkaew, A., & Wongmaneeroj, W. (2013). Cardiovascular risk among staff working at The Central of Ministry of Public Health Using Risk Assessment of Rama-EGAT Heart Score. Nursing Journal of The Ministry of Public Health, 23(2), 57-70. (in Thai).
8. Nakapong, R., Srichang, N., & Jumprakarw, L.A. (2010). practical guide for health behavioral modification to reduce multiple risk factors of cardiovascular disease. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
9. Vasan, R.S., Larson, M.G., Leip, E.P., Kannel, W.B., & Levy, D. (2001) Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertensive participants in the Framingham Heart Study: a cohort study. The Lancet, 358(9294), 1682-1686.
10. Word Health Organization. (2016). World health statistics 2016: Monitoring health for the SDGs, and sustainable Development goals. Geneva: World Health.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้วิธีใหม่

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง ตำบลดอนสมบูรณ์

อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of care system for patients with uncontrolled diabetes

In Ban Don Yanang Sub-district Health Promoting Hospital Don Somboon Subdistrict,
Yang Talat District, Kalasin Province.

(Received: August 23,2023 ; Revised: August 26,2023 ; Accepted: August 27,2023)

เต็มใจ แก้วรักษา¹Temjai Kaewragsa¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพและบริบทของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลดอนสมบูรณ์ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้วิธีใหม่ ภายใต้บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง ตำบลดอนสมบูรณ์ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการศึกษาทั้งสิ้น 8 เดือน ตั้งแต่ เดือน ตุลาคม 2565 – พฤษภาคม 2566 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) มากกว่า 7 ซึ่งอยู่ในระบบทะเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานางและได้รับการดูแลตลอดช่วงระยะเวลาการศึกษา จำนวน 253 คน เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired sample t – test

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนดำเนินการ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีปัญหาสุขภาพที่สำคัญคือ ภาวะน้ำหนักเกิน-โรคอ้วนระดับ 2, ภาวะความดันโลหิตสูง, ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) มากกว่า 7.01 % และมีความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการสภาวะสุขภาพด้วยตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ผู้วิจัยได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้วิธีใหม่ ประกอบด้วย 1) การสร้างเสริมทักษะของผู้ป่วย/ญาติให้สามารถจัดการสภาวะสุขภาพด้วยตนเองและประสานรับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ 2) สร้างบทบาทให้ อสม. ให้เป็นโค้ชด้านสุขภาพ (Health coach) และรวบรวมบันทึกสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยส่งให้ รพ.สต. ก่อนวันนัดรับยา 3) ปรับระบบบริการใน คลินิก NCD รพ.สต.ในการบันทึกข้อมูล คัดกรองความเสี่ยง วินิจฉัย จัดกลุ่มผู้ป่วย และจัดช่องทางจ่ายยาให้ผู้ป่วย 4) ปรับระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้วิธีใหม่ และ 5) แจกทีมเยี่ยมบ้านออกเยี่ยมเสริมพลัง ให้ความรู้ และค้นหาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย ส่งผลให้ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการสภาวะสุขภาพด้วยตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้น ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) มีค่าลดลง (ค่า t เป็นบวก) และมีความพึงพอใจมากต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้วิธีใหม่ที่พัฒนาขึ้น

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน, ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้, จัดการสุขภาพด้วยตนเอง

ABSTRACT

This research focuses on the study of health conditions and contextual factors affecting diabetes patients in the Don Somboon Subdistrict, Yang Talat District, Kalasin Province. Additionally, it aims to develop an improved care system for patients with a new type of diabetes within the context of Ban Don Ya Nang

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง ตำบลดอนสมบูรณ์ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Subdistrict Health Promotion Hospital. The study spanned a period of 8 months, commencing from October 2565 B.E. to May 2566 B.E. The research group comprised diabetes patients registered at Ban Don Ya Nang Subdistrict Health Promotion Hospital. A total of 253 individuals were included, and their data, primarily related to accumulated sugar levels (HbA1C) exceeding 7%, were collected and analyzed. The data analysis encompassed content analysis, frequency distribution, averages, standard deviations, and Paired sample t – test.

The results of the study showed that before the implementation The group of diabetic patients whose blood glucose levels were not controlled by age had major health problems. that These challenges encompassed severe issues like class 2 overweight-obesity, hypertension, HbA1C exceeding 7.01%, and a limited grasp of holistic self-health management. Responding to these concerns, researchers engineered a novel diabetic care system that transcends glycemic control. The multifaceted system embodies: 1) Enhancing patient and family skills in self-health management while fostering collaboration with the healthcare team. 2) Empowering Village Health Volunteers (VHVs) to assume the role of health coaches, curating patient health records and forwarding them to NH Hospital ahead of medication collection. 3) Pioneering risk assessment, diagnosis, and patient categorization. 4) Tailoring the diabetic care model to accommodate patients unable to regulate blood sugar, establishing a transformative new norm. Subsequent to implementation, patients grappling with poor glycemic control demonstrated a notable upswing in their grasp of self-health management. Notably, statistically significant discrepancies in blood glucose (HbA1C) emerged before and after the intervention, with a discernible post-intervention decrease in HbA1C levels (indicated by a positive t value). Evidently content, participants expressed high satisfaction with the revamped diabetes care system designed for refractory glucose levels.

Keywords: Diabetic care, uncontrolled blood glucose, self-management.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทำนายและประเทศไทยให้ความสำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตวายเรื้อรัง¹ และมีผลกระทบทำให้ประชากรสูญเสียปีสุขภาวะลำดับต้นๆ ของสาเหตุทั้งหมด จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562 พบว่า เพศหญิงสูญเสียปีสุขภาวะจากโรคเบาหวานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 11.3 ของสาเหตุทั้งหมด รองลงมาคือโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 8.2 ในขณะที่เพศชายสูญเสียปีสุขภาวะจากโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 7.9 และโรคเบาหวานร้อยละ 7.3² ทั้งนี้ในปีงบประมาณ 2563-2565 พบความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 4,543.46,

4,794.62 และ 5,033.79 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ย 326,246 คนต่อปี³ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเบาหวานเป็นอย่างมาก จากรายงานประจำปี 2564 ของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ว่านับตั้งแต่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ระลอกแรกจนถึงเดือนตุลาคม 2564 พบผู้เสียชีวิตสะสม 18,336 ราย ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวในกลุ่มโรคไม่ติดต่อร้อยละ 70 เมื่อจำแนกกลุ่มโรคไม่ติดต่อย่อยโรคพบว่า โรคเบาหวานมีส่วนการเสียชีวิตร้อยละ 37 กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป กับกลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี มีความแตกต่างกันไม่มากนัก⁴ ประกอบกับในช่วงของการระบาดโรคโควิด 19 รัฐบาลได้กำหนด

มาตรการเพื่อการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ซึ่งส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนทั้งในแง่พฤติกรรมทางบริโภค การมีกิจกรรมทางกาย กิจกรรมทางสังคม นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อระบบบริการในคลินิกโรคเบาหวานที่ต้องเปลี่ยนแปลงระบบบริการให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นภายใต้ “ระบบบริการสุขภาพวิถีใหม่”⁵ เพื่อให้ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลตามมาตรฐานและต่อเนื่อง ลดความแออัดในสถานบริการโดยเฉพาะในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งนี้เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในการเดินทางมารับบริการที่สถานพยาบาล

จากแนวคิดการส่งมอบบริการ (service delivery) ภายใต้องค์ประกอบของกรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (Six Building Blocks of Health System) หรือ WHO Building Blocks ซึ่งประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 8 ประการ ได้แก่ ความครอบคลุม การเข้าถึงความครอบคลุม ความต่อเนื่อง คุณภาพ การมีบุคคลเป็นศูนย์กลาง การมีส่วนร่วม การประสานงาน และความรับผิดชอบ/ประสิทธิภาพ^{6,7,8} กรอบการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้วิเคราะห์และเสนอแนวทางการปรับระบบการบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบคือ 1) สนับสนุนให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยทำ Self-monitoring และสร้างเครือข่ายการส่งข้อมูลจากผู้ป่วยถึงผู้รักษา เพื่อเตรียมการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมล่วงหน้าก่อนถึงวันนัดตรวจและรับยา 2) กำหนดคุณสมบัติของบุคลากร พัฒนาศักยภาพที่เหมาะสม และปรับระบบการทำงานให้บุคลากรดูแลผู้ป่วยโรคทั่วไปมากกว่า 1 โรค รวมถึงมีความสามารถในการจัดการผู้ป่วยในระยะต่าง ๆ ประกอบด้วย การดูแลแบบ Chronic care, Long term care และ Palliative care แบบครบวงจร 3) พัฒนาระบบสารสนเทศหรือใช้ระบบสารสนเทศเพื่อช่วยในการ

สื่อสารข้อมูล 2 ทางและแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงทางคลินิก 4. การปรับระบบเภสัชกรรม คลังยา และการส่งยาที่เหมาะสม 5. การปรับระบบการจ่ายค่าตอบแทนการให้บริการจากกองทุนหลักประกันสุขภาพต่างๆ เพื่อการจัดบริการวิถีใหม่ให้เหมาะสม 6. การอภิบาลระบบโดยให้ความสำคัญตามหลัก 2P Safety (Patient and Personnel Safety) คือ ปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากร⁵

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง เป็นหน่วยปฐมภูมิขนาดกลาง รับผิดชอบพื้นที่จำนวน 14 หมู่บ้าน ในปีงบประมาณ 2563-2565 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 640, 639 และ 636 รายตามลำดับ และในปี 2565 มีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้จำนวน 346 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.40¹¹ ซึ่งอยู่ในระบบทะเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานางจำนวน 205 รายอีกส่วนหนึ่งอยู่ในระบบทะเบียนของโรงพยาบาลแม่ข่าย ทั้งนี้ที่ผ่านมามีการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีข้อจำกัดหลายด้านทั้งในด้านบุคลากร พื้นที่บริการ การจัดกลุ่มเข้ารับบริการ และการจัดระบบบริการให้มีความเหมาะสมตามความเสี่ยงและระดับความรุนแรงของโรค ทำให้เกิดความแออัดในการให้บริการ เสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อหรือแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 และไม่สามารถบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผู้วิจัยในฐานะเป็นหัวหน้าหน่วยงานจึงมีความต้องการที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งมอบบริการ (service delivery) และแนวทางการปรับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่ของกรมการแพทย์มาใช้ในการวิเคราะห์ระบบ ออกแบบ คัดสรร และปรับระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ภายใต้บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง โดยคาดหวังว่าระบบที่

พัฒนาขึ้นนี้จะช่วยพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของหน่วยงานให้เกิดผลลัพธ์ทั้งสถานะสุขภาพของผู้ป่วยและคุณภาพบริการที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพและบริบทของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่ตำบลดอนสมบูรณ์ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้วิถีใหม่ ภายใต้บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง ตำบลดอนสมบูรณ์ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้วิถีใหม่ ภายใต้บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง ตำบลดอนสมบูรณ์ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
4. เพื่อศึกษาผลของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้วิถีใหม่ ภายใต้บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง ตำบลดอนสมบูรณ์ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีระยะเวลาในการศึกษาทั้งสิ้น 8 เดือน เริ่มตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2565 ถึงเดือน พฤษภาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรคือผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในตำบลดอนสมบูรณ์ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์จำนวน 346 คน

2. กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในระบบทะเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานางที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) > 7 mg% และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 253 คน ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมเป็น 5 รุ่น ได้แก่ รุ่นที่ 1 - 3 จำนวนรุ่นละ 51 คน และรุ่นที่ 4,5 จำนวน 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมคือ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้วิถีใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง ตำบลดอนสมบูรณ์ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การศึกษาสภาวะสุขภาพและบริบทของผู้ป่วยโรคเบาหวาน, การวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน, การกำหนดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานวิถีใหม่, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีใหม่ภายใต้บริบท, การควบคุม กำกับและติดตามผลการดำเนินงาน, การทบทวนและปรับปรุงแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานวิถีใหม่ของแต่ละระดับให้เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ และสรุปถอดบทเรียน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลจากการระดมสมองของทีมสุขภาพ เป็นแบบบันทึกปลายเปิดถึงโครงสร้างที่พัฒนาขึ้นเอง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้วิถีใหม่ ภายใต้บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง ตำบลดอนสมบูรณ์ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ 3 รูปแบบ ได้แก่ การวิพากษ์ข้อดีและข้อจำกัด, รูปแบบที่คัดสรรและออกแบบรูปแบบตามบริบทพื้นที่ โดยระบุถึง

บทบาท เครื่องมือที่จำเป็น กระบวนการ ผลลัพธ์ และ
สาระสำคัญ

2.2 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน
รายบุคคลประกอบด้วย ข้อมูลบุคคล, การวัดสภาวะ
สุขภาพด้วยตนเอง, การประเมินสภาวะสุขภาพด้วย
ตนเอง, การประเมินภาวะแทรกซ้อนหรืออาการที่ต้อง
เฝ้าระวังด้วยตนเอง, การตรวจค่าระดับน้ำตาลสะสมใน
เลือด (Hemoglobin A1c : HbA1c)

2.3 แบบวัดความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการ
สภาวะสุขภาพด้วยตนเองประกอบด้วย การวัดสภาวะ
สุขภาพด้วยตนเอง, การบันทึกสภาวะสุขภาพด้วย
ตนเอง, การประเมินสภาวะสุขภาพด้วยตนเอง, ติดตาม
ภาวะแทรกซ้อนหรืออาการที่ต้องเฝ้าระวัง และการวางแผน
การดูแลสุขภาพด้วยตนเองจำนวน 20 ข้อ

2.4 แบบบันทึกการตั้งเป้าหมายในการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานของ
กรมการแพทย์⁶ จำนวน 9 ข้อ

2.5 แบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบการ
ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้วิธีใหม่
ประกอบด้วย การวัดสภาวะสุขภาพด้วยตนเอง, การ
บันทึกสภาวะสุขภาพด้วยตนเอง, การประเมินสภาวะ
สุขภาพด้วยตนเอง, การวางแผนการดูแลสุขภาพ
ด้วยตนเอง, การสนับสนุนเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมจากทีมสุขภาพ, การเข้าร่วมกลุ่มปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมวิธีใหม่, การเข้ารับบริการในคลินิกเบาหวาน
วิธีใหม่ และการรับยาที่บ้าน จำนวน 10 ข้อ

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย
เบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้วิธีใหม่ ภายใต้
บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยา
นาง ตำบลดอนสมบูรณ์ อำเภอยางตลาด จังหวัด
กาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาสภาวะสุขภาพ บริบทของผู้ป่วย
เบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และ

วิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง (ต.ค.65)

2. ประชุมเชิงปฏิบัติการกำหนดแนวปฏิบัติใน
การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
ไม่ได้วิธีใหม่ร่วมกับทีมสุขภาพ (พ.ย.65)

2.1 สะท้อนข้อมูลผลการศึกษาสภาวะ
สุขภาพ บริบทของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับ
น้ำตาลในเลือดไม่ได้ และผลการวิเคราะห์ระบบการ
ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านดอนยานาง

2.2 ระดมสมองออกแบบ คัดสรรและ
กำหนดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ภายใต้บริบทโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง

3. ดำเนินการและติดตามผลการดำเนินการตาม
แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับ
น้ำตาลในเลือดไม่ได้ร่วมกับทีมสุขภาพ ระยะที่ 1 (ธ.ค.
65-ม.ค.66)

3.1 จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิธีใหม่
ภายใต้บริบท โดยแบ่งกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมเป็น 5 รุ่น
ได้แก่ รุ่นที่ 1 - 3 จำนวนรุ่นละ 51 คน และรุ่นที่ 4-5
จำนวน 50 คน

3.2 จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิธีใหม่ภายใต้บริบท รวบรวมที่
เข้าร่วมกระบวนการ

3.3 ประเมินสภาวะสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับ
การจัดการสภาวะสุขภาพด้วยตนเองและความพึงพอใจ
ต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับ
น้ำตาลไม่ได้วิธีใหม่

4. ประชุมเชิงปฏิบัติการทบทวนและปรับปรุง
แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับ
น้ำตาลในเลือดไม่ได้วิธีใหม่ของแต่ละระดับให้
เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ร่วมกับทีมสุขภาพ
(ก.พ.66)

4.1 สะท้อนข้อมูลผลการดำเนินการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้วิธีใหม่

4.2 ระดมสมองทบทวนปรับปรุงแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานวิธีใหม่ของแต่ละระดับให้เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์

5. ดำเนินการและติดตามผลการดำเนินการตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ร่วมกับทีมสุขภาพ ระยะที่ 2 (มี.ค.-เม.ย.66)

5.1 จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิธีใหม่ภายใต้บริบท โดยแบ่งกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมเป็น 5 รุ่น ได้แก่ รุ่นที่ 1 - 3 จำนวนรุ่นละ 51 คน และรุ่นที่ 4,5 จำนวน 50 คน

5.2 จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิธีใหม่ภายใต้บริบท รายการกลุ่มที่เข้าร่วมกระบวนการ

5.3 ประเมินสถานะสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพด้วยตนเองและความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้วิธีใหม่

6. สรุปถอดบทเรียนการปรับระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานางร่วมกับทีมสุขภาพ (พ.ค.66)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired sample t – test

จริยธรรมงานวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. บริบทและสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ก่อนดำเนินการ

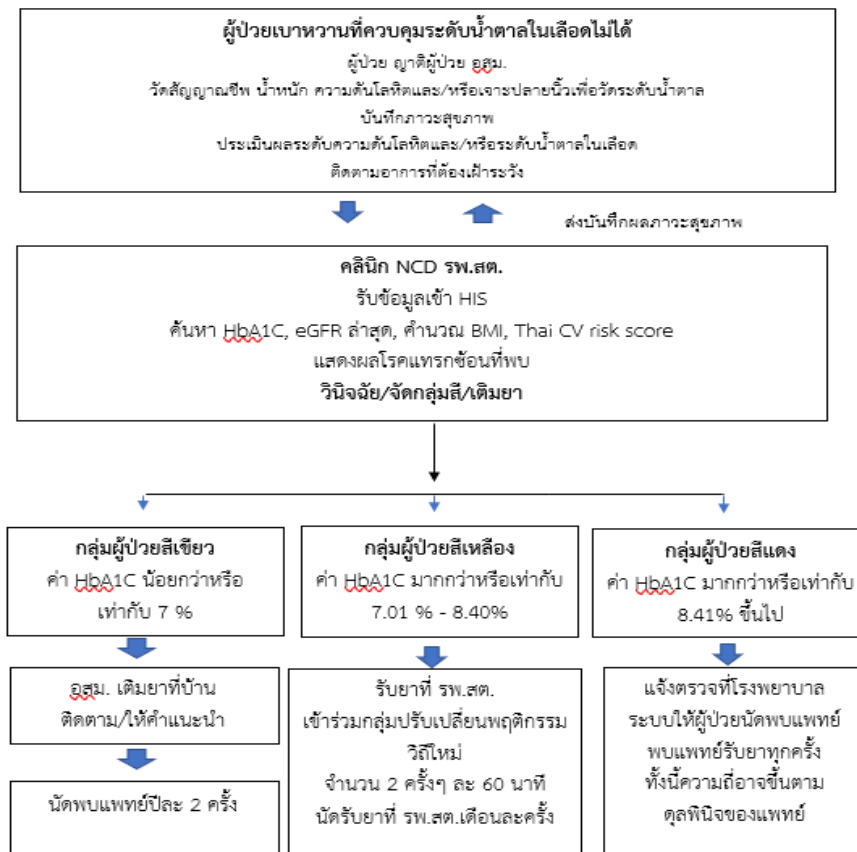
กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.0) อายุเฉลี่ย 58.19 ปี (S.D. = 7.638) ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 62.8) ระดับดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 57.3) รองลงมาคือ น้ำหนักเกิน (ร้อยละ 31.6), โรคอ้วนระดับ 1 (ร้อยละ 8.7), โรคอ้วนระดับ 2 (ร้อยละ 2.0) ตามลำดับ ระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับโรคความดันโลหิตสูงระดับ 2 (ร้อยละ 24.5) รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูงระดับ 1 (ร้อยละ 23.3), สูงกว่าเกณฑ์ปกติแต่ยังไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 13.4) และโรคความดันโลหิตสูงระดับ 3 (ร้อยละ 11.1) ตามลำดับ โดยที่มีภาวะความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติและเหมาะสมเพียงร้อยละ 23.8 ในส่วนระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) อยู่ในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 8.41% ขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 51.0) รองลงมาคือ ระหว่าง 7.01 % - 8.40% (ร้อยละ 48.2) ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการสภาวะสุขภาพด้วยตนเองภาพรวมอยู่ในระดับน้อยส่วนรายด้านการติดตามสภาวะสุขภาพด้วยตนเอง, การวางแผนการดูแลสภาวะสุขภาพด้วยตนเองอยู่ในระดับน้อยถึงน้อยมาก

2. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้วิธีใหม่ภายใต้บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง ตำบลดอนสมบูรณ์ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถสรุปได้ ดังภาพประกอบ 1

3. การทบทวนและปรับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้วิธีใหม่ ผู้วิจัยได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการปรับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้วิธีใหม่ร่วมกับทีมสุขภาพ โดยมีกิจกรรมสะท้อนข้อมูลผลการดำเนินงานในระยะที่ 1 และระดมสมองออกแบบ คัดสรร รวมถึงกำหนดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

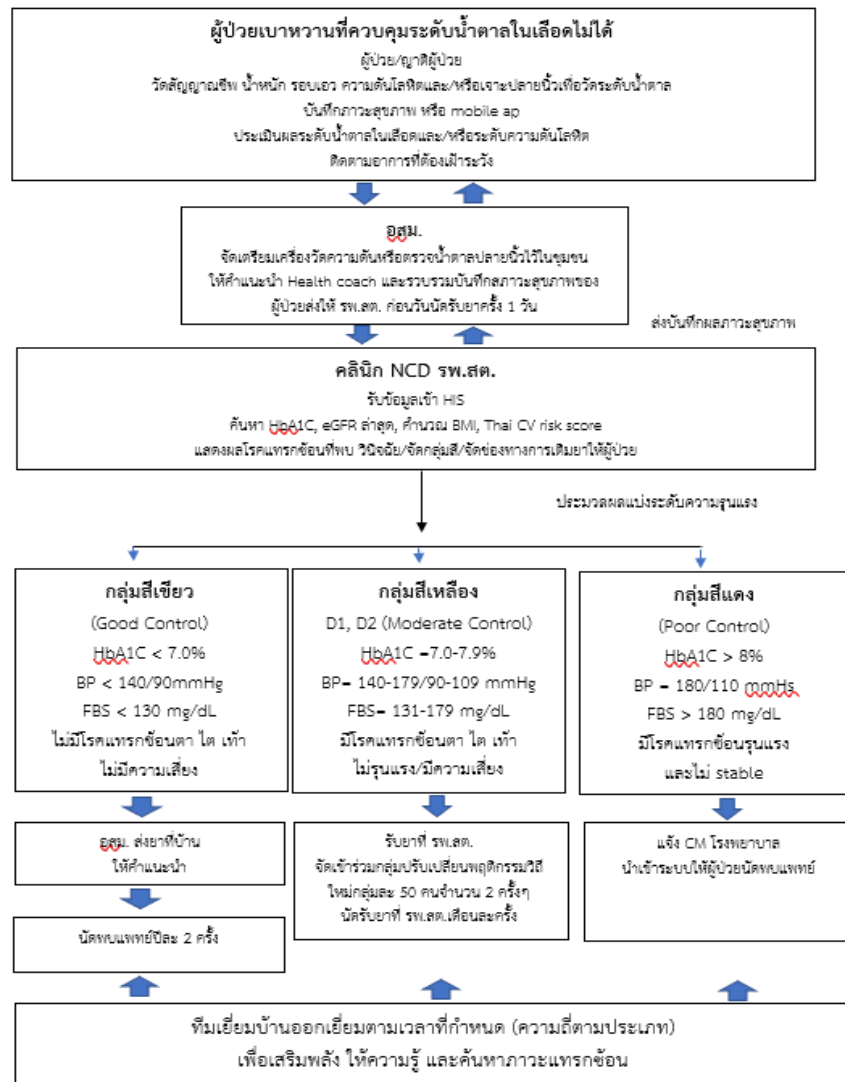
ภายใต้บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน ดอนยานาง ดังภาพประกอบ 2

การจัดบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้วิธีใหม่ รพ.สต.บ้านดอนยานาง (ระยะที่ 1)



ภาพประกอบ 1 การจัดบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงวิธีใหม่ รพ.สต.บ้านดอนยานาง (ระยะที่ 1)

การจัดการบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงวิถีใหม่ รพ.สต.บ้านดอนยานาง (ระยะที่ 2)



ภาพประกอบ 2 การจัดการบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงวิถีใหม่ รพ.สต.บ้านดอนยานาง (ระยะที่ 2)

4. ผลของระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้วิถีใหม่ภายใต้บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง ตำบลดอนสมบูรณ์ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

4.1 ระดับความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการสภาวะสุขภาพด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง ต.ดอนสมบูรณ์ อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ

ตาราง 1 การเปรียบเทียบระดับความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการสภาวะสุขภาพด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง ต.ดอนสมบูรณ์ อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ รุ่นที่ 1 – 5 (Paired sample t – test)

รุ่น	ก่อน		หลัง		df	t	p - value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
รุ่นที่ 1	48.27	7.051	90.69	5.802	50	-84.77	50	-43.417	-41.407
รุ่นที่ 2	91.53	4.388	91.53	4.388	50	-92.78	50	-42.489	-40.688

ตาราง 1 การเปรียบเทียบระดับความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการสภาวะสุขภาพด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง ต.ดอนสมบูรณ์ อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ รุ่นที่ 1 – 5 (Paired sample t – test)

รุ่น	ก่อน		หลัง		df	t	p - value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
รุ่นที่ 3	90.57	5.178	90.57	5.178	50	-38.05	50	-40.666	-36.588
รุ่นที่ 4	57.00	9.064	91.74	5.244	49	-32.49	49	-36.889	-32.591
รุ่นที่ 5	54.44	7.809	91.14	4.504	49	-36.52	49	-38.720	-34.680
รวม	52.29	8.194	91.13	5.032	252	-92.82	252	-39.662	-38.014

จากตาราง 1 การเปรียบเทียบระดับความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการสภาวะสุขภาพด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง ต.ดอนสมบูรณ์ อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ รุ่นที่ 1 – 5 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการระดับความเข้าใจเกี่ยวกับการ

จัดการสภาวะสุขภาพด้วยตนเองมีค่าเพิ่มขึ้น (ค่า t เป็นลบ)

4.2 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง ต.ดอนสมบูรณ์ อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ

ตาราง 2 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง ต.ดอนสมบูรณ์ อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์ หลังการดำเนินการ

รุ่นที่	มากกว่า 7 %		น้อยกว่า 7 %	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	30	58.8	21	41.2
2	24	47.1	27	52.9
3	40	78.4	11	21.6
4	17	33.3	33	64.7
5	13	25.5	37	72.5
รวม	124	49.01	129	50.99

จากตาราง 2 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง ต.ดอนสมบูรณ์ อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์ หลังการดำเนินการ พบว่า โดยรวมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) มีค่าน้อยกว่า 7 ร้อยละ 50.99 โดยที่รุ่นที่ 5 มีค่าน้อยกว่า 7

% มากที่สุด รองลงมาคือ รุ่นที่ 4, รุ่นที่ 2, รุ่นที่ 1 และรุ่นที่ 3 ตามลำดับ

4.3 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง ต.ดอนสมบูรณ์ อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ

ตาราง 3 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง ต.ดอนสมบูรณ์ อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการรุ่นที่ 1 – 5 (Paired sample t – test)

รุ่น	ก่อน		หลัง		df	t	p - value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
รุ่นที่ 1	10.01	2.228	9.54	3.673	50	2.044	0.046	0.00820	0.927
รุ่นที่ 2	8.86	1.316	7.35	1.590	50	13.650	0.000	1.29417	1.740
รุ่นที่ 3	8.82	0.726	7.76	1.017	50	8.370	0.000	0.80475	1.312
รุ่นที่ 4	9.10	1.094	7.16	2.045	49	11.293	0.000	1.59463	2.284
รุ่นที่ 5	8.88	0.571	6.37	0.720	49	32.516	0.000	2.34737	2.656
รวม	9.13	1.390	7.37	2.335	252	21.76	0.000	1.605	1.925

จากตาราง 3 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง ต.ดอนสมบูรณ์ อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการพัฒนา รุ่นที่ 1 – 5 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลัง

ดำเนินการระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) มีค่าลดลง (ค่า t เป็นบวก)

4.2 ระดับความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้วิถีใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง ต.ดอนสมบูรณ์ อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ

ตาราง 4 การเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้วิถีใหม่ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง ต.ดอนสมบูรณ์ อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ รุ่นที่ 1 – 5 (Paired sample t – test)

รุ่น	ก่อน		หลัง		df	t	p - value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
รุ่นที่ 1	29.41	7.902	42.88	2.026	50	-12.90	0.000	-15.567	-11.374
รุ่นที่ 2	27.69	5.690	43.45	1.803	50	-17.80	0.000	-17.543	-13.986
รุ่นที่ 3	23.78	7.852	43.24	2.132	50	-18.96	0.000	-21.512	-17.390
รุ่นที่ 4	28.04	7.033	43.28	2.041	49	-16.71	0.000	-17.073	-13.407
รุ่นที่ 5	35.08	7.580	43.74	1.893	49	-7.30	0.000	-11.045	-6.275
รวม	31.76	8.077	43.32	1.987	252	-21.27	0.000	-12.627	-10.487

จากตาราง 4 การเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้วิถีใหม่ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง

ต.ดอนสมบูรณ์ อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการดำเนินการ รุ่นที่ 1 – 5 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการระดับความพึงพอใจต่อระบบ

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้วิธีใหม่มีค่าเพิ่มขึ้น (ค่า t เป็นลบ)

อภิปรายผล

ก่อนดำเนินการ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้อายุเฉลี่ย 58.19 ปี (S.D. = 7.638) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาสุขภาพที่สำคัญคือ ระดับภาวะน้ำตาลเกิน-โรคอ้วนระดับ 2, ภาวะความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) มากกว่า 7.01 % และมีความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการสภาวะสุขภาพด้วยตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับน้อยทั้งในด้านการติดตามสภาวะสุขภาพด้วยตนเอง, การวางแผนการดูแลสภาวะสุขภาพด้วยตนเองสอดคล้องกันกับการศึกษาของมนฑิต พูลสงวน ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเกาะยาวชัยพัฒน์ จังหวัดพังงา พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้แก่ ระดับดัชนีมวลกาย BMI >22⁹ และการศึกษาของธีรศักดิ์ พาจันท์, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, บุญสัน อนารัตน์ และนิรันดร์ ธารละคร ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย พบว่า ความรอบรู้สุขภาพด้านความเข้าใจเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 3.48 เท่า (Adjusted OR=3.48, 95% CI=1.96–6.19, p<0.001)¹⁰

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้วิธีใหม่ภายใต้บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง ตำบลดอนสมบูรณ์ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การสร้างเสริมทักษะของผู้ป่วย/ญาติให้สามารถวัดสภาวะ

สุขภาพ, บันทึกสภาวะสุขภาพ, การประเมินสภาวะสุขภาพ, การติดตามภาวะแทรกซ้อนหรืออาการที่ต้องเฝ้าระวัง, วางแผนการดูแลสภาวะสุขภาพ และประสานรับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ 2) การสร้างบทบาทให้ อสม. ดำเนินการจัดเตรียมเครื่องวัดความดันหรือตรวจน้ำตาลปลายนิ้วไว้ในชุมชน, โค้ชด้านสุขภาพ (Health coach) และรวบรวมบันทึกสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยส่งให้ รพ.สต. ก่อนวันนัดรับยา 3) ปรับระบบบริการในคลินิก NCD รพ.สต. โดยรับข้อมูลเข้าระบบบันทึกข้อมูลบริการ, ค้นหาประวัติ HbA1C, eGFR ล่าสุด, คำนวณ BMI, ประเมิน Thai CV risk score แสดงผลโรคแทรกซ้อนที่พบ วินิจฉัย จัดกลุ่มผู้ป่วยโดยมีการปรับเกณฑ์แยกกลุ่มผู้ป่วยใหม่ตามเกณฑ์ของกรมการแพทย์ และจัดช่องทางจ่ายยาให้ผู้ป่วย 4) ปรับระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้วิธีใหม่ โดยผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว ให้ รพ.สต.ประสาน อสม. รับยาและเยี่ยมที่บ้านผู้ป่วย ติดตาม/ให้คำแนะนำ และนัดพบแพทย์ปีละ 2 ครั้ง, ผู้ป่วยกลุ่มสีเหลือง เจ้าหน้าที่นัดรับยาที่ รพ.สต.เดือนละครั้ง พร้อมทั้งนัดเข้าร่วมกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีใหม่ในช่วงรอรับยา ครั้งละ 60 นาที และผู้ป่วยกลุ่มสีแดง ได้แจ้ง Case manager โรงพยาบาลแม่ข่าย นำเข้าสู่ระบบนัดพบแพทย์ 5) แจ้งทีมเยี่ยมบ้านออกเยี่ยมตามเวลาที่กำหนด เพื่อเสริมพลัง ให้ความรู้ และค้นหาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการปรับระบบการบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิธีใหม่ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ของกรมการแพทย์ ซึ่งมุ่งเน้นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยทำ Self-monitoring และสร้างเครือข่ายการส่งข้อมูลจากผู้ป่วยถึงผู้รักษา เพื่อเตรียมการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมล่วงหน้าก่อนถึงวันนัดตรวจและรับยา, การปรับระบบการทำงาน

ให้บุคลากรดูแลผู้ป่วยโรคทั่วไปมากกว่า 1 โรค รวมถึงมีความสามารถในการจัดการผู้ป่วยในระยะต่าง ๆ ประกอบด้วย การดูแลแบบ Chronic care, Long term care และ Palliative care แบบครบวงจร, ปรับระบบสารสนเทศหรือใช้ระบบสารสนเทศเพื่อช่วยในการสื่อสารข้อมูล 2 ทางและแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงทางคลินิก, ปรับระบบเภสัชกรรม คลังยา และการส่งยาที่เหมาะสม และการอภิบาลระบบโดยให้ความสำคัญตามหลัก 2P Safety (Patient and Personnel Safety) คือ ปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากร โดยลดความแออัดในคลินิก NCD⁵ ส่งผลให้ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการสภาวะสุขภาพด้วยตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้น ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) มีค่าลดลง (ค่า t เป็นบวก) และมีความพึงพอใจมากต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้วิธีใหม่ที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกันกับการศึกษาของจุฑารัตน์ บุตรดีขันท์ ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดโรคไวรัสโคโรนา 2019 กรณีศึกษาโรงพยาบาลรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในสถานบริการ โดยมีการจัดกลุ่มผู้ป่วยตามระดับมาตรการควบคุมโรค คัดกรองและให้การรักษาผู้ป่วยแบบบริการเบ็ดเสร็จจุดเดียว ปรับระบบการการเคมียาโดยแพทย์, การเชื่อมโยงระบบบริการโดยการประยุกต์ใช้ 3 หมอ และ สถานีสภาพ โดยหมอคนที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มสีเขียว หมอคนที่ 2 (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ดูแลผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มสีเหลืองจัดบริการเบ็ดเสร็จจุดเดียว ที่ รพ.สต.

หมอคนที่ 3 (แพทย์) ดูแลผู้ป่วยกลุ่มสีแดง และกลุ่มที่ความยุ่งยากซับซ้อนจัดบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่โรงพยาบาล โดยเน้นการส่งยาไปให้ผู้ป่วยที่บ้าน, การให้คำแนะนำ และติดตามการปฏิบัติตัวใช้ทั้งทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีความพึงพอใจมากต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก¹¹ และการศึกษาของปณณณิน เชื้อนเพ็ชร, สายสุรีย์ หงส์ศิลา และสุภารัตน์ อรรถกิจมงคล ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ยากต่อการรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแม่ลาว พบว่า รูปแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.001$)¹²

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

คลินิกโรคเบาหวานสามารถนำระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้วิธีใหม่ภายใต้บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง ตำบลดอนสมบูรณ์ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ที่พัฒนาขึ้นไปใช้เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของหน่วยงานให้เกิดผลลัพธ์ทั้งสถานะสุขภาพของผู้ป่วย และคุณภาพบริการที่ดียิ่งขึ้นต่อไป โดยมุ่งเน้นปรับกระบวนการบริการได้แก่

- 1) สร้างเสริมทักษะของผู้ป่วย/ญาติให้สามารถวัดสภาวะสุขภาพ, บันทึกสภาวะสุขภาพ, การประเมินสภาวะสุขภาพ, การติดตามภาวะแทรกซ้อนหรืออาการที่ต้องเฝ้าระวัง, วาง

แผนการดูแลสุขภาพ และประสานรับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ

2) การสร้างบทบาทให้ อสม. ดำเนินการจัดเตรียมเครื่องวัดความดันหรือตรวจน้ำตาลปลายนิ้วไว้ในชุมชน, โค้ชด้านสุขภาพ (Health coach) และรวบรวมบันทึกสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยส่งให้รพ.สต. ก่อนวันนัดรับยา

3) ปรับระบบบริการใน คลินิก NCD รพ.สต. โดยรับข้อมูลเข้าระบบบันทึกข้อมูลบริการ, ค้นหาประวัติ HbA1C, eGFR ล่าสุด, คำนวณ BMI, ประเมิน Thai CV risk score แสดงผลโรคแทรกซ้อนที่พบ วินิจฉัย จัดกลุ่มผู้ป่วยโดยมีการปรับเกณฑ์แยกกลุ่มผู้ป่วยใหม่ตามเกณฑ์ของกรมการแพทย์ และจัดช่องทางจ่ายยาให้ผู้ป่วย

4) ปรับระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้วิธีใหม่ให้มีความ

เหมาะสมตามความเสี่ยงและระดับความรุนแรงของโรค

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาพัฒนาโปรแกรมการบันทึกข้อมูลหรือสื่อสารข้อมูลสุขภาพให้กับผู้ป่วยเบาหวานและทีมสุขภาพ เพื่อใช้กำกับ ติดตามดูแลกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างครบถ้วนและง่ายสะดวกต่อการทำงานเพิ่มมากขึ้น

2) ควรมีการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภายใต้บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระยะยาว เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2558). การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
2. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2560). การสูญเสียสุขภาพ : รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557. 2560. มุานิติเพื่อการพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, <http://bodthai.net>.
3. ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD). สืบค้น 22 กันยายน 2565. จาก <https://hdcservice.moph.go.th>
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์
5. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิธีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับระดับผู้ปฏิบัติงาน). องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์ กรุงเทพมหานคร <https://www.dms.go.th>.
6. World Health Organization. (2010). Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva: WHO Document Production Services, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>.

7. Manyazewal T. (2017). Using the World Health Organization health system building blocks through survey of healthcare professionals to determine the performance of public healthcare facilities. Arch Public Health. Aug 31;75:50. doi: 10.1186/s13690-017-0221-9. PMID: 29075485; PMCID: PMC5651704.
8. Borghi J, Brown GW. Taking Systems Thinking to the Global Level: Using the WHO Building Blocks to Describe and Appraise the Global Health System in Relation to COVID-19. Glob Policy. 2022 May;13(2):193-207. doi: 10.1111/1758-5899.13081. Epub 2022 Mar 19. PMID: 35601655; PMCID: PMC9111126.
9. มนทิท พูลสงวน. (2565). ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเกาะยาวชัยพัฒน์ จังหวัดพังงา. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 31(2), 299-306.
10. ธีรศักดิ์ พาจันทร, กฤษกันทร สุวรรณพันธ์, บุญสัน อนารัตน์ และนิรันดร์ ฤาละคร.(2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 16 (1), 285-298.
11. จุฑารัตน์ บุตรดีขันธ. การพัฒนารูปแบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 กรณีศึกษาโรงพยาบาลรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์. (2566). วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 8(1), 67-78.
12. ปุณณณิน เชื้อนเพ็ชร, สายสุรีย์ หงส์ศิลา และสุดาร์ตน์ อรรถกิจมงคล. การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ยากต่อการรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแม่ลาว. (2566)

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม

The development of a care model for patients with bloodstream infections Pla Pak Hospital Nakhon Phanom Province.

(Received: August 26,2023 ; Revised: August 28,2023 ; Accepted: August 29,2023)

จินตนา ภาวะดี¹
Jintana Paradee¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม ทำการศึกษาในระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคม 2566 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ 1. ทีมสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีวิทยา เภสัชกร นักโภชนาการ จำนวน 20 คน 2) ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม จำนวน 30 คน เปรียบเทียบก่อนและหลัง เครื่องมือที่ใช้ ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความพึงพอใจและแบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบและคู่มือการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการใช้สถิติเชิงพรรณนาหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนน ความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนาด้วยสถิติ Pair t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า 1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย (1) การคัดกรองภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมระดับตำบลโดยใช้ qSOFA (2) การคัดกรองในโรงพยาบาล (Triage) เข้าสู่ Sepsis fast track (3) แผนการรักษาในระยะเร่งด่วน (4) การพยาบาลภาวะช็อก (Septic shock) (5) ติดตามอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่รุนแรง (6) บันทึกเวลาวินิจฉัยและบันทึกเวลาแพทย์ตรวจ และ (7) การวางแผนการจำหน่าย 2) ผลของพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม พบว่า (1) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของทีมสุขภาพ พบว่าหลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($\bar{x}=22.45$, S.D.= 3.12; $\bar{x}=33.65$, S.D.= 1.98) และ ความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่าหลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($\bar{x}=21.86$, SD=3.27; $\bar{x}=33.70$, SD=2.13) (2) ร้อยละความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม ของทีมสุขภาพโดยภาพรวม พบว่าหลังพัฒนาระบบมีความเห็นด้วย กับความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม ร้อยละ 100 และเมื่อจำแนกรายข้อพบว่า มีความเห็นด้วยกับความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนมทุกข้อ ร้อยละ 100

คำสำคัญ : ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด,ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด,รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ, ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

This research is an action research to develop a model for caring for patients with bloodstream infections Pla Pak Hospital Nakhon Phanom Province. The purpose of this study was to develop and study the effects of the development of a care model for patients with bloodstream infections. Pla Pak Hospital Nakhon Phanom Province. The study was conducted between May and July 2023. The samples used in the research were: 1. The health team

¹ โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม

consisted of physicians, professional nurses, Medical Technologist Radiologists, pharmacists, nutritionists, 20 people. 2) Patients with sepsis who receive services at Pla Pak Hospital Nakhon Phanom Province, 30 people, comparing before and after. The research tools consisted of The tools used for data collection were general information questionnaires. a satisfaction assessment form and a feasibility assessment form of using the care model for patients with sepsis Pla Pak Hospital Nakhon Phanom Province. The instruments used in the experiment were a model and a manual for the care of patients with bloodstream infections. Caring for patients with bloodstream infections Pla Pak Hospital Nakhon Phanom Province. Data analysis Descriptive statistics were used to find frequency, percentage, mean and standard deviation. The satisfaction scores were analyzed before and after the development using Pair t-test, the level of statistical significance was set at 0.05.

The results of the study revealed that 1) the care model for patients with bloodstream infections Pla Pak Hospital Nakhon Phanom Province consisted of (1) Screening for sepsis in sub-district promotion hospitals using qSOFA (2) Hospital screening (Triage) into Sepsis fast track (3) Treatment plan in the urgent phase (4) Septic shock nursing, (5) monitoring signs and symptoms of severe infection, (6) recording time of diagnosis and recording time of physician examination, and (7) planning discharge. bloodstream infection patients Pla Pak Hospital Nakhon Phanom Province found that (1) the average satisfaction of the health team It was found that after the system development, the mean satisfaction increased from before the system development significantly 0.05 ($\bar{x} = 22.45$, S.D.= 3.12; $\bar{x} = 33.65$, S.D.= 1.98) and patient satisfaction. It was found that after the system development, the mean satisfaction was significantly increased than before the system development by 0.05 ($\bar{x} = 21.86$, SD = 3.27; $\bar{x} = 33.70$, SD = 2.13) (2). of using the patient care model for bloodstream infections Pla Pak Hospital Nakhon Phanom Province of the overall health team It was found that after developing the system, there was a consensus on the possibility of using a model to care for patients with bloodstream infections. Pla Pak Hospital Nakhon Phanom Province, 100 percent, and when classifying the findings, it was found that There is consensus on the possibility of using a model of care for patients with sepsis. Pla Pak Hospital Nakhon Phanom Province, all items 100%

Keywords: Keywords: sepsis, sepsis patient, sepsis care model, results of using sepsis care model

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิตที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย (Castellanos-Ortega et al., 2010)¹ จาก ข้อมูล องค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2561 พบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดสูงถึง 48.9 ล้านราย และคาดการณ์ว่าในปี หนึ่งๆ นั้นจะพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้ถึง 19 ล้านราย นอกจากนี้ในระยะหลังยังพบว่ามีอุบัติการณ์ (incidence) ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่สูงมากขึ้นด้วย และมีผู้เสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 11 ล้านราย คิดเป็นเกือบร้อยละ 20 ของการเสียชีวิตของผู้ป่วยทั้งหมดทั่วโลก (Martin, et al., 2003; Finfer, et al., 2004)² สำหรับประเทศไทย พบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลของกระทรวง

สาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยพบการเสียชีวิต ประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี คิดเป็นอัตราตายร้อยละ 32.03 ซึ่งยังสูงกว่าเกณฑ์ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ ร้อยละ 28 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)³

การติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นการติดเชื้อ ที่เกิดขึ้นที่ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งของร่างกาย ซึ่งเชื่อกันได้ว่า ได้แก่ จุลชีพต่างๆ เช่น เชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา โดยการติดเชื้อที่อวัยวะต่างๆ ของร่างกายสามารถทำให้เกิดการติดเชื้อ ในกระแสเลือดได้ (Rhodes, et al., 2017)⁴ การมีระบบภูมิคุ้มกันด้านทานต่ำจากโรคประจำตัว การทำหัตถการต่างๆ ที่

ต้องใส่เครื่องมือเข้าไปในร่างกาย หรือเกิดแผลเป็นบริเวณกว้างและการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันในกลุ่มผู้ติดเชื้อยาเสพติดเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะติดเชื้อได้ (ACCP, 1992)⁵ เมื่อมีการติดเชื้อในกระแสเลือดแล้ว ร่างกายของเราจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อหรือต่อพิษของเชื้อโรค ซึ่งจะทำให้เกิดการอักเสบขึ้นทั่วบริเวณของร่างกาย โดยผู้ป่วยจะมีอาการของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรค 4 ระยะ ดังนี้ 1) systemic inflammatory response syndrome (SIRS) เป็นกระบวนการอักเสบของร่างกาย (systemic inflammation) ที่ตอบสนองต่อการติดเชื้อผู้ป่วยจะต้องมีอาการทางคลินิกอย่างน้อย 2 ข้อ ได้แก่ (1) อุณหภูมิร่างกาย $>38^{\circ}\text{C}$ หรือ $<36^{\circ}\text{C}$ (2) อัตราการเต้นของชีพจร >90 bpm (3) อัตราการหายใจ >20 bpm หรือ $\text{PaCO}_2 <32$ mmHg และ (4) เม็ดเลือดขาว $>12,000$ หรือ $<4,000$ cell/mm³ หรือมี immature form $>10\%$ 2) Sepsis คือ มีอาการหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อในร่างกายร่วมกับมีภาวะ SIRS 3) Severe sepsis คือ ภาวะ sepsis ที่มีอวัยวะทำงานล้มเหลวอย่างน้อยหนึ่งอวัยวะขึ้นไป และ 4) Septic shock คือ ภาวะ sepsis ที่มีความดันโลหิตต่ำ (systolic blood pressure <40 mmHg จากค่าพื้นฐาน โดยที่ได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำอย่างเพียงพอแล้วและไม่พบสาเหตุอื่นๆ (Bone, R. C., Balk, R. A., Cerra, F. B., Dellinger, R. P., Fein, A. M., Knaus, W. A., Sibbald, W. J. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. Chest, 1992)⁶ เมื่อร่างกายได้รับการติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด (Sepsis) จะทำให้เกิดการขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อ (tissue hypoxia) จากความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตนำไปสู่ภาวะ Hypoperfusion และ Organ dysfunction ดังจะเห็นได้จากภาวะความดันโลหิตต่ำและระดับความรู้สึกลดลง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น (Severe sepsis) และเข้าสู่ระยะช็อก (Septic shock) อย่างรวดเร็วภายใน 72 ชั่วโมง (Glickman, S. W., Cairns, C. B., Otero, R. M., Woods, C. W., Tsalkis,

E. L., Langley, R. J. Disease progression in hemodynamically stable patients presenting to the emergency department with sepsis. Acad Emerg Med, 2010)⁷ จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างทันเวลาที่ การประเมินและติดตามการดำเนินโรครวมถึงการให้การรักษารวดเร็วสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและช่วยชะลอความรุนแรงของการเกิดอวัยวะล้มเหลวได้ (Bentley et al., 2016)⁸

โรงพยาบาลปลาปาก อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม ให้บริการครอบคลุมประชากร 8 ตำบล 85 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งหมด 55,336 คน(จากข้อมูล GIS จ.นครพนม ปี 2565) จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้านเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตระดับโรงพยาบาลพบว่า ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดถือเป็นปัญหาสำคัญของการเสียชีวิตในปี 2563-2565 โดยพบจำนวนผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 106 ราย, 79 ราย, และ 106 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยตาย 5.46, 7.23 และ 19.87 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (ข้อมูลจากโปรแกรม HDC สสจ. นครพนม, 2566) โรงพยาบาลปลาปาก มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือดโดยเริ่มตั้งแต่มีแนวทาง การประเมินผู้ป่วยให้ได้อย่างรวดเร็ว เพื่อการวินิจฉัยรักษาให้ได้อย่างรวดเร็ว แต่อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แต่ก็ยังพบอุบัติการณ์การเกิดผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มขึ้นในแต่ละปี จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาพบว่า 1. ด้านระบบบริการ ระบบ/รูปแบบบริการในโรงพยาบาลยังไม่ชัดเจนหรือยังมีข้อรายละเอียด ที่ทำให้การประเมินผู้ป่วยล่าช้าและไม่ถูกต้อง 2. ด้านบุคลากร พบว่าด้านการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับยังประเมินผู้ป่วยล่าช้าหรือยังไม่ถูกต้องเพียงพอของเจ้าหน้าที่ผู้ประเมิน ทำให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยรักษาและการส่งต่อ 3. ด้านผู้ป่วย พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อในกระแสเลือด และการดูแลตนเองของผู้ป่วยยังไม่ถูกต้องและเพียงพอ ทำให้การเข้าถึงบริการล่าช้า 4. ด้านญาติผู้ป่วย พบว่ายังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนั้นจากการศึกษานำร่อง (Pilot study) โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่

ป่วยด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 10 รูป พบว่าผู้ป่วยคิดว่า มีไข้ธรรมดา อาการไม่รุนแรง สังเกตอาการและซื้อยาทานเองที่บ้านไปก่อน พอไม่ดีขึ้นหลายวันผ่านไป อาการก็เริ่มมีความรุนแรงขึ้น ส่วนด้านระบบบริการที่สถานบริการ โรงพยาบาลพบว่าการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับล่าช้าหรือ ยังประเมินได้ไม่ถูกต้อง ครอบคลุม ทำให้เกิดการ วินิจฉัยช้า รักษาช้า ระบบการประสานงานในหน่วยงานช้า การส่งต่อช้ามากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อและเสียชีวิตในที่สุด จากการวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วยของทีมนำทางคลินิกกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อและเสียชีวิต พบว่ามีความล่าช้าในขั้นตอนการประเมินและการประเมินซ้ำทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อและเสียชีวิตในที่สุด

แนวทางในการดูแลโรคสามารถทำได้โดยการค้นหาผู้ป่วยให้เร็วก่อนเข้าสู่ภาวะช็อกโดยการเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่รวดเร็วหลังเกิดสัญญาณเตือนของโรค เช่น ไข้หนาวสั่น หายใจเหนื่อยอ่อนเพลีย ซึมลง หรือมีการอักเสบเกิดขึ้น เป็นต้น รวมทั้งการประเมินและได้รับการดูแลทันทีจากบุคลากรทางการแพทย์ จึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญและมีความจำเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดคุณภาพในการดูแลภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประกอบด้วย 3 ด้านคือ 1. ด้านผู้ป่วยและญาติ จำเป็นต้องส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรค (Awareness) ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญโดยตรงต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม 2. ด้านระบบบริการ การส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Access) โดยการลดปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความล่าช้าด้านบริบทสิ่งแวดล้อมหรือตัวบุคคลซึ่งปัจจัยของระบบบริการสุขภาพฉุกเฉินมีผลต่ออาการทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การนำส่งที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นที่จุดเกิดเหตุ และนำเข้ามารักษาที่โรงพยาบาลได้รวดเร็ว (ปฏิพร, 2560)⁹ 3. ด้าน

บุคลากรทางการแพทย์ จำเป็น ที่จะต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการคัดกรอง การตรวจวินิจฉัยและการเข้าสู่กระบวนการรักษา ที่รวดเร็ว ทันที และการทำงานเป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพ การประสานงานระหว่างทีม และการเฝ้าติดตามกำกับให้มีการดำเนินการตามข้อกำหนดแนวทางการรักษาที่สำคัญอย่างครบถ้วน ทันเวลา จึงถือว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้ผลการรักษาผู้ป่วยในภาพรวมดีขึ้น ช่วยทำให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น อย่างต่อเนื่องตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยใช้วัฏจักร เดมมิง (Deming, 1995)¹⁰ มาใช้ในการวางระบบบริหารกิจกรรมอย่างเหมาะสม เพื่อทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพต่อไป การทำกิจกรรมคุณภาพโดยใช้ Deming Cycle ซึ่งเป็นเครื่องมือพื้นฐานที่มีความเหมาะสมอย่างยิ่งในการนำมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพภายในองค์กรโดย PDCA เป็นขั้นตอนคุณภาพที่เป็นวงล้อของการปฏิบัติ ตั้งแต่การออกแบบ การนำไปปฏิบัติ การเรียนรู้หรือทบทวน ติดตามประเมินผล และการปรับปรุงให้ดีขึ้น สอดคล้องกับหลายๆ การศึกษา ที่นำแนวคิดเดมมิง (Deming) มาใช้พบว่าเกิดผลลัพธ์ที่ดีในกระบวนการดูแล เพื่อทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพต่อไป ดังนั้น ผู้ศึกษาวิจัยในฐานะที่เป็นผู้บริหารในการกำหนดนโยบายของหน่วยงานและองค์กร ในการดูแลด้านภาวะสุขภาพ รวมทั้งเป็นผู้รับผิดชอบหลักในเชิงนโยบายและให้บริการแก่ผู้มารับบริการ จึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก โดยใช้กระบวนการ PDCA ในการดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องตามบริบทของชุมชน ซึ่งช่วยให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม

2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาล ปลาปาก จังหวัดนครพนม

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้ คือ

1) ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย แพทย์พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีวิทยา เภสัชกร นักโภชนาการ ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 20 คน

2) ผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขที่มีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม โดย และการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อในกระแสเลือด มีการสัมภาษณ์หลังจากผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดพ้นภาวะวิกฤติแล้ว เช่น รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติดี (ไม่มีภาวะช็อค) ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ 2) มีภูมิลำเนาอาศัยในเขตอำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม และเข้ารับบริการในโรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม 3) มีสติสัมปชัญญะดี มีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากร จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สิทธิการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ประวัติโรคประจำตัว ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลดัชนีชี้วัดทางสุขภาพของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม

2.2 คู่มือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ซึ่งได้เท่ากับ 0.92 โดยค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินประเมินความพึงพอใจ ได้เท่ากับ 0.80 และแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม ได้เท่ากับ 0.83

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา ภายหลังได้รับอนุมัติแล้ว ผู้ศึกษาขออนุญาตเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกทั้งในเรื่องสถานที่และการประสานอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้ศึกษาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดของผู้ป่วยติดเชื้อใน

กระแสเลือด ที่เข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล
ปลาปาก จังหวัดนครพนม

3. ผู้ศึกษาแนะนำตัวกับผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยรอ
การตรวจหรือภายหลังที่ได้รับการตรวจแล้ว เพื่อขอ
ความร่วมมือและขอความสมัครใจในการสัมภาษณ์
และการเข้าร่วมการศึกษาทดลอง โดยอธิบายให้
ผู้เข้าร่วมทดลองทราบถึงเรื่อง วัตถุประสงค์ของ
การศึกษา พร้อมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิให้ทราบถึง
ความสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม
การศึกษารั้งนี้และผลกระทบต่างๆ ในการเข้าร่วม
รวมถึงการรักษาความลับ และการนำเสนอผล
การศึกษาเป็นภาพรวม และเมื่อผู้เข้าร่วมการศึกษา
สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาโดยการลงชื่อ ในใบยินยอม
เข้าร่วมโครงการ

4. การดำเนินการศึกษา ตามกิจกรรมที่กำหนด
ในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป แบบแบบประเมิน
ความพึงพอใจของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ
ในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม
โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบก่อนหลัง
ความพึงพอใจโดยใช้สถิติ Pair t-test

แบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้
รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และ
แบบบันทึกข้อมูลดัชนีชี้วัดทางสุขภาพของการใช้
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนมโดยใช้สถิติเชิง
พรรณนา นำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ

ผลการศึกษา

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติด
เชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัด
นครพนม ผู้วิจัยได้ร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหาและ
ความต้องการในการกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติด

เชื้อในกระแสเลือด โดยวิเคราะห์และแยกประเด็นได้
ดังต่อไปนี้

1. ด้านผู้ป่วยและญาติ
 - ไม่ทราบอาการที่เข้าข่ายการติดเชื้อในกระแส
เลือด จึงไม่ได้เข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการ
 - รออาการรุนแรงถึงตัดสินใจเข้ารักษา
 - ระยะทางไกล ไม่มีผู้ดูแลหรือผู้นำส่ง
โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการ
 - เข้าถึงล่าช้า ระยะเวลาการเจ็บป่วยนานกว่า
จะมารับการรักษา
2. ด้านระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพในเครือข่ายโรงพยาบาล
 - ไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อใน
กระแสเลือดใน รพ.สต. เครือข่ายโรงพยาบาล
 - พยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. เครือข่าย
โรงพยาบาล ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย
 - ทีมผู้ปฏิบัติในรพ.สต. เครือข่ายโรงพยาบาล
ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้เครื่องมือ Sepsis fast track ในการ
ประเมินและคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ตาม
แนวปฏิบัติ Sepsis fast track
 - ขาดการนิเทศ กำกับ ติดตาม การปฏิบัติตาม
แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาล และรพ.
สต. เครือข่ายโรงพยาบาล
3. ด้านการประเมินและคัดกรอง
 - การคัดกรองไม่ได้ประเมินโดยใช้เครื่องมือที่
กำหนดแนวทางในการคัดกรอง โดยใช้ qSOFA, SOS
Score, SIRS Criteria และแหล่งติดเชื้อในร่างกาย
เพื่อคัดกรองผู้ป่วยเข้า Sepsis fast track โดยแพทย์
และพยาบาล
 - การวินิจฉัยโรคขึ้นอยู่กับแพทย์เจ้าของไข้ ทำ
ให้การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน
4. ด้านการรักษา
 - ขาดคู่มือแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย
ติดเชื้อในกระแสเลือด เช่น การให้สารน้ำ การเก็บสิ่ง
ส่งตรวจไม่ครบทุกราย ไม่ได้ประเมิน SOS Score
และประสิทธิภาพของพยาบาลวิชาชีพ แต่ละคนใน
การประเมิน

- ขาดการสื่อสารข้อมูลสำคัญ เช่น การส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย รวมทั้งแผนการดูแลรักษาไม่ครบถ้วน และพบว่าการเฝ้าระวังขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างแผนก

5. การพยาบาล

- การพยาบาลภาวะช็อก (Septic shock) ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน

- พยาบาลดูแลผู้ป่วยตามประสบการณ์และบริบทของแต่ละหน่วยงานไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วย

6. การเชื่อมประสานในทีมสหสาขาวิชาชีพ

- มีแนวทางการวางแผนการจำหน่ายในบางแผนกผู้ป่วย แต่ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน

- การติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย การวางแผนการจำหน่ายไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน

7. การบันทึกข้อมูลการวินิจฉัยโรคในโปรแกรม HOSxP และระบบรายงาน HDC ยังไม่ตรงกับข้อมูลที่เก็บรวบรวมข้อมูลได้

8. ขาดการนิเทศ กำกับ ติดตาม การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาล และรพ.สต. เครือข่ายโรงพยาบาล

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น มีผลกระทบทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม จึงได้มีการวางแผนและร่วมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ดังนี้

1. จัดทำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดสำหรับรพ.สต. เครือข่ายในการ

ส่งต่อ ตามแนวปฏิบัติ Sepsis fast track โดยใช้ qSOFA และประเมินสัญญาณชีพแรกรับ

2. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเข้า Sepsis fast track

3. กำหนดแผนการรักษาพยาบาลที่ชัดเจน ได้แก่ การพยาบาลเร่งด่วนภายใน 1 ชั่วโมงแรก

4. การพยาบาลภาวะช็อก (Septic shock)

5. ติดตามอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่รุนแรง สับสน ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง สัญญาณชีพ

6. บันทึกเวลาตรวจรักษาและวินิจฉัย เพื่อคงไว้ซึ่งการทำงานของไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ (tissue perfusion) หัวใจและการไหลเวียนเลือด การหายใจ สมอง ไต ประเมินทุก 1 ชั่วโมง

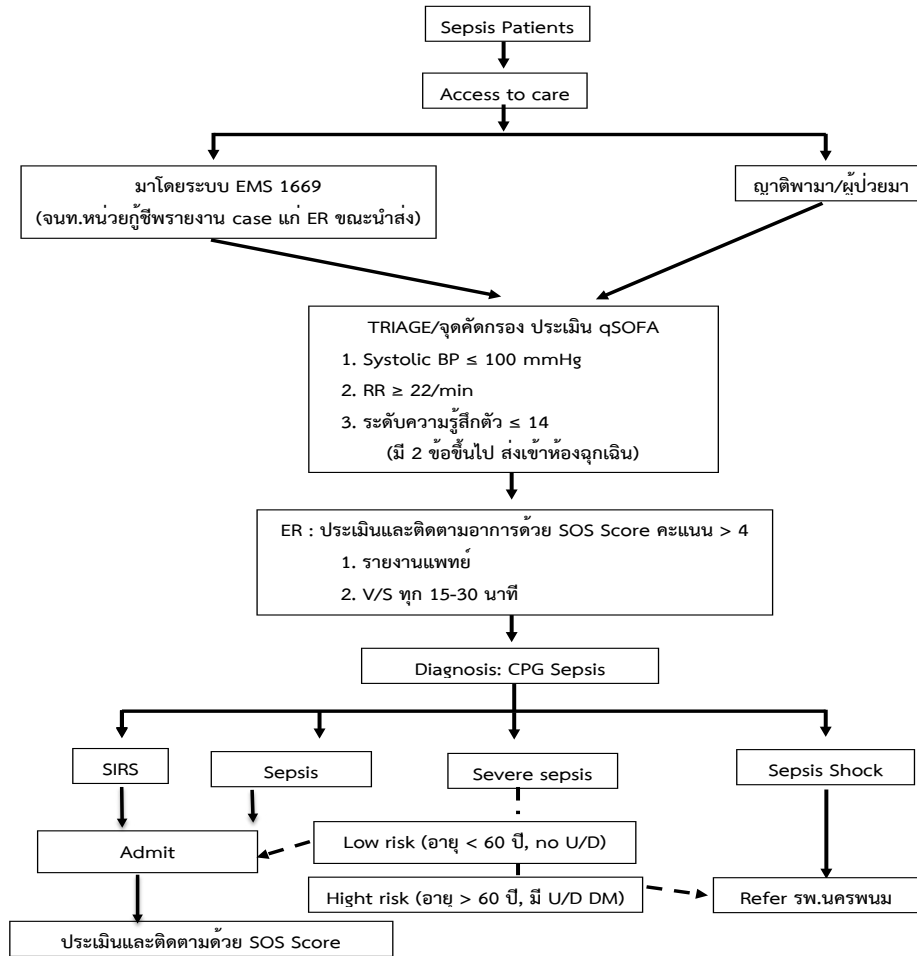
7. กำหนดแนวปฏิบัติวางแผนการจำหน่าย

8. กำหนดการลงข้อมูลการวินิจฉัยโรคในโปรแกรม HosxP ภายหลังจากแพทย์อายุรกรรมตรวจสอบเวชระเบียน และลงการวินิจฉัยก่อน

9. มีการทบทวนเวชระเบียนโดยแพทย์ ผู้ชำนาญกว่า (Auditor ระดับโรงพยาบาล) หลังแพทย์เจ้าของไข้ ลงผลการวินิจฉัยแล้ว

10. จัดตั้งทีมผู้รับผิดชอบ โดยมีคำสั่งแต่งตั้งของโรงพยาบาล และทีม Service Plan จังหวัด

11. การประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทาง ป้ายประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้าน สื่อวิทยุชุมชน เสียงตามสายของผู้นำชุมชน เป็นต้น



แผนภาพที่ 1 แนวทางการให้บริการผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาบอก จังหวัดนครพนม

2. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาบอก จังหวัดนครพนม

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่มสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา อยู่ที่ระดับปริญญาตรีจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 95 ต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 อายุ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21-30 ปี จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาคืออยู่ในช่วง 31-40 ปีจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 3. ค่าเฉลี่ยอายุ 43 ปี และระยะเวลาที่เป็นปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด มากที่สุดอยู่ที่ 7-10 ปี จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาอยู่ที่ 4-6 ปี จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 35

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างอย่างอาสาสมัครผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาเป็นเพศหญิง จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.67 รองลงมา 41-50 ปี จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.67 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.33 รองลงมา สถานะหม้าย/หย่าร้าง จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.33 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 100 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.33 อาชีพส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมา รับจ้างจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.17

รายได้ครอบครัว/เดือน ส่วนใหญ่ 4,001-6,500 บาท จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมา 1,500-4,000 บาท จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.33 สิทธิการรักษา ส่วนใหญ่สิทธิบัตรประกันสุขภาพ จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.67 รองลงมา สิทธิเบิกส่วนราชการต้นสังกัด จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.33 โรคประจำตัวส่วนใหญ่ ไม่มี

โรคประจำตัว จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมา มีโรคประจำตัว จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33 มีบุตร ญาติ เป็นผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีบุตร ร้อยละ 100

2.2 ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง

1) ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ของทีมสุขภาพ

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของอาสาสมัคร ทีมสุขภาพ (n = 20 คน)

ข้อมูล	ก่อนพัฒนา (N=20)			หลังพัฒนา (N=20)			t	df	P-value
	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.			
ความพึงพอใจ	น้อย	22.45	3.11	มากที่สุด	33.65	1.98	-14.29	19	.000

*

p<0.05

จากตารางแสดงค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของอาสาสมัคร ทีมสุขภาพ ต่อการพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปาก จังหวัดนครพนม โดยภาพรวม พบว่า ก่อนพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย ($X=22.45$, $SD=3.12$) หลังพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ย

ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($X=33.65$, $SD=1.98$) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ 0.05

2) ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (n = 30 คน)

ข้อมูล	ก่อนพัฒนา (N=30)			หลังพัฒนา (N=30)			t	df	P-value
	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.			
ความพึงพอใจ	น้อย	21.86	3.27	มากที่สุด	33.70	2.13	-15.02	29	.000

*

p<0.05

จากตารางแสดงค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของอาสาสมัคร ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปาก จังหวัดนครพนม โดยภาพรวม พบว่า ก่อนพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย ($X=21.86$, $SD=3.27$) หลังพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($X=33.70$, $SD=2.14$) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าหลังการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ 0.05

3) ความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปาก จังหวัดนครพนมของกลุ่มตัวอย่าง ทีมสุขภาพ

โดยภาพรวม พบว่าหลังพัฒนาระบบมีความเห็นด้วยกับความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปาก จังหวัดนครพนม ร้อยละ 100 และเมื่อจำแนกรายข้อพบว่า มีความเห็นด้วยกับความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปาก จังหวัดนครพนมทุกข้อ ร้อยละ 100

สรุปและการอภิปรายผล

1.รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม จากกระบวนการดำเนินการวิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นกระบวนการวิจัยที่มีเป้าหมายที่นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาและประยุกต์แนวความคิดการพัฒนา PDCA มาใช้เป็นแนวทางการพัฒนาระบบการ 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Plan) 2) การปฏิบัติ (Do) 3) การสังเกตผลจากการปฏิบัติ (Check) 4) แล้วจึงสะท้อนผลที่ได้ (Act) เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ในการแก้ปัญหา ร่วมกัน 2.ผลของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม ดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน (Plan) การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

1.1 เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

1.2 ประชุมวิเคราะห์ปัญหาและระดมความคิดหาวิธีการปรับปรุงหรือพัฒนา โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างคือ ทีมสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีวิทยา เภสัชกร และนักโภชนาการ

1.3 กำหนดแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม

2. ขั้นตอนดำเนินการ (D=Do) โดยดำเนินการตามกระบวนการตามแผนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนมตามที่ได้กำหนดไว้ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

3. ขั้นตอนตรวจสอบและศึกษาผล (C=Check) หมายถึง การกำกับ ติดตามการดำเนินงานตามแผนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนมตามที่ได้

กำหนดไว้ ร่วมกับการประชุมแลกเปลี่ยนถอดบทเรียนของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคในการทำงานเพื่อปรับปรุงแก้ไข กลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมสุขภาพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีวิทยา เภสัชกร และนักโภชนาการ

4. ขั้นตอนการรักษาระบบและคงไว้ซึ่งคุณภาพ (A=Action) โดยการปรับปรุง แก้ไขรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม โดยการ 1) กำหนดปัญหาการปฏิบัติงานที่ต้องการแก้ไข หรือปรับปรุง 2) เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์และตรวจสอบการดำเนินงานหรือหาสาเหตุของปัญหา 3) ประชุมทีมสหวิชาชีพโดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาระดมความคิดวิเคราะห์ปัญหา และวิธีการแก้ปัญหา 4) ปรับปรุงโดยการจัดทำแผนและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม และ 5) การประเมินผลลัพธ์ สรุปผลการวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม 2) วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด คือ 2.1) ผู้ป่วยเข้าถึงบริการรวดเร็ว 2.2) การประเมินผู้ป่วยถูกต้องและรวดเร็วภายใน 10 นาที 2.3) การวินิจฉัย/รักษาถูกต้องได้รับยา Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมงและ 2.4) อัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดลดลง 3) ความพึงพอใจของทีมสุขภาพที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนมและ 4) ความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม ของทีมสุขภาพ

จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม นี้ได้สอดคล้องกับงานวิจัยของ กรรณิกา อำพันธ์(2560)¹¹ศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลพระปกเกล้า วิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 พบว่า ขาดความ

เชื่อมโยงของทีมการรักษาพยาบาล พยาบาลจบใหม่ และประสบการณ์ น้อยรายงานอาการแพทย์ไม่ทันเวลามีผลทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการรักษาล่าช้า ในระยะที่ 2 ทีมได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับรูปแบบการจัดการรายกรณีในระยะที่ 3 และในระยะที่ 4 มีการประเมินผลลัพธ์จากการพัฒนาประกอบด้วย 1) ผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการรักษาภายใน 6 ชั่วโมง อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงและอัตราผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ≥ 65 มิลลิเมตรปรอทเพิ่มขึ้น 2) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่า อัตราความสำเร็จในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือกร้อยละ 87.5 พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 84.84 ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการประเมินและรายงานแพทย์ทันเวลาร้อยละ 97.5 และ 3) พยาบาลวิชาชีพพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ในระดับมาก และในงานวิจัยของ ประไพพรรณ ฉายรัตน์ และสุพัฒศิริ ทศพรพิทักษ์กุล (2560)¹² วิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลราชวิถี ผลการดำเนินงาน พบว่า ได้แนวปฏิบัติของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตโดยการปรับระบบการคัดกรองให้ถูกต้อง ทำให้ดักจับอาการได้ทันเวลา และเข้าระบบ Fast Tract Sepsis รวดเร็ว

เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการประสานงานความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ได้แก่ระยะเวลาที่ได้รับยาปฏิชีวนะตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงจุดคัดกรองเร็วขึ้น, ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทดแทนเร็วขึ้น และระยะเวลาการส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเร็วขึ้น อัตราตายลดลงและพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในภาพรวมต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis อยู่ในระดับสูง

ข้อเสนอแนะ

ควรนำแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยขับเคลื่อนลงสู่หน่วยงานบริการระดับปฐมภูมิ นำสู่การเกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและทำให้ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการในผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินได้รวดเร็วยิ่งขึ้น หรือการประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบบริการกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ บุคลากรทีมสุขภาพ ตลอดจนผู้ร่วมงานที่ให้ความร่วมมือ ให้ความสะดวกในการพัฒนาแนวปฏิบัติ การเก็บรวบรวมข้อมูล และที่สำคัญยิ่งขอขอบคุณที่เสียสละเวลาในการทำงานเพิ่มขึ้นระหว่างที่ทำการศึกษานี้ และขอขอบคุณผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Castellanos-Ortega, Á., Suberviola, B., García-Astudillo, L. A., Holanda, M. S., Ortiz, F., Llorca, J., et al. (2010). Impact of the surviving sepsis campaign protocols on hospital length of stay and mortality in septic shock patients: Results of a three-year follow-up quasiexperimental study. *Critical Care Medicine*, 38(4), 1036-1043.
2. Martin GS, Mannino DM, Eaton S, Moss M. The epidemiology of sepsis in the United States from 1979 through 2000. *N Eng J Med* 2003; 348:1546-54.

3. กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข.เล่มแผน การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2562. เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2562.เข้าถึงได้จาก: <http://bie.moph.go.th/einsreport/>
4. Rhodes, A., Evans, L. E., Alhazzani, W., Levy, M. M., Antonelli, M., Ferrer,R.,..., Dellinger, R. P. (2017).Surviving Sepsis Campaign:International guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. Critical Care Medicine, 45(3), 486-552. doi:10.1097/CCM.0000000000002255
5. Bone RC, Balk RA, Cerra FB, ..., and Sibbald WJ. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine. Chest, 1992; 101(6): 1644–1655.
6. Bone, R. C., Balk, R. A., Cerra, F. B., Dellinger, R. P., Fein, A. M., Knaus, W. A., Sibbald, W. J. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. Chest, 1992
7. Glickman, S. W., Cairns, C. B., Otero, R. M., Woods, C. W., Tsalik, E. L., Langley, R. J. Disease progression in hemodynamically stable patients presenting to the emergency department with sepsis. Acad Emerg Med, 2010
8. Bentley,T.A., Teo S.T.T., McLeod, L.,Tan, E.,Bosua, R.,and Gloet,M.(2016).The Role of Organizational Support in Teleworker Wellbeing:A Socio-technical system approach.Applied Ergonomics,52(1),207-215.
- 9.ปฏิพร บุญยพัฒนกุล,(2560).ประสิทธิผลของระบบการบริการสุขภาพฉุกเฉินต่ออาการทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ.Pacific Rim International Journal of Nursing Research.ปี ที่:21 ฉบับที่:2 เลขหน้า :135-147 ปี พ.ศ.2560.
10. Deming, W. E. (1995). Out of The Crisis. USA: The Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Engineering Study.
- 11.กรรณิกา อำพนธ์, ชัชฎาภา บุญโยประการ และพัชรินทร์ ศิลป์ กิจเจริญ. (2560). ผลลัพธ์ของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลพระปกเกล้า. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์ คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 43(3),222-236.
- 12.ประไพพรรณ ฉายรัตน์, สุพัฒศิริ ทศพร พิทักษ์กุล. 2560. ประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.ปีที่ 35 ฉบับที่ 3 : กรกฎาคม – กันยายน 2560.

รูปแบบการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอภูตรัง จังหวัดมหาสารคาม

Model for the prevention of iodine deficiency in pregnant women with community participation Kutrang District, Maha Sarakham Province

(Received: August 27,2023 ; Revised: August 29,2023 ; Accepted: August 30,2023)

อัญชลี แก้วไชย¹

Anchalee Kaewchai¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอภูตรัง จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาวิจัย ปีงบประมาณ 2563-2564 ศึกษาในพื้นที่อำเภอภูตรัง เลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแบบเฉพาะเจาะจง 1) กลุ่มที่ร่วมพัฒนารูปแบบ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ อบต. ผู้ประกอบการร้านค้า รวมจำนวน 62 คน 2) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ 196 ราย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม แบบประเมินพฤติกรรม แบบประเมินหมู่บ้านไอโอดีน แบบรายงานตรวจคุณภาพเกลือไอโอดีน แบบเก็บข้อมูลปัสสาวะ แบบรายงานผลตรวจ TSH วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา : จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สถิติเปรียบเทียบ: Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่าได้รูปแบบการป้องกันการขาดสารไอโอดีนโดยการมีส่วนร่วมชุมชน ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ รอบด้าน : ความรู้ประชาชน การสุ่มตรวจ การสนับสนุนงบประมาณ การมีส่วนร่วมชุมชน 2) การสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งในการดำเนินงาน (อปท.,อสม.ทูตไอโอดีน,ผู้นำชุมชน,ผู้ประกอบการร้านค้า 3) จัดทำมาตรการชุมชนโดย MOU ร่วมกับทุกภาคส่วน 4) ประชาสัมพันธ์ทุกช่องทาง เช่น ดีเจอสม. สื่อออนไลน์ 5) ระบบสนับสนุนเกลือไอโอดีนคุณภาพ : กองทุน การสุ่มตรวจตรวจ 6) ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักในการรับประทานยาเสริมไอโอดีน 7) การคืนข้อมูลสถานการณ์เพื่อจัดการปัญหาเป็นระยะ ประเมินผลพบว่า ภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกด้านอยู่ในระดับมากและในภาพรวมก็อยู่ในระดับมาก ($x=4.44, S.D.=0.54$) หญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนมากกว่าก่อนดำเนินการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.001$) หญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ร้อยละ 45.60,36.40 ทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L ร้อยละ 6.32,5.98

คำสำคัญ : ไอโอดีน หญิงตั้งครรภ์ ชุมชน

abstract

This participatory action research objective was to develop and evaluate a model for the prevention of iodine deficiency in pregnant women by participating of community network partners Kutrang District , Maha Sarakham Province. Research period Year Budget 2020-2021 Study in Kutrang District to choose a specific research participant 1) a group that develops the model including pregnant women and families Public health officials, hospitals and sub-district health promoting hospitals, village health volunteers, community leaders, Subdistrict Administrative Organization officials Shop operators Total number 62 person 2) pregnant women 196 cases. Research tools include in-depth interview questions, focus group discussions. Behavior Assessment Iodine Village Assessment Form Iodized salt quality inspection report form urine collection form examination report form TSH Quantitative data were analyzed by

¹ พ.บ.โรงพยาบาลภูตรัง อำเภอภูตรัง จังหวัดมหาสารคาม

descriptive statistics : number, percentage. Average, comparative statistics : Paired t-test Qualitative data were analyzed using content analysis method.

Results Found that the prevention of iodine deficiency by community participation consists of 1) Analyze the problem situation in the area. Comprehensive : public knowledge, random checks, budget support Community Participation 2) Strong networking in operation (Administrative Organization, Ambassador Iodine University, Community Leaders , Shop Operators 3) Prepare community measures by MOU with all sectors 4) Public relations in all channels, such as D.J.Som. online media 5) Quality iodized salt support system : Fund Random inspection 6) Encourage pregnant women to be aware of taking iodine supplements 7) Returning situation information to manage problems periodically. Evaluation found that network partners participated In all aspects of the operation, they were at a high level and overall they were at a high level ($\bar{x} = 4.44$, $S.D. = 0.54$) . Pregnant women had more practice to prevent iodine deficiency than before the operation . develop with statistical significance at .05 level ($p < 0.001$) Pregnant women had urinary iodine content less than 150 micrograms per liter , % 4 5 .6 0 , 36.4 0 Newborns have thyroid-stimulating hormone (TSH) levels over 11.2 mU / L 6.32 % 5.98

Keyword : Iodine , pregnant women , community

บทนำ

ไอโอดีนเป็นแร่ธาตุสำคัญสำหรับชีวิตมนุษย์ระบบ การทำงานของร่างกายบางส่วนจำเป็นต้องใช้ไอโอดีนในการ ควบคุมการทำงาน หากได้รับไอโอดีนไม่เพียงพอจะก่อให้เกิด ความผิดปกติของร่างกายและสติปัญญาเด็กที่ขาดสารไอโอดีน จะมีระดับไอคิวต่ำกว่าเด็กที่ได้รับไอโอดีนเพียงพอ มีพัฒนา การทางสมองช้าและมีพัฒนาการสมวัยลดลง ในผู้ใหญ่อาจมีอาการคอพอก ง่วงซึม เกียจคร้าน เชื่องช้า ผิวหนังแห้ง ทนความหนาวเย็นไม่ค่อยได้เสียงแหบ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ท้องผูก และหญิงมีครรภ์ที่ขาดสารไอโอดีนในชั้นรุนแรง อาจมีปัญหาการแท้งบุตรได้หรืออาจทำให้สมองของทารกในครรภ์หยุดการเจริญเติบโต ส่งผลให้เด็กที่เกิดมาเป็นเด็ก แคระแกร็น เออไม่สามารถเดิน พูด หรือคิดได้ตามปกติ สำหรับ หญิงมีครรภ์ที่ขาดสารไอโอดีนในระดับที่ไม่รุนแรง เด็กที่เกิดมาอาจดูปกติแต่มีปัญหาสมองที่บ่งชี้ว่าส่งผลต่อการเรียนหรือทำงานในภายหลัง

1

ความผิดปกติของการขาดสารไอโอดีนคือเกิดอาการคอพอก (goiter) ภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำ (hypothyroidism) โรคเอื้อ (cretinism) ซึ่งทำให้ระดับสติปัญญาพัฒนาต่ำกว่าปกติและมีพัฒนาการทางร่างกายต่ำกว่าเกณฑ์ ถ้ามีการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์จะมีผลทำให้ทารกมี

พัฒนาการทางสมองและระบบประสาทที่ช้ากว่าปกติ ทำให้เซลล์สมองเกิดขึ้นน้อยและไม่หนาแน่นซึ่งจะทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบสมองและประสาทไปจนตลอดชีวิต การส่งเสริมให้หญิงวัยเจริญพันธุ์มีภาวะสุขภาพสมบูรณ์ที่สุดก่อนการตั้งครรภ์ จึงเป็นการดูแลสุขภาพตั้งแต่ก่อนการปฏิสนธิเป็นการค้นหาและลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่จะมีผลกระทบต่อมารดาและทารก หากหญิงมีครรภ์ที่ขาดสารไอโอดีนในชั้นรุนแรงอาจมีปัญหาการแท้งบุตรได้หรืออาจทำให้สมองของทารกในครรภ์หยุดการเจริญเติบโต ส่งผลให้เด็กที่เกิดมาเป็นเด็กแคระแกร็น เออไม่สามารถเดิน พูด หรือคิดได้ตามปกติ² จากการสำรวจระดับสติปัญญาของเด็กประถมศึกษาศึกษาปีที่ 1 โดยกรมสุขภาพจิต ปี 2559พบว่า ไอคิวเด็กจังหวัดมหาสารคาม มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน และจัดเป็นลำดับที่ 60 ของ ประเทศโดยสาเหตุสำคัญเกิดจากภาวะขาดสารไอโอดีนและภาวะทุพโภชนาการ³ อันส่งผลทำให้พัฒนาการเด็กไม่สมวัย และมีรูปร่างไม่สมส่วน ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวจะสำเร็จได้จากการมีส่วนร่วมของชุมชน

สถานการณ์อำเภอภูพาน จังหวัดมหาสารคาม พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะ น้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ปีงบประมาณ 2561-2562 ร้อยละ 65.30, 70.38 ผลการตรวจวัดไทรอยด์ฮอร์โมน

ผิดปกติ(มากกว่า 11.25 mU/L) ปี 2561-2562 ร้อยละ 10.70,9.73 ตามลำดับ⁴ และยังพบว่าประชาชนยังขาดความตระหนักถึงผลกระทบของภาวะขาดสารไอโอดีนคือบุตรหลานมีสติปัญญาต่ำที่เป็นภัยเงียบ จึงได้มีการทบทวนปัญหาจากการดำเนินงาน พบว่า ด้านบุคลากร ขาดความต่อเนื่องในการประเมินการใช้ไอโอดีน ด้านประชาชน ขาดความรู้ถึงประโยชน์ของสารไอโอดีน จึงขาดความตระหนักในการรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมไอโอดีน และรับประทานเครื่องปรุงรสผสมไอโอดีน ด้านเครือข่าย ขาดความรู้ถึงประโยชน์ของสารไอโอดีน แนวทางการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนยังไม่ชัดเจนและการสนับสนุนการจัดตั้งกองทุนเกลือไอโอดีนคุณภาพในชุมชนยังไม่ครอบคลุม

ด้วยเหตุผลข้างต้น ผู้ศึกษาจึงสนใจถึงการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอภูตรัง โดยผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)⁵ โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานแก้ไขและแก้ไขปัญหาของชุมชนร่วมกัน โดยวิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์และเน้นการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ วางแผนดำเนินการแก้ไขปัญหา ซึ่งมีวิธีการและที่เป็นประโยชน์ต่อการทำงานร่วมกันของชุมชน โดยการดำเนินการด้วยชุมชนตามรูปแบบและศักยภาพของชุมชนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับสารไอโอดีนที่เพียงพอต่อการพัฒนาทั้งด้านร่างกาย ระบบสมองและประสาทเพื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพของชาติต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทสถานการณ์ปัญหา การป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอภูตรัง จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของ

ภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอภูตรัง จังหวัดมหาสารคาม

3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของภาคี

เครือข่ายชุมชน อำเภอภูตรัง จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)^{5, 6, 7} ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์ และการประเมินผล ระยะเวลาการวิจัย ปีงบประมาณ 2563-2564 โดยดำเนินการ 2 วงรอบ วงรอบที่ 1 เดือน ตุลาคม 2562-เดือน กันยายน 2563 วงรอบที่ 2 เดือน ตุลาคม 2563-กันยายน 2564 ศึกษาในพื้นที่อำเภอภูตรัง ทั้ง 5 ตำบล

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 196 ราย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) อาศัยอยู่จริงในเขตอำเภอภูตรัง ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ยินดีเข้าร่วมกระบวนการตลอดการวิจัยมีอายุครรภ์ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป ประชากรที่ย้ายถิ่นฐานพักอาศัยนอกพื้นที่ระหว่างเข้าร่วมกระบวนการ

เครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยได้จัดทำเครื่องมือการวิจัยที่สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวคำถามการสนทนากลุ่มเป็นแบบสัมภาษณ์คำถาม ปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานและแนวทางการพัฒนางานตามบทบาทหน้าที่ 2) แบบประเมิน AAR ซึ่งใช้ในการประเมินกิจกรรมการ

ประชุมระดมสมองทุกครั้ง โดยเครื่องมือเชิงคุณภาพผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC=0.6-1 หลังจากนั้นปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะ, ก่อนนำไปใช้จริง

เครื่องมือเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 1) แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดค่าน้ำหนักคะแนน 5 ระดับ “ปฏิบัติมากที่สุด” “ปฏิบัติมาก” “ปฏิบัติปานกลาง” “ปฏิบัติน้อย” “ปฏิบัติน้อยที่สุด” ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC=0.6-1 ค่าความเชื่อมั่น Alpha Conefficient ของ Cronbach เท่ากับ 0.86 2) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดค่าน้ำหนักคะแนน 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC=0.6-1 ค่าความเชื่อมั่น Alpha Conefficient ของ Cronbach เท่ากับ 0.80 3) แบบประเมินชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนของกรมอนามัย 4) แบบรายงานสุ่มตรวจคุณภาพเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน โดยใช้ I-Kit ของกรมอนามัย 5) แบบเก็บข้อมูลตัวอย่างปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 6) แบบรายงานผลตรวจ TSH ของทารกแรกเกิดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ขั้นตอนการวิจัย

วงรอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (ตุลาคม 2562-กันยายน 2563)

ระยะที่ 1 ระยะวางแผน (Plan) 1) ทำการศึกษาวิเคราะห์ สถานการณ์ปัญหา การดำเนินงานไอโอดีน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก สทนากลุ่มร่วมกับเจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้าน

ปฐมนิเทศและองค์กรร่วม, จ.ท.รพ.สต.ที่รับผิดชอบงานฝากครรภ์, ตัวแทนอสม., หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว รวม 64 คน 2) ตรวจเครื่องปรุงรสที่ผสมไอโอดีนในครอบครัวหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 196 คน 3) ทบทวนเวชระเบียนการฝากครรภ์ผลการตรวจ TSH ในทารกแรกเกิด 30 ฉบับ

ระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติ (Act) 1) คืบข้อมูลสถานการณ์ปัญหา จากระยะที่ 1 และทบทวนบทบาทภารกิจของแต่ละหน่วยงานร่วมกับคณะกรรมการควบคุมโรคป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนและภาคีเครือข่ายชุมชนเพื่อสร้างความเข้าใจและความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาขาดสารไอโอดีน เพื่อออกแบบการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ตามบริบทของพื้นที่ (ระยะเวลา 1 วัน) 2) ประชุมระดมสมองกับทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อทบทวนบทบาทหน้าที่และร่วมหาแนวทางดำเนินการแก้ไขปัญหาทุกภาคส่วนร่วมกันขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาไอโอดีนตามบทบาทและภารกิจของตนเอง ซึ่งในระยะนี้ทำให้เกิดการกำหนดบทบาทแต่ละภาคส่วนในการดำเนินงานตามรายละเอียด ดังตารางที่ 1 แสดงบทบาทร่วมภาคีเครือข่ายเฝ้าระวังป้องกันการขาดสารไอโอดีน

บทบาทร่วมภาคีเครือข่ายเฝ้าระวังป้องกันการขาดสารไอโอดีน

ตารางที่ 1 แสดงบทบาทร่วมภาคีเครือข่ายเฝ้าระวังป้องกันการขาดสารไอโอดีน

บทบาท	หน้าที่
อสม.	ให้ความรู้เรื่องไอโอดีน สุ่มตรวจเกลือ
ชุมชน	- ให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าว วิทยุชุมชน การประชุมของหมู่บ้าน - ผู้ใหญ่บ้านให้ความรู้ผ่านเวทีประชุมต่างๆของหมู่บ้าน - รณรงค์การปรุงประกอบอาหารด้วยเกลือเสริมไอโอดีน - จัดตั้งกองทุนเกลือไอโอดีนในชุมชน - ตรวจคุณภาพเกลือไอโอดีน
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	- สนับสนุนงบประมาณกองทุนท้องถิ่นในการแก้ปัญหาไอโอดีน - ประกาศใช้มาตรการทางสังคมในการป้องกันและควบคุมการขาดไอโอดีน

	- จัดหาและเป็นกองทุนต้นน้ำเกลือ ไอโอดีนคุณภาพและกระจายสู่ร้านค้า ชุมชน ครั้วเรือน
รพ./รพ.สต.	- ให้ความรู้ภาคีเครือข่ายในการ ดำเนินงานไอโอดีน : การตรวจ I kit - จัดทำระบบข้อมูลเฝ้าระวัง รายงาน TSH ที่ผิดปกติแก่พื้นที่

ระยะที่ 3 ติดตามสังเกต (Observe)

ติดตามสนับสนุนในการปฏิบัติตามแผน จากการสังเกตและวิเคราะห์ข้อมูล โดยสังเกตจากการสุ่มตรวจครั้วเรือน โรงเรียน ร้านค้าชุมชน กองทุนเกลือ การสนับสนุนงบประมาณจากอปท. การดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ระยะที่ 4 ระยะสะท้อนผล (Reflect)

จากการประเมินผลการดำเนินงานไอโอดีน พบว่ามีกองทุนเกลือ 36 กองทุน (จาก 85 หมู่บ้าน) ร้อยละ 42.35 การสนับสนุนงบประมาณจากอปท. 2 แห่งเท่านั้น จำนวน 5,000-15,000 บาท/แห่ง ร้านค้าชุมชนมีการจำหน่ายเกลือเสริมไอโอดีน 48 ร้าน (จาก 125 ร้าน) ร้อยละ 38.40 แต่ยังมีแร่ธาตุเกลือสินเธาว์ในชุมชน

การพัฒนาใน วงรอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2564 (ตุลาคม 2563-กันยายน 2564) ได้นำปัญหาจากวงรอบที่ 1 มาวิเคราะห์ด้านการเข้าถึงการบริโภคเกลือและเครื่องปรุงรสที่มีส่วนผสมของไอโอดีนพบปัญหา คือ ด้านเครือข่ายในชุมชน : 1) ขาดการติดตามตรวจปริมาณไอโอดีนให้มาตรฐาน/ชุดทดสอบI-KIT ไม่เพียงพอ2) ไม่มีแนวทางการ/มาตรการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน 3) ขาดการสนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนการป้องกันโรคไอโอดีนในชุมชน ด้านบุคลากร : ขาดความต่อเนื่องในการให้ความรู้และประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนให้ทราบถึงประโยชน์และความสำคัญของไอโอดีน จึงได้ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 คืบข้อมูลแก่อปท.เพื่อรับทราบปัญหาการดำเนินงานไอโอดีนและร่วมประชุมระดมสมองหามาตรการการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน จนเกิดมีการจัดทำ MOU ร่วมกันระหว่าง นายกอบต.ทุกพื้นที่ที่มีการจัดสรรงบประมาณทุกแห่ง,มีการจัดซื้อเกลือไอโอดีน

คุณภาพและเป็นกองทุนเกลือต้นน้ำระดับตำบล, สนับสนุนชุดตรวจ I-KIT ให้ทุกหมู่บ้าน,เกิดโครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดำเนินงานไอโอดีนในชุมชน : การทดสอบคุณภาพเกลือไอโอดีนด้วย ชุดตรวจI-KIT /ให้ความรู้แก่สม.ทูตไอโอดีน

กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมองค์ความรู้เกี่ยวกับไอโอดีน และส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักในการรับประทานยาเสริมไอโอดีน โดยจัดทำคู่มือและสคริปความรู้เรื่องไอโอดีนสำคัญอย่างไรและทำอะไรให้ได้ไอโอดีนเพียงพอสนับสนุนให้หอกระจายข่าวทุกหมู่บ้านเพื่อประชาสัมพันธ์/ให้ความรู้ รวมทั้งเกิดสื่อสังคมออนไลน์ด้านสุขภาพ

กิจกรรมที่ 3 ประชุมระดมสมองร่วมกับสม.จัดทำแนวทางค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ แนะนำมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ลงเยี่ยมเคาะประตูบ้านหญิงตั้งครรภ์ทุกครอบครัว ในการกำกับติดตาม ตรวจสอบคุณภาพไอโอดีน ในเครื่องปรุงรสต่างๆ ทุก 3 เดือน

กิจกรรมที่ 4 ทำการคืบข้อมูลสถานการณ์แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทำให้คลินิกให้คำปรึกษาฝากครรภ์ในรพ.สต. ทำให้เกิดคืบข้อมูลผลการสุ่มตรวจคุณภาพไอโอดีนและข้อมูล THS เจ้าหน้าที่รพ.สต. ทุกเดือน เพื่อรับทราบปัญหาและเป็นการกระตุ้นการดำเนินงาน

หลังจากนั้นทำการสังเกตการณ์ จากการรวบรวมข้อมูลไอโอดีนในชุมชน การสังเกตการปฏิบัติตามแนวทาง การสังเกต การติดตามในพื้นที่และประเมินผลจากการสุ่มการใช้ไอโอดีนในครั้วเรือน ร้านค้าและกองทุน การประเมินหมู่บ้านไอโอดีน ผลการตรวจ TSH ในทารกแรกเกิด

การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีรายละเอียดดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา : จำนวน ร้อยละ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จนมีความมั่นใจในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลอุดรฯ เลขที่ 10/2562 ลงวันที่ 8 กันยายน 2562

ผลการศึกษา (Result) ผู้วิจัยขอสรุปผลการศึกษาที่มุ่งตอบวัตถุประสงค์ ตามรายละเอียด ดังนี้

1. ด้านสถานการณ์ปัญหา พบว่า 1) ด้านบริบทพื้นที่ : เป็นพื้นที่ห่างไกล ไม่มีแหล่งผลิตเกลือไอโอดีน ยังมีแร่เกลือสินเธาว์ 2) ด้านประชาชน : ขาดความรู้ถึงประโยชน์ของสารไอโอดีน 3) ด้านการดำเนินงาน พบว่า ไม่มีแนวทางการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน 4) ด้านงบประมาณ : ขาดการสนับสนุนการจัดตั้งกองทุนเกลือไอโอดีนคุณภาพในชุมชน 5) ด้านบุคลากร : ขาดการประเมิน กำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านรูปแบบการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม

2.1เปรียบเทียบแนวทางการดำเนินงานก่อนและหลังพัฒนารูปแบบขาดสารไอโอดีนโดยการมีส่วนร่วม อำเภอกุดรัง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แนวทางดำเนินงานก่อนและหลังพัฒนารูปแบบขาดสารไอโอดีนโดยการมีส่วนร่วม

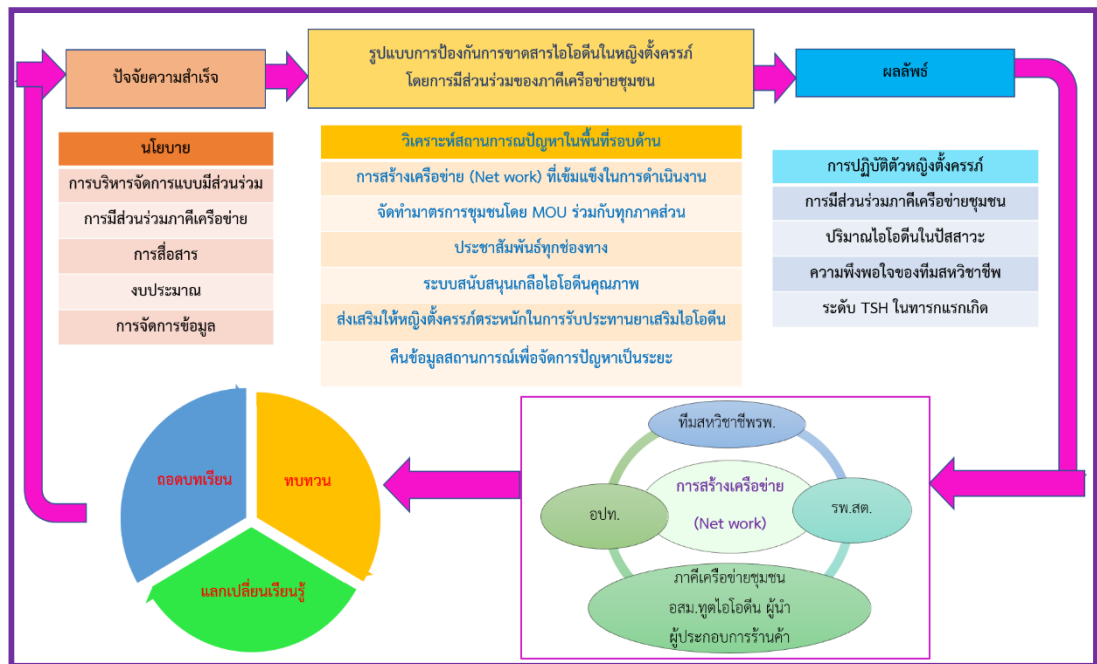
ประเด็น	แนวทางเดิม	แนวทางใหม่
บุคลากร	1.ติดตามการดำเนินงานไอโอดีน/สุ่มตรวจ ปีละ 2 ครั้ง 2. ให้ความรู้เรื่องไอโอดีนแก่กลุ่มสม. เท่านั้น	1. จัดทำแนวทางติดตามการดำเนินงานไอโอดีน/สุ่มตรวจ 3 เดือน/ครั้ง 2. จัดทำคู่มือและสคลิปความรู้เรื่องไอโอดีน แก่ประชาชนทุกกลุ่ม โดยพัฒนาผู้นำชุมชน/ทูตไอโอดีนให้ประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย หอกระจายข่าวชุมชนโดยดีเจ อสม. 3.การให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์รายบุคคลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอทุกราย
การดำเนินงานของเครือข่ายในชุมชน	1.ไม่มีแนวทางการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน 3.ขาดการสนับสนุนการจัดตั้งกองทุนเกลือไอโอดีนคุณภาพในชุมชน	1.เครือข่ายอปท.สนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนและเป็นกองทุนเกลือไอโอดีนต้นน้ำ 2.มีมาตรการการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน 3.มีการจัดทำ MOU ร่วมกันระหว่างนายกอปท.ทุกแห่ง
เครือข่ายในชุมชน	อสม	อปท. อสม. ทูตไอโอดีน ผู้นำชุมชน

2.2 สรุปรูปแบบการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในพื้นที่รอบด้าน : ความรู้ประชาชน การสุ่มตรวจ การสนับสนุนงบประมาณ การมีส่วนร่วมชุมชน 2) การสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งในการดำเนินงาน (อปท.,อสม.ทูตไอโอดีน,ผู้นำชุมชน,ผู้ประกอบการร้านค้า 3) จัดทำมาตรการชุมชนโดย MOU ร่วมกับ

ทุกภาคส่วน 4) ประชาสัมพันธ์ทุกช่องทาง เช่น ดีเจอสม. สื่อออนไลน์ 5) ระบบสนับสนุนเกลือไอโอดีนคุณภาพ : กองทุน การสุ่มตรวจตรวจ 6) ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักในการรับประทานยาเสริมไอโอดีน 7) การคืนข้อมูลสถานการณ์เพื่อจัดการปัญหาเป็นระยะ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนและคืนข้อมูลแก่ภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่เป็นการดำเนินการร่วมกัน ถอดบทเรียนตั้งแต่การวางแผนการ

ดำเนินงานตามแผน สะท้อนผลการดำเนินงาน ในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สุขภาพในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิง ตั้งครรภ์ ซึ่งปัจจัยความสำเร็จ ด้านกระบวนการ คือ การสนับสนุนส่งเสริมจากผู้บริหารหลักต้นให้ เกิดนโยบายในการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมการ สนับสนุนความรู้ที่มีความหลากหลายทั้งทางด้านการ จัดอบรม การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว ทำ

ให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น ส่งผลให้การ ปฏิบัติตนในการรับประทานผลิตภัณฑ์เสริม ไอโอดีนเพิ่มมากขึ้น การมีส่วนร่วมของชุมชนมีการ ปฏิบัติตามหน้าที่ที่กำหนด ร่วมรับฟัง ร่วมคิด ร่วม ปฏิบัติ และร่วมตัดสินใจ ซึ่งทำให้เครือข่ายมีความรู้สึกเป็นเจ้าของการตัดสินใจ เกิดการทำงาน ที่ต่อเนื่อง ซึ่งสามารถอธิบาย ได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน
อำเภอภูกระดึง จังหวัดมหาสารคาม

3. ประเมินผลรูปแบบการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอภูกระดึง จังหวัดมหาสารคาม

3.1 ด้านการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หลังการพัฒนาหญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนมากกว่าก่อน ดำเนินการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

.05 ($p < 0.001$) โดยมี คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนเท่ากับ 1.20 คะแนน (95%CI : 0.89, 0.90) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์

คะแนนการปฏิบัติตัว	Mean	S.D.	Mean difference	P-value	95% CI	
					Lower	Upper
ก่อน	3.20	0.34	1.20	<0.001	0.690	0.90
หลัง	4.40	0.30				

3.2 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมทุกด้านอยู่

ในระดับมากและในภาพรวมก็อยู่ในระดับมาก ($x=4.44, S.D.=0.54$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์

ระดับการมีส่วนร่วม	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	4.46	0.51	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ	4.47	0.52	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	4.44	0.50	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	4.40	0.49	มาก
ภาพรวมการมีส่วนร่วม	4.44	0.54	มาก

3.3 ประเมินผลผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน

ตารางที่ 5 ผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	
		ปี2562	ปี2563	ปี2564
ครัวเรือนใช้เครื่องปรุงรส/เกลือเสริมไอโอดีน	>90	66.66	86.08	94.02
หมู่บ้านผ่านการประเมินหมู่บ้านไอโอดีน	>90	76.47	88.23	92.94
ร้อยละกองทุนเกลือเสริมไอโอดีนทุกหมู่บ้าน	>85	30.26	42.35	94.11
ร้อยละร้านค้าชุมชนมีการจำหน่ายเกลือเสริมไอโอดีน	>90	36.05	48.38	96.00
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร	ไม่เกินร้อยละ 50	70.38	45.60	36.40
ร้อยละทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L	ไม่เกินร้อยละ 3	9.73	6.32	5.98

3.4 ด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายพบว่า อปท.สนับสนุนงบประมาณ 5 แห่งๆละ 10,000-20,000 บาท เกิดกองทุนเกลือไอโอดีนขยายผลทุกหมู่บ้าน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้ การวิจัยเชิง

ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ร่วมรับผลการตัดสินใจ ตั้งแต่เริ่มการดำเนินงานจนถึงสิ้นสุดการดำเนินงานจนได้รูปแบบการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ รอบด้าน : ความรู้ประชาชน การสุ่มตรวจ การสนับสนุนงบประมาณ การมีส่วนร่วมชุมชน 2) การสร้างเครือข่าย (Net

work) ที่เข้มแข็งในการดำเนินงาน (อปท., อสม., ทูตไอโอดีน, ผู้นำชุมชน, ผู้ประกอบการร้านค้า 3) จัดทำมาตรการชุมชนโดย MOU ร่วมกับทุกภาคส่วน 4) ประชาสัมพันธ์ทุกช่องทาง เช่น ดีเจอส. สื่อออนไลน์ 5) ระบบสนับสนุนเกลือไอโอดีนคุณภาพ : กองทุน การสุ่มตรวจตรวจ 6) ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักในการรับประทานยาเสริมไอโอดีน 7) การคืนข้อมูลสถานการณ์เพื่อจัดการปัญหาเป็นระยะ จากการดำเนินครั้งนี้จะเห็นได้ว่าภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ทุกด้านอยู่ในระดับมากและในภาพรวมก็อยู่ในระดับมาก ($x=4.44, S.D.=0.54$) ซึ่งจะเห็นว่าเริ่มแรกอาจไม่เข้าใจและไม่คุ้นเคยกับการดำเนินงานแบบนี้ ซึ่งที่ผ่านมาจะเป็นการขอความร่วมมือ จากภาคีเครือข่าย ไม่ได้ร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหา จึงทำให้ภาคีเครือข่ายชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาแต่พอเริ่มเข้าใจมีบทบาทรับผิดชอบได้แสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมกำหนด แนวทางการแก้ปัญหา เข้าร่วมรับฟัง ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ และร่วมตัดสินใจ ทำให้มีความรู้สึกเป็นเจ้าของการตัดสินใจนั้น สะท้อนให้เห็นว่าตนเองมีคุณค่าในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษา ของกิระติ เวียงนา⁸ ที่ได้ศึกษา การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ และจากการประเมินผลรูปแบบ พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนมากกว่าก่อนดำเนินการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) หญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ร้อยละ 45.60, 36.40 ทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L ร้อยละ 6.32, 5.98 ซึ่งจากการดำเนินงานพบว่า ทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (ไม่เกินร้อยละ 3) แต่มีแนวโน้มลดลง ซึ่งในการดำเนินงานป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์จะต้องใช้

ระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนทัศนคติของครอบครัว และหญิงตั้งครรภ์ในการใช้เกลือไอโอดีน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เฉลิมพล โสคำแก้ว, พรณี บัญชรหัตถกิจ⁹ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามี อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดขอนแก่น พบว่า การปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามี เพื่อการป้องกันตนเองจากการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และระดับสารไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ได้

จะเห็นได้ว่าจากการวิจัยครั้งนี้ มีการนำทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการร่วมคิดร่วมทำ ทำให้ทีมที่เข้มแข็ง เกิดความร่วมมือ การประสานงานที่ดี มีการสนับสนุนทรัพยากรร่วมกัน เกิดการบูรณาการและเกิดทีมที่เข้มแข็ง เปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานแก้ไข และแก้ไขปัญหาของชุมชนร่วมกัน โดยวิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์ และเน้นการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ วางแผนดำเนินการแก้ไขปัญหา ซึ่งมีวิธีการและที่เป็นประโยชน์ต่อการทำงานร่วมกันของชุมชน โดยการดำเนินการด้วยชุมชน ตามรูปแบบและศักยภาพของชุมชนเอมีการนำแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมาใช้ทั้งเครือข่าย มีการถอดบทเรียนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ได้รูปแบบการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง โดยปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานพบว่า การดำเนินงานป้องกันการขาดสารไอโอดีนในชุมชน โดยเริ่มวิเคราะห์หาสาเหตุปัญหาที่แท้จริง นำสู่การพัฒนาแนวทางที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคี

เครือข่ายที่เข้มแข็ง โดยการสนับสนุนงบประมาณ
การมีทูตไอโอดีน ที่ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
รวมถึงการคืนข้อมูลเป็นระยะ ส่งผลให้พื้นที่

รับทราบปัญหา การกระตุ้นติดตาม ที่ต่อเนื่อง จึง
ทำให้เกิดความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน
สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2563. กรุงเทพฯ: บริษัทสาม เจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2562.
2. นภาพรณ วิริยะอุตสาหกุล. รายงานการศึกษาผลของการให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนต่อภาวะโภชนาการ
ไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ); 2562.
3. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น นราชนครินทร์. การสำรวจระดับสติปัญญาเด็กไทย. นนทบุรี: กระทรวง
สาธารณสุข; 2554.
4. โรงพยาบาลอุดรฯ. ระบบสารสนเทศรายงานผลการดำเนินการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ปี 2561-2562.
มหาสารคาม: โรงพยาบาลอุดรฯ; 2561-2562.
5. พันธุ์ทิพย์ งามสุด. การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน
มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: พี เอ ลีฟวิ่ง; 2540.
6. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาส์น; 2553.
7. ทวีศักดิ์ นพเกสร. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครราชสีมา: โรงพิมพ์โชคเจริญมาร์เก็ตติ้ง;
2549.
8. กิระติ เวียงนาค. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ
ชีวิต อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 2563; 1(1):
49-55.
9. เฉลิมพล โสคำแก้ว,พรณิ บัญชรหัตถกิจ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคขาดสาร
ไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามี อำเภอภูพาน จังหวัดขอนแก่น.
วารสารสุขศึกษา. 2560; 40(1): 24-37

การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน : กรณีศึกษา Nursing care of newborns whose mothers use amphetamines: a case study

(Received: August 27,2023 ; Revised: August 29,2023 ; Accepted: August 30,2023)

สายชล ขุนหล้า¹
Saichon Khunla¹

บทคัดย่อ

กรณีศึกษา 2 ราย ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน และศึกษาผลของการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โดยใช้การจัดการรายกรณี ผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นทารกที่คลอดในโรงพยาบาลสมเด็จ ดำเนินการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน – 30 ธันวาคม 2565 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ที่เป็นรูปแบบการพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจง ทารกที่เกิดจากมารดาที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนเป็นทารกที่เป็นกลุ่มเปราะบางที่มีความซับซ้อนในการดูแล การให้ข้อมูลมารดาและครอบครัวในการเลี้ยงดูทารกแรกเกิดได้อย่างเหมาะสม การวางแผนจำหน่ายที่ให้มารดาและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง ส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงาน รพ.สต.เขตพื้นที่ๆ ทารกและมารดาพักอาศัยเพื่อการเยี่ยมบ้านที่ต่อเนื่องร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว (แนวคิด 3 หมอ)

ผลการศึกษาพบว่า พบว่า ทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะดูแล มารดาและครอบครัวให้ความร่วมมือในการดูแลทารกต่อเนื่อง และมีความมั่นใจในการเลี้ยงดูทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน และพยาบาลที่ให้การพยาบาลมีความรู้เรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน : กรณีศึกษา ในระดับดีมาก

คำสำคัญ : การพยาบาล ทารกแรกเกิด มารดาเสพยาเสพติด แอมเฟตามีน

ABSTRACT

This 2-case study aims to develop nursing care for newborns whose mothers use amphetamines. and to study the effects of nursing newborns whose mothers used amphetamines. using case management The case study was an infant born in Somdet Hospital. The study was conducted from 1 November - 30 December 2022. The conceptual framework used in this study was the case management model. which is a specific form of nursing Babies born to mothers who use amphetamines are a vulnerable group of infants who are complex to care for. Giving mothers and families information on how to properly raise their newborn babies Discharge planning that allows mothers and families to participate in the planning of continuation of care. Forward information to agencies The district health hospital where infants and mothers stay for continuous home visits with Family Public Health Volunteers (Concept 3 Doctors).

The study found that newborns whose mothers used amphetamine drugs No complications while taking care Mothers and families continue to cooperate in taking care of the babies. and have confidence in raising newborns whose mothers use amphetamines and nurses who provided nursing knowledge on nursing newborns whose mothers used amphetamine substances. and the mean satisfaction of professional nurses to nursing newborns whose mothers use amphetamine drugs: a case study at a very good level.

Keywords: nursing, neonatal, substance abuse mother, amphetamine

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จ

บทนำ

แอมเฟตามีนเป็นสารเสพติดที่ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง (Amphetamine type Stimulant : AST) ซึ่งทำหน้าที่ในการควบคุมสมองส่วนคิดและสองส่วนอยาก รวมถึงการถ่ายทอดความรู้สึก การออกฤทธิ์จะขึ้นอยู่กับปริมาณและระยะเวลาในการใช้ เมื่อเสฟเข้าสู่ร่างกายจะไปออกฤทธิ์กระตุ้นสมองส่วนกลางให้มีความตื่นตัว สดชื่น แจ่มใส จิตใจสบาย กระปรี้กระเปร่า เพิ่มพลังได้มากกว่าปกติ ช่วยลดอาการอ่อนเพลีย เมื่อเสฟอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานแอมเฟตามีนจะไปทำลายสมองส่วนคิด (Cerebral cortex) ทำให้ความสามารถในการคิดวิเคราะห์เหตุผลต่างๆสูญเสียไป และกระตุ้นสมองส่วนอยาก (Limbic System) ซึ่งเป็นศูนย์กลางในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมให้หลังสารสื่อประสาทโดปามีน (Dopamine) ซึ่งเป็นสารสื่อความสุขออกมามากกว่าปกติ ทำให้ผู้เสฟเกิดความรู้สึกเป็นสุข พึงพอใจจนเกิดเป็นความเคยชินและฝังจำในลักษณะถูกวางเงื่อนไข เกิดการเรียนรู้ว่าสมองต้องได้รับการตอบสนองด้านความสุขโดยการใช้สารเสพติดตามที่เคยได้รับมา ซึ่งเป็นอาการเสพติดทางใจ แต่เมื่อแอมเฟตามีนหมดฤทธิ์ระดับโดปามีนในสมองจะลดลง ผู้เสฟจะรู้สึกอ่อนเพลีย สับสน กระวนกระวาย เรียกว่าอาการถอน (Withdrawal) ต้องหาแอมเฟตามีนมาเสฟอีกเพื่อลดอาการดังกล่าว (มนัสสุนทรโชติ และพิญพัทธ์ อุทิศ, 2556)

จากรายงานผลการสำรวจครัวเรือนประเทศไทย (National Household Survey) โดยองค์การวิชาการสารเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2560 ได้ทำการสำรวจข้อมูลประชากร พบว่า มีผู้เสฟแอมเฟตามีนส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีอายุระหว่าง 26 – 34 ปี มีอาชีพเป็นผู้ใช้แรงงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.9 โดยจำแนกตามสาขาอาชีพ ได้แก่ ลูกเรือประมง แรงงานก่อสร้าง เกษตรกร คนขับรถ อาชีพบริการในสถานเริงรมย์ รองลงมาเป็นกลุ่มนักเรียนนักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 28.27 และกลุ่มอาชีพอื่น ได้แก่ ค้าขาย ศิลปิน และพนักงานบริษัท

ร้อยละ 17.8 ผลกระทบจากการเสฟแอมเฟตามีน ทำให้ผู้เสฟมีสภาพทรุดโทรม เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย มีอาการทางจิต หวาดระแวง คลุ้มคลั่ง (ปิยวรรณ ทัศนาศลี, 2554) นอกจากนี้ในหญิงตั้งครรภ์มีการใช้สารเสพติดมีจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสารเสพติดที่นิยมใช้มากที่สุด คือยาบ้าหรืออนุพันธ์ของแอมเฟตามีน รองลงมาคือบูรีและเฮโรอีน ตามลำดับ (พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์และคณะ, 2550) การเสฟสารแอมเฟตามีนเข้าสู่ร่างกายโดยวิธีการกิน การฉีด การสูบ หรือการสูดดมควันเพื่อให้ได้ฤทธิ์จากสารนั้นเรียกว่า ผู้เสฟแอมเฟตามีน ถือเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาอาการติดสารเสพติดตามพระราชบัญญัติยาเสพติด โดยระบบการบำบัดผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย แบ่งออกเป็น 3 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบสมัครใจ 2) ระบบต้องโทษ และ 3) ระบบบังคับบำบัด ผู้เสฟแอมเฟตามีนจะมีอาการทางสมองซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมที่ถือเป็นภาวะทางจิตเวชฉุกเฉิน เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว หวาดระแวง หูแว่ว ประสาทหลอน ฆ่าตัวตายทำร้ายตัวเองและทำร้ายผู้อื่น ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นอาการทางจิตที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้เสฟแอมเฟตามีน ครอบครัว และชุมชน จึงจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจควบคู่กันไป จากการศึกษาผลกระทบจากการเสฟแอมเฟตามีน ขณะตั้งครรรภ์ที่ผ่านมา พบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในทารกที่มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนในขณะตั้งครรรภ์ส่วนใหญ่พบ ทารกน้ำหนักตัวน้อย เกิดก่อนกำหนด การเจริญเติบโตช้าในครรรภ์และศีรษะเล็ก ทารกหลังคลอดอาจมีอาการถอนยาในระยะแรกเกิดได้ โดยอาการถอนยาจะส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆในร่างกายทารก ได้แก่ 1) อาการทางระบบประสาท ได้แก่ ร้องเสียงแหลม หวอบ่อย แขนขาสั่นหรือสั่นทั้งตัว ร้องกวน ไม่นอน บางรายอาจมีอาการชักได้ รวมทั้งอาการทางระบบประสาท เช่น ไข้ เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็ว 2) อาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ อาเจียน อุจจาระน้อย ถ่ายบ่อย 3) อาการทางระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ หายใจเร็วหรือหยุดหายใจ เครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินภาวะถอนยาในทารกแรกเกิด คือ

neonatal abstinence scoring system (NAS scores) ซึ่งจะประเมินอาการที่สารเสพติดมีผลต่อระบบต่างๆในร่างกาย โดยเริ่มประเมินที่สองชั่วโมงแรกหลังเกิดและประเมินซ้ำทุกสี่ชั่วโมง เป็นเวลาอย่างน้อย 4 วัน คะแนนที่มากขึ้นบ่งบอกถึงอาการถอนยาที่รุนแรงขึ้น หากคะแนนน้อยกว่า 8 จะให้การรักษาตามอาการ หากคะแนนมากกว่า 8 ถือว่ามีภาวะถอนยาที่รุนแรงจำเป็นต้องให้การรักษาด้วยยาในกลุ่ม opioids, barbiturates หรือ benzodiazepine

โรงพยาบาลสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 จำนวนเตียง 90 เตียง มีเตียงสำหรับมารดาและทารกหลังคลอด 12 เตียง จากสถิติการเข้ารับบริการคลอดของมารดาใช้สารแอมเฟตามีน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่าในปี 2562-2564 มีจำนวน 3, 5 และ 9 ราย ซึ่งปัจจุบันหอผู้ป่วยหลังคลอดยังไม่มีแนวทางการดูแลและแนวทางการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารแอมเฟตามีนในขณะตั้งครรภ์ ที่เป็นระบบและแนวทางเฉพาะเจาะจงที่ชัดเจน ส่งผลให้มารดาและทารกขาดการดูแลต่อเนื่อง การดูแลไม่ครอบคลุม ขาดนัด จนเกิดปัญหาด้านการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดและดูแลทารกแรกเกิดไม่เหมาะสม ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยหลังคลอด จึงได้ดำเนินการศึกษากรณีทารกแรกเกิดที่มารดาตั้งครรภ์ใช้สารแอมเฟตามีน เพื่อพัฒนาสู่การจัดทำแนวทางการพยาบาลมารดาและทารกที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน
2. เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะราย (case study) ในทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารแอมเฟ

ตามีน จำนวน 2 ราย โดยมารดาตั้งครรภ์ทั้ง 2 รายใช้สารแอมเฟตามีนในช่วงที่ตั้งครรภ์ เข้ารับบริการคลอดในงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะ เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เด็กตัวเหลืองแรกเกิด ทารกเสี่ยงต่อการหายใจลำบาก ขาดออกซิเจน หรือมีอาการถอนยาในระยะแรกเกิดได้ โดยได้ดำเนินการศึกษาจากแฟ้มประวัติมารดาตั้งครรภ์ การคลอดรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์มารดาหลังคลอด ญาติและเวรระเบียน ประเมินสภาพทารกแรกรับ ตรวจร่างกาย เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการดูแลของทารก นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนให้การพยาบาล และนำสู่การพัฒนาแนวทางการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิดที่มารดาตั้งครรภ์ใช้สารแอมเฟตามีนต่อไป

กรณีศึกษา รายที่ 1 ทารกเพศหญิง คลอดปกติทางช่องคลอด อายุครรภ์มารดา 38 สัปดาห์ คะแนน APGAR ที่ 1 นาที่อยู่ที่ 9 คะแนน น้ำหนักตัว 2,500 กรัม ผลการตรวจมีเส้นรอบศีรษะและความยาวอยู่ในระดับปกติ ไม่พบความพิการแต่กำเนิด ไม่มีไข้ อุณหภูมิปกติ ไม่มีภาวะ hypoglycemia มีภาวะตัวเหลืองเล็กน้อย ได้รับการรักษาโดยการส่องไฟและให้ออกซิเจนหลังคลอดในช่วงวันแรก ในวันแรกเด็กไม่ไห้เด็กดูนมมารดา และมารดาก็ยังไม่มีน้ำนม ป้อนนมผสมครั้งละ 100 ซีซีทุก 2 ชั่วโมง เด็กรับได้เพียง 50-60 ซีซี/ครั้ง หลังวันที่ 2 เด็กแข็งแรงขึ้น ร้องปกติ ป้อนนมได้ 100-150 ซีซีทุก 2 ชั่วโมง active ขึ้น ตัวเหลืองลดลง ถ่ายอุจจาระสีเหลือง ท้องไม่อืด วันที่ 3 หลังคลอดเด็กหายใจได้ปกติ ตัวเหลืองลดลง เริ่มดูนมมารดาได้ active ขึ้นจนเป็นปกติ ไม่มีอาการถอนยา ผลการตรวจ Urine amphetamine ทั้งมารดาและทารกวันละ 1 ครั้ง วันที่ 2 ผลตรวจปัสสาวะยัง positive ได้งดให้เด็กดื่มนมมารดา ในวันที่ 3 มารดาและทารกผลตรวจ Urine amphetamine negative และคะแนน NAS (Neonatal abstinence scoring) ที่ประเมินที่ 2 ชั่วโมงแรกหลังเกิดและประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมงและประเมินต่อเนื่องวันละ 1 ครั้งนาน 4 วัน ไม่พบอาการถอนยา ทารกรายนี้นี้เกิดจากมารดาอายุ

22 ปี มีการใช้สารแอมเฟตามีนบางครั้งหรือเสพเพียงครั้งคราว โดยสามีแนะนำให้สูดดมแอมเฟตามีนก่อนเข้ารับการคลอด เนื่องจากมีความเชื่อว่าจะได้มีแรงเบ่งคลอด ตลอดระยะเวลารักษานาน 5 วัน ทั้งมารดาและทารกแข็งแรงปกติ แพทย์ได้จำหน่ายให้กลับบ้าน

กรณีศึกษาครั้งที่ 2 ทารกเพศหญิง มารดาคลอดเองที่บ้าน คลอดก่อนกำหนด เด็กทารกมีอาการหายใจหอบตั้งแต่แรกเกิด น้ำหนักตัว 2,300 กรัม ผลการตรวจมีเส้นรอบศีรษะและความยาวอยู่ในระดับน้อยกว่าปกติ ไม่พบความพิการแต่กำเนิด ตัวเย็นตัวลายเล็กน้อย มีภาวะขาดออกซิเจนเล็กน้อย อุณหภูมิกาย 37.6 องศาเซลเซียส มีภาวะ birth asphyxia ไม่มีภาวะ hypoglycemia มีภาวะตัวเหลือง ได้ย้ายทารกเข้ารักษาใน Sick newborn เพื่อ close observe รับการรักษาโดยการส่องไฟ และ on O₂ box แพทย์ให้ยา antibiotic ชนิด ampicillin และ gentamycin ฉีดต่อเนื่อง หลังคลอดในช่วง 3 วันแรก เด็กไม่ค่อยร้อง วันแรกป้อนนมไม่ดูด วันที่ 2 เริ่มดุนนมผสมได้ครั้งละ 40-60 ซีซี หลังคลอดยังไม่มีน้ำนมใน 2 วันแรก ต่อมาน้ำนมมาแต่น้อย วันที่ 3 ของการคลอดเด็กทารกเริ่ม active ขึ้น ร้องเสียงดัง ป้อนนมได้ 80-100 ซีซีทุก 2 ชั่วโมง ผิวหนังแดงตึงขึ้น ถ่ายอุจจาระสีเหลือง ท้องไม่อืด แพทย์ได้ย้ายเข้ารับการรักษาที่หลังคลอดในวันที่ 4 หลังคลอดเด็กหายใจได้ off ออกซิเจน ตัวเหลืองลดลง เริ่มให้ดุนนมมารดาตั้งแต่วันที่ 3 ถึงแม้น้ำนมไหลน้อย เด็ก active ขึ้นจนเป็นปกติ ไม่มีอาการถอนยา ผลการตรวจ Urine amphetamine ทั้งมารดาและทารกวันละ 1 ครั้ง วันที่ 2 ผลตรวจปัสสาวะยัง positive ในวันที่ 3 มารดาและทารกผลตรวจ Urine amphetamine

negative และทารกมีอาการถอนยาแต่ไม่รุนแรงในวันแรก ติดตามประเมิน NAS ทุกวัน ต่อเนื่อง 4 วัน เด็กปลอดภัยจากอาการถอนยา ทารกรายนี้เกิดจากมารดาอายุ 18 ปี ป่วย schizophrenia และ unwanted pregnancy ไม่ต้องการมีบุตร เนื่องจากไม่มีผู้ดูแล อสม.ในพื้นที่พบเคสจึงแจ้งรพ.สต. เข้าประเมินและ ANC ให้ที่บ้าน จึงยอมตั้งครรภ์ต่อ จนท.แจ้งมารดาที่มีการใช้สารแอมเฟตามีนบ่อยๆ สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ไม่มีสามี พักอาศัยอยู่กับยาย 2 คน ภายหลังการรักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน อาการแข็งแรงปกติ ทั้งแม่และทารก ได้ส่งมารดาและยายเข้ารับการปรึกษากับ OSCC ช่วยเหลือครอบครัวต่อเนื่อง แพทย์ได้จำหน่ายให้กลับบ้านและวางแผนติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่พบในผู้ป่วยกรณีศึกษา

- ทารกแรกเกิดมีภาวะน้ำหนักตัวน้อย จากมารดาติดสารแอมเฟตามีน
- มีภาวะคลอดก่อนกำหนด จากมารดาที่มีอาการป่วย schizophrenia และ unwanted pregnancy
- มีภาวะพร่องออกซิเจนในขณะแรกเกิด เนื่องจากมารดาใช้สารแอมเฟตามีนในช่วงตั้งครรภ์
- ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนยา เนื่องจากมารดาใช้สารแอมเฟตามีนในช่วงตั้งครรภ์
- ทารกมีโอกาสเกิดภาวะพัฒนาการล่าช้า จากมารดาใช้สารแอมเฟตามีนในช่วงตั้งครรภ์

ผู้ศึกษาได้จัดพัฒนาแนวทางการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน ดังนี้

ตารางที่ 1 แนวทางการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน

กิจกรรม	ขั้นตอน/แนวทาง
1. การประเมินผู้รับบริการ	- ประเมินสภาพ - ตรวจร่างกาย - ตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะการตรวจ urine amphetamine ทั้งมารดาและทารก - การประเมิน NAS หากพบอาการผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที

กิจกรรม	ขั้นตอน/แนวทาง
	• CNS (ร้องเสียงแหลม นอนหลับ moro reflex ตัวสั่นเมื่อถูกกระตุ้น ความตึงตัว รอยครูดกลอก แขน/ขากระตุก และภาวะชัก) • Metabolic/vasomotor/Respiratory/disturbance (เหงื่อออก หาวบ่อยๆ ตัว ลาย จมูกตัน จาม หายใจปึกจมูกบาน อัตราการหายใจ > 60 ครั้ง/นาทีร่วมกับมี ชายโครงบวม) • GI disturbance (ดูนมมากผิดปกติคล้ายหิวตลอดเวลา ดูนมไม่ดี แหวะนม อาเจียนพุ่ง ถ่ายอุจจาระเหลว)
2. การพยาบาล	- การประเมินอาการนอนยา - การประเมิน NAS • หากพบคะแนน < 8 ไม่พบอาการผิดปกติ และผลปัสสาวะมารดาเป็นลบ ให้ดู นมมารดาได้ ติดตามประเมิน Hct, MB, TSH, PKU ที่ 48 ชั่วโมง OAE screening ที่ 48-72 ชั่วโมง หากไม่พบความผิดปกติให้ D/C ได้ • ในมารดาและทารกที่พบ urine amphetamine positive จะติดตาม NAS เวอร์ละ 2 ครั้ง หากพบ NAS ≥ 8 ติดต่อกัน 3 ครั้ง หรือหากพบ NAS ≥ 12 ติดต่อกัน 2 ครั้ง รายงานแพทย์ทราบทันทีเพื่อพิจารณาให้การรักษ • หาก NAS ≤ 8 มากกว่า 2 วัน และไม่มีปัญหาอื่นๆให้ดูนมมารดาได้ และติดตาม ประเมิน Hct, MB, TSH, PKU ที่ 48 ชั่วโมง OAE screening ที่ 48-72 ชั่วโมง หากไม่พบความผิดปกติให้ D/C ได้ - การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ - การเลิกเสพยาเสพติด/สุรา/บุหรี่ ส่งเข้าคลินิกฟ้าใส - การส่งเสริม/สนับสนุนการวางแผนครอบครัว - การวางแผนจำหน่าย มีการประเมินมารดาและครอบครัวหรือบุคคลที่เป็นผู้ดูแลหลัก ด้าน ความพร้อมในการดูแลทารก การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นัดเข้าคลินิกนมแม่ทุกราย 100% ใน 7-14 วันหลังคลอด และนัดเข้าคลินิก High Risk เมื่ออายุเด็กได้ 1 เดือน เพื่อพบกุมารแพทย์ ติดตามประเมินการเจริญเติบโตทุกราย ในคลินิก high risk จะติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดทุกราย สนับสนุนให้สามี/ครอบครัว คอยสนับสนุนให้มารดาและทารกได้มาตรวจตามนัดทุกครั้ง
3. การดูแลต่อเนื่อง	- ติดตามประเมินภาวะเจริญเติบโต และพัฒนาการตามของเด็กอย่างต่อเนื่อง - สนับสนุน ช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องโดยส่งต่อการประสานงานที่หน่วยงาน OSCC - ส่งต่อข้อมูลการดูแล (ทารกแรกเกิด) ไปรับหน่วยงานสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ การ ตรวจหรือรักษาต่อเนื่อง

แนวทางการพยาบาลมารดาที่ใช้สารเสพติด

1. การประเมินสภาพตามแบบแผนสุขภาพ

ของกอร์ดอน 11 แบบแผน

- แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแล
สุขภาพ

- แบบแผนที่ 2 : อาหารและการเผาผลาญ

อาหาร

- แบบแผนที่ 3 : การขับถ่าย

- แบบแผนที่ 4 : กิจกรรมและการออกกำลังกาย

กาย

- แบบแผนที่ 5 : การนอนหลับ พักผ่อน

- แบบแผนที่ 6 : สถิติปัญหาและการรับรู้

- แบบแผนที่ 7 : การรับรู้ตนเองและอัตมโน

ทัศน์

- แบบแผนที่ 8 : บทบาทและสัมพันธภาพ

- แบบแผนที่ 9 : เพศและการเจริญพันธุ์

- แบบแผนที่ 10 : การปรับตัวและความ

ทนทานกับความเครียด

- แบบแผนที่ 11 : คุณค่าและความเชื่อ

2. การให้การพยาบาล จะขึ้นอยู่กับความต้องการของมารดาตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดแต่ละราย มีการวางแผนการพยาบาลเฉพาะเจาะจง ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม
3. สร้างสัมพันธภาพเพื่อความไว้วางใจ และแสดงให้เห็นว่าพยาบาลพร้อมช่วยเหลือ
4. กระตุ้นให้มารดาตั้งครรภ์ได้ระบายความรู้สึก และรับฟังเกี่ยวกับความรู้สึกต่อการใช้สารเสพติด
5. ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง พิจารณาถึงผลที่อาจจะเกิดขึ้น แรงบันดาลใจอยากเลิกใช้สารเสพติด โดยเฉพาะการเลี้ยงดูบุตรในอนาคต
6. กระตุ้นให้สำรวจหาทางเลือกที่จะช่วยให้ความอยากสารเสพติดลดลง วางแผนการเลิกทันที หรือค่อยๆลดปริมาณลง
7. สนับสนุนให้ค่อยๆเลิกตามแผนที่วางไว้ และเสริมพลังในทางบวกในความพยายามปฏิบัติ โดยใช้ข้อมูลสุขภาพของทารกเป็นองค์ประกอบการปฏิบัติ
8. ควรเพิ่มความถี่การนัดมารับบริการเพื่อสนับสนุนและให้กำลังใจต่อเนื่อง
9. เมื่อเลิกเสพได้ให้ระมัดระวังการกลับมาเสพติด โดยคอยให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา หลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้กลับมาเสพติด
10. หากเลิกในครั้งนี้ไม่สำเร็จ ควรร่วมวางแผน และกระตุ้นการปรับเปลี่ยนแผนเพื่อให้บรรลุความสำเร็จ

สรุป

จากการศึกษาผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารแอมเฟตามีน จากการทบทวนเวชระเบียนมารดาที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนและทารกแรกคลอด พบว่า ร้อยละ ๖๐ ทารกมีภาวะน้ำหนักตัวน้อย รองลงมาไม่ดูดนมในช่วงวันแรกหลังคลอด และมีภาวะหายใจลำบาก ขาดออกซิเจนในช่วงระยะแรกหลังคลอด ผู้ศึกษาจึงได้จัดการพยาบาลทารกแบบการจัดการรายกรณี เพื่อให้ทารกได้รับการพยาบาลที่ได้มาตรฐานและปลอดภัยจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน เป็น

กลุ่มเปราะบาง ช่วยตัวเองไม่ได้ มีโอกาสสูงมากที่อาจเสียชีวิตตั้งแต่ระยะแรกคลอดใน ๒ ชั่วโมงแรก บางรายมีภาวะขาดออกซิเจน ไม่ดูดนม ที่มีความซับซ้อนของการดูแลรักษามาก โดยเฉพาะทารกแรกเกิดที่มารดาใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนเป็นเวลานาน มีโอกาสเกิดภาวะถอนยาสูง มารดาที่มีฐานะยากจน ไม่ได้ฝากครรภ์ มีภาวะป่วยทางจิตที่ตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผนไว้ก่อน พบว่ามารดาเหล่านี้มีโอกาสทอดทิ้งทารกแรกเกิด ปล่อยให้เป็นภาระของตา ยาย ปู่ ย่า ต้องเลี้ยงดูเพียงลำพัง ไม่ได้ดูนมแม่ ส่งผลต่อพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กทารกในระยะยาวต่อไป

การใช้สารเสพติดในช่วงตั้งครรภ์จะส่งผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อน บางปัญหาเป็นประเด็นทางสังคม ที่ต้องการดูแลช่วยเหลือในลักษณะที่ไม่ต้องมีการตัดสินว่าถูกหรือผิด และต้องให้การพยาบาลที่ครอบคลุมจากทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นความท้าทายของพยาบาลที่ต้องให้การพยาบาล ดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการตั้งครรภ์ และต่อเนื่องตลอดระยะการตั้งครรภ์ การเกิดภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมทั้งต่อมารดาและทารกภายหลังคลอด เช่น ทารกแรกเกิดมีภาวะน้ำหนักตัวน้อย ภาวะคลอดก่อนกำหนด มีภาวะพร่องออกซิเจนในขณะแรกเกิด มีโอกาสเกิดภาวะถอนยาทั้งมารดาและทารก (neonatal abstinence syndrome) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และโอกาสที่มารดากลับไปเสพยาใหม่ซ้ำอีก พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทที่สำคัญในการให้การพยาบาลและสังเกตความผิดปกติ ค้นหาปัญหาหากพบแจ้งแพทย์หรือทีมสุขภาพได้ ทราบเพื่อผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม รวมถึงการให้การสนับสนุนข้อมูลเพื่อการดูแลตนเอง ต่อเนื่องจนผู้ป่วยและครอบครัวสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ผู้ศึกษาขอเสนอแนะเชิงนโยบายทั้งด้านการนำผลงานไปใช้ประโยชน์ และการศึกษาค้นคว้าต่อไป ดังนี้

ควรมีการให้ข้อมูลมารดาตั้งครรภ์ให้เห็นโทษของสารเสพติดที่มีผลต่อทารกในครรภ์ พัฒนาศมรรถนะทางด้านความรู้และทักษะของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน มารดาที่ใช้สารเสพติดควรฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ชุมชนควรมีการติดตามดูแลเยี่ยมบ้านมารดาตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด และจัดบริการให้มีความเชื่อมโยง

รวดเร็วและลดขั้นตอนการบริการ เพื่อผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกในระดับจังหวัด ควรนำแนวทางการพยาบาลทารกไปขยายผลการดำเนินงานให้เชื่อมโยง ประสานความร่วมมือของหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ มีการติดตามผลการดำเนินงานต่อเนื่อง พัฒนাজนกระทั่งเข้าสู่และผ่านเกณฑ์คุณภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมสุขภาพจิต. (2561). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปี 2561 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต, นนทบุรี.
- 2.กรองทอง ออมสิน. (2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม การจัดการความเครียดของวัยรุ่นตอนต้น. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ).
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช.
- 3.กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แนวทางการดำเนินงานยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. สมุทรสาคร: บอร์น ทุ ปี พัลลิ่ง.
- 4.นันทา ชัยพิชิตพันธ์. (2556). การบำบัดเพื่อเสริมแรงจิตใจ : ทางเลือกเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติด. ธรรมศาสตร์เวชสาร. 13(1), 98-108.
- 5.บุรียา แต่งพันธ์. (2557). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของนักศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 26(1), 1-5
- 6.American Psychiatric Association. Z2013X. Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- 7.Bandura, A. (10986). Social foundations of thought and action. A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall.

ผลของการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตราย
จากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกหอมแดง

The application of health belief model to improve preventive health behaviors on
pesticide use among *Allium Ascalonicum* L growers

(Received: May 8,2023 ; Revised: July 16,2023 ; Accepted: July 23,2023)

สมหญิง สิงห์ทอง¹ สมศักดิ์ อินทมาต²
Somying Singtong¹ Somsak Intamat²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกหอมแดง กลุ่มตัวอย่างคือเกษตรกรที่ปลูกหอมแดงที่อาศัยอยู่ในตำบลกุดฉิม อำเภอดงหลวง จังหวัดนครพนม จำนวน 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือการทดลองที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Paired sample t-test ผลการศึกษาพบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความรุนแรงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่าค่าคะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนการศึกษาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$)

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยง สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a health belief model program applying protection motivation theory on pesticide prevention behaviors among shallot growers (*Allium ascalonicum* L) in Kudchim sub-district, Thatphanom district, Nakhonphanom province. 32 of shallot growers participated in this study through purposive sampling. The research tools consisted of program applying protection motivation theory and the questionnaires. The data were analyzed in terms of percentage, mean, standard deviation and paired sample t-test. The results found that the mean score on the post-test of perceived susceptibility from pesticide exposure, perceived intensity from pesticide use, perceived benefits from the proper use of pesticides, perceived barriers from the proper use of pesticides, and pesticide prevention behaviors were different with statistically significant ($p<0.01$).

Keywords: health belief model, risk behaviors, pesticide

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดฉิม

² โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชดงหลวง Corresponding author: Email: suwanwisit@yahoo.com

บทนำ

สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นปัจจัยสำคัญในการผลิตทางการเกษตร เนื่องจากช่วยลดความเสี่ยงในเรื่องของความเสียหายจากศัตรูพืช ทำให้ผลผลิตทางการเกษตรเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะคุณภาพและความสวยงามของสินค้า ซึ่งผู้บริโภคส่วนใหญ่ให้ความสำคัญ แต่การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชก็มีโทษเช่นกันหากใช้ไม่ถูกวิธี หรือขาดการป้องกันอันตรายจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทำให้สารพิษเข้าสู่ร่างกายและเกิดการสะสมในระยะยาว จนเมื่อมีปริมาณมากพอถึงแสดงอาการออกมา อีกทั้งยังทำให้เกิดพิษตกค้างในผลผลิตส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภคในวงกว้าง¹ สถานการณ์การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชพบว่าปริมาณและมูลค่าการนำเข้ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นมาโดยตลอด โดยในปี 2563 มีการนำเข้าสารเคมีกำจัดวัชพืช 57,007 ตัน มูลค่า 10,294 ล้านบาท สารเคมีกำจัดแมลง 18,946 ตัน มูลค่า 12,953 ล้านบาท สารเคมีป้องกันและกำจัดโรคพืช 15,170 ตัน มูลค่า 4,960 ล้านบาท สารเคมีอื่นๆ 7,326 ตัน มูลค่า 1,534 ล้านบาท รวมสารเคมีทุกประเภท 98,449 ตัน มูลค่ารวม 29,741 ล้านบาท² การนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในปริมาณมากและมูลค่าสูง สะท้อนให้เห็นถึงมูลค่าทางเศรษฐกิจของตลาดผลิตภัณฑ์ประเภทนี้ นอกจากนี้ยังสะท้อนให้เห็นถึงปริมาณการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ แม้ว่าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจะเป็นประโยชน์ต่อการเจริญเติบโตของพืชอาหาร ช่วยลดความเสี่ยงในเรื่องความเสียหายต่อผลผลิต ทำให้ผลผลิตทางการเกษตรเพิ่มสูงขึ้น แต่การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากเกินไปจนเกินความจำเป็นและไม่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้เกิดผลกระทบด้านต่างๆ มากมายทั้งในด้านสุขภาพของเกษตรกรและผู้บริโภค ด้านสิ่งแวดล้อม รวมทั้งด้านเศรษฐกิจของประเทศ โดยเฉพาะผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกรเนื่องจากได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยตรงผ่านทางผิวหนังและการหายใจ³ ซึ่งสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเหล่านี้จะทำให้เกิดอาการแพ้และหากมีการสะสมมากขึ้นในร่างกายก็จะทำให้เกิดโรคต่างๆ เช่นโรคมะเร็งเป็นต้น⁴ ผลกระทบ

ที่เกิดกับสุขภาพสามารถแบ่งได้เป็น 2 แบบคือ ผลกระทบที่เป็นพิษเฉียบพลัน ผู้ป่วยมีอาการทันทีหลังจากสัมผัสสารเคมี เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดหัว ปวดกล้ามเนื้อ ท้องร่วง หายใจติดขัด ตาพร่ามัว เป็นต้น ส่วนผลกระทบที่เป็นพิษเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากพิษสะสมที่ก่อให้เกิดโรคหรือปัญหาอื่นๆ เช่น มะเร็ง เบาหวาน อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคผิวหนังต่างๆ เป็นต้น จากรายงานการตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงจากสารกำจัดศัตรูพืชในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จังหวัดนครพนม ปี พ.ศ. 2563 พบว่าผลปกติ ร้อยละ 61.33 ผลปลอดภัย ร้อยละ 20.37 ผลมีความเสี่ยง ร้อยละ 12.67 ผลไม่ปลอดภัย ร้อยละ 5.62 ส่วนอำเภอธาตุพนมพบว่าผลปกติ ร้อยละ 8.81 ผลปลอดภัย ร้อยละ 79.98 ผลมีความเสี่ยง ร้อยละ 5.48 ผลไม่ปลอดภัย ร้อยละ 5.73 ส่วน รพสต. กุดฉิม พบว่าผลปกติ ร้อยละ 8.62 ผลปลอดภัย ร้อยละ 65.20 ผลมีความเสี่ยง ร้อยละ 10.26 ผลไม่ปลอดภัย ร้อยละ 15.92⁵ จากข้อมูลการตรวจระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกร พบว่ายังมีเกษตรกรที่ผลเลือดที่มีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และจำเป็นต้องอาศัยแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ศึกษาสนใจที่จะนำแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพราะตามกรอบแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถูกเสนอขึ้นมาเพื่ออธิบายพฤติกรรม การป้องกันโรคและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ⁶ โดยมีเงื่อนไข 2 ประการ คือ

1. บุคคลมีความพร้อมที่กระทำพฤติกรรม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเงื่อนไขทางสุขภาพและเงื่อนไขทางสุขภาพถูกกำหนดโดยการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคนั้น
2. บุคคลจะประเมินผลประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลได้เสียของการกระทำนั้นตามการรับรู้และการ

ให้น้ำหนักหลักกับอุปสรรค หรือค่าใช้จ่ายที่
คาดการณ์

จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมา⁷⁻⁹ ชี้ให้เห็น
ว่าการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
สามารถชี้ให้ผู้ที่ใช้สารเคมี สามารถรับรู้ได้ถึงโอกาส
เสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงจาก
อันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช รับรู้ถึง
ประโยชน์ที่จะได้รับและรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ
ตัวในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
ซึ่งจากรอบแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้าน
สุขภาพหากบุคคลได้รับรู้ในปัจจัยเหล่านี้แล้ว จะ
นำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันโรคในที่สุด ดังนั้นผู้
ศึกษาจึงสนใจที่จะประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้าน
สุขภาพ (Health Belief Model) เพื่อให้กลุ่ม
เกษตรกรผู้ปลูกหอมแบ่ง ได้รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและ
ความรุนแรงจากการได้รับพิษจากสารเคมีกำจัด
ศัตรูพืช รวมถึงชี้ให้เห็นถึงทั้งประโยชน์ที่จะได้รับ
และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวที่ต้องในการป้องกัน
อันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ถ้าเกษตรกรได้มี
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อพิษภัยที่เกิดจากการได้รับพิษ
พิษเข้าสู่ร่างกาย การรับรู้ความรุนแรงของพิษ การ
รับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกัน
ตนเอง ก็จะส่งผลให้มีการปฏิบัติตัวในการป้องกัน
อันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แบบแผน
ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน
อันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของ
เกษตรกรผู้ปลูกหอมแดง

เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของผู้
เกษตรกรผู้ปลูกหอมแดงก่อนและหลังการเข้าร่วม
โปรแกรมสุขศึกษาดังต่อไปนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมี
กำจัดศัตรูพืช
2. การรับรู้ความรุนแรงจากการใช้สารเคมี
กำจัดศัตรูพืช

3. การรับรู้ผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ
ในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัด
ศัตรูพืช

4. การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตามคำแนะนำ
ในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัด
ศัตรูพืช

5. พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้
สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกหอมแดง

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-
experimental research) แบบกลุ่มเดียววัด
ก่อนหลัง (One- group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่
เกษตรกรที่ปลูกหอมแดงที่อาศัยอยู่ในตำบลกุดฉิม
อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 80 คน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกประชากรเข้ากลุ่มตัวอย่าง
ที่จะศึกษา โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive
sampling) จำนวน 32 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ
ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้า ร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. อายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่ทำการปลูกหอมแดง มีการใช้
สารเคมีทางการเกษตรไม่น้อยกว่า 6 เดือน
3. มีความรู้ อ่านออก เขียนได้
4. เป็นผู้สนใจ ยินดี มีความพร้อมใน
การเข้าร่วมโปรแกรมจนสิ้นสุดการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย
เครื่องมือ 2 ประเภท คือ **1. เครื่องมือที่
ใช้ในการทดลอง** เครื่องมือการทดลองที่ใช้ใน
การศึกษานี้ ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพการ
ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อ
พฤติกรรมป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมี

กำจัดศัตรูพืช จำนวน 6 สัปดาห์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตัวในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรผู้ปลูกหอมแดง โดยเนื้อหาของโปรแกรม มุ่งให้เกษตรกรได้รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะได้รับพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้รับความรู้ความเข้าใจของอันตรายจากพิษของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับหากมีการปฏิบัติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่งตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หากบุคคลได้รับรู้ปัจจัยเหล่านี้แล้ว บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค ดังนั้นเมื่อกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกหอมแดงได้รับรู้ปัจจัยเหล่านี้จากการร่วมโปรแกรมแล้วจะส่งผลให้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ได้แก่ แบบสอบถาม โดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะประชากร เช่น เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา ขนาดพื้นที่ที่ใช้ในการทำเกษตร วิธีการฉีดพ่น อาการผิดปกติ / เจ็บป่วย/ไม่สบาย เนื่องจากการใช้สารเคมี การได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ข้อคำถามในลักษณะเลือกตอบและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยลักษณะคำถามทั้งทางด้านบวกและด้านลบ มีลักษณะเป็นมาตราส่วน ประมาณ ค่า (Rating scale) การตอบแบบสอบถาม กำหนดให้ผู้ตอบเลือกได้ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรู้ความเข้าใจของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีลักษณะคำถามทั้งทางด้านบวกและด้านลบ วิธีการให้คะแนนและวิธีการเก็บข้อมูลเหมือนกับแบบสอบถามในส่วนที่ 2 ซึ่งจากข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 10 - 50 คะแนน

ส่วนที่ 4 การรับรู้ถึงผลประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช วิธีการให้คะแนนและวิธีการเก็บข้อมูลเหมือนกับแบบสอบถามในส่วน

ที่ 2 ข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 13-65 คะแนน

ส่วนที่ 5 การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีลักษณะทั้งทางด้านบวกและทางด้านลบ วิธีการให้คะแนนและวิธีการเก็บข้อมูลเหมือนกับแบบสอบถามในส่วนที่ 2 ซึ่งจากข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยให้ตอบตามสภาพการปฏิบัติจริง โดยลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย เลือกตอบจาก 5 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติน้อยครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย

ค่า ความ เชื่อ มั่น ของ เครื่องมือ (Reliability)

1. การหาความตรงด้านเนื้อหา (Content validity)

การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) และความครอบคลุมของเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้ศึกษาได้นำแบบสัมภาษณ์ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ การใช้คำที่อ่านแล้วเข้าใจง่าย แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้ จากนั้นทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดสอบกับกลุ่มเกษตรกรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 คน ที่ตำบลแสนพัน อำเภอดาตุพนม จังหวัดนครพนม ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหาสูงกว่า 0.66

2. การหาความเชื่อมั่น

การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ผลดี การรับรู้ถึงอุปสรรคและการปฏิบัติตัวในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยการวิเคราะห์ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลทดสอบค่าความเที่ยงของแต่ละหมวดได้ค่าดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีทางเกษตรมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.96

2. การรับรู้ความรุนแรงจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.93

3. การรับรู้ผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.81

4. การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.97

5. การปฏิบัติตัวในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.96

วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สัปดาห์ที่ 1 เจ้าหน้าที่พบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรม เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์

2. สัปดาห์ที่ 2 การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง โอกาสความเสี่ยงและความรุนแรงของอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. ผู้ศึกษานำเสนอข้อมูลสถานะสุขภาพและสถานการณ์การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทราบ

2. แบ่งกลุ่มผู้ร่วมกิจกรรมเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 10-11 คน ตัวแทนผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มละ 1 คน บอกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวแต่ละครั้งในการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตั้งแต่ขั้นตอนก่อนการใช้ เช่นการผสมสารเคมี การแต่งกาย ขั้นตอนการฉีดพ่น เช่นการสูบบุหรี่การพักผ่อนน้ำและขั้นตอนหลังการฉีดพ่น เช่นการทำความสะอาดอุปกรณ์ฉีดพ่น การเก็บหรือทำลายภาชนะบรรจุสารเคมี การอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า ผู้ศึกษาสรุปถึงโอกาสเสี่ยงที่จะได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเข้าสู่ร่างกาย

3. แจกอุปกรณ์ ประกอบด้วย กระดาษแผ่นเล็ก คนละ 5 แผ่น ปากกา กระดาษขาว 2 หน้าบาง

และรูปวาดคนกลุ่มละแผ่น สมาชิกในกลุ่มเขียนอาการที่คาดว่าจะเกิดจากการแพ้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่เคยประสบด้วยตนเองลงในกระดาษแผ่นเล็ก แล้วนำไปติดที่รูปวาดคนที่แจกให้แต่ละกลุ่ม

4. วิทยากรให้ความรู้ ช่องทางการได้รับสารเคมีเข้าสู่ร่างกาย โอกาสเสี่ยงที่จะได้รับสารเคมีเข้าสู่ร่างกายและอาการที่เกิดจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยใช้สื่อการสอนทางคอมพิวเตอร์

5. เปิดสื่อวีดิทัศน์เรื่องคนเป็นอันตราย ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับอันตรายและความรุนแรงจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพื่อให้ผู้ร่วมกิจกรรมได้รับรู้ถึงความรุนแรงของอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

6. ให้ผู้ร่วมกิจกรรมได้ร่วมแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพื่อกระตุ้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะได้รับสารเคมีเข้าสู่ร่างกายรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากการปฏิบัติตัวในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ถูกต้องและนัดหมายการจัดกิจกรรมครั้งต่อไป

3. สัปดาห์ที่ 3 การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช อันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. สรุป ทบทวนแนวคิดและสิ่งที่ได้จากการจัดกิจกรรมครั้งที่ 1

2. แบ่งกลุ่มผู้ร่วมกิจกรรมเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 10-11 คน

3. นำเข้าสู่กิจกรรม โดยการนำเสนอรูปภาพคนที่กำลังฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยไม่มีอุปกรณ์ป้องกันตนเอง

4. ให้ผู้ร่วมกิจกรรมแต่ละกลุ่มร่วมกันระดมความคิดว่าผู้ฉีดพ่นจะได้รับสารเคมีเข้าสู่ร่างกายได้ทางใดบ้างและให้บอกถึงการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองในการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

5. ผู้ศึกษาสรุปสิ่งที่ได้จากกิจกรรม พร้อมเชิญวิทยากรร่วมบรรยายเรื่องการปฏิบัติตัวและการใช้

สารเคมีที่ถูกต้องก่อนการฉีดพ่น ขณะทำการฉีดพ่น และภายหลังการฉีดพ่นสารเคมี รวมทั้งการใช้และประโยชน์จากการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง

6. ผู้ศึกษาแจกกระดาษให้แต่ละกลุ่มและให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็น โดยกำหนดหัวข้อให้ “ 1. ทำไมจึงไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง 2. มีแนวทางในการจัดการอย่างไร ” โดยให้แต่ละกลุ่มทำ Mind Map พร้อมให้ตัวแทนแต่ละกลุ่มนำเสนอวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มผู้ร่วมกิจกรรมได้เห็นถึงอุปสรรคในการป้องกันตนเองพร้อมทั้งได้ชี้แจงน้ำหนักระหว่างอุปสรรคที่ทำให้ไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองกับประโยชน์ที่จะได้รับ 7. วิทยากรร่วมสรุปและสะท้อนกลับในสิ่งที่กลุ่มนำเสนอ พร้อมให้คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มน้ำหนักในประโยชน์ที่จะได้รับหากมีการป้องกันตนเองที่ถูกต้อง ละใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในวิธีการที่ถูกต้อง

8. ผู้ศึกษาสรุปกิจกรรม และทบทวนกิจกรรมที่ร่วมกันทั้ง 2 ครั้ง พร้อมกล่าวขอบคุณ เก็บข้อมูลหลังการทดลองทันที โดยในกลุ่มทดลองเก็บข้อมูลด้านความเชื่อด้านสุขภาพ และความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม

4. สัปดาห์ที่ 4 การสุ่มติดตามเยี่ยมให้คำแนะนำ ครั้งที่ 1

5. สัปดาห์ที่ 5 การสุ่มติดตามเยี่ยมให้คำแนะนำ ครั้งที่ 2

6. สัปดาห์ที่ 6 เก็บข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ เมื่อรวบรวมข้อมูลเสร็จผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและกล่าวยุติโครงการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการ REC 039/65

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.50 สถานภาพสมรส ร้อยละ 93.75 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 87.50 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 96.87 มีพื้นที่ในการเพาะปลูก 5-10 ไร่ ร้อยละ 93.75 ทำการเพาะปลูกหอมแบ่งมาระหว่าง 5-10 ปี ร้อยละ 90.62 ทำการฉีดพ่น สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเอง ร้อยละ 96.87 ระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีทางการเกษตรทั้งหมดโดยทั้งหมดได้รับความรู้จากเกษตรตำบล

2. ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ด้านสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรที่ปลูกหอมแดง

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูก หอมแดง พบว่าค่าคะแนนหลังการทดลอง มีค่าเท่ากับ 32.93 ± 8.70 คะแนน เพิ่มขึ้นจากการศึกษา มีค่าเท่ากับ 52.25 ± 6.12 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) ข้อที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดได้แก่ การฉีดพ่นสารเคมีในขณะที่ลมแรงจะทำให้ตัวท่านได้รับอันตรายจากสารเคมีเนื่องจากลมจะพัดสารเคมีเข้าหาตัวท่านได้ และการใช้สารเคมีหลายชนิดจะทำให้ เกิดอันตรายต่อตัวท่านมากกว่าใช้สารเคมีเพียงชนิดเดียว (ตารางที่ 1)

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนการรับรู้ความรุนแรงจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกรผู้ปลูกหอมแดง พบว่าค่าคะแนนหลังการทดลอง มีค่าเท่ากับ 33.28 ± 9.69 คะแนน เพิ่มขึ้นจากการศึกษา มีค่าเท่ากับ 42.5 ± 5.87 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) ข้อที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดได้แก่ สารเคมีต่างชนิดกันถ้าใช้ในปริมาณเท่าๆกันจะมีอันตรายและความรุนแรงไม่เท่ากันและสารเคมีสามารถทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ที่อยู่ใกล้เคียงรวมทั้งสัตว์เลี้ยงและสิ่งแวดล้อม (ตารางที่ 1)

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนการรับรู้ผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูก

หอมแดง พบว่าค่าคะแนนหลังการทดลอง มีค่าเท่ากับ 38.43 ± 5.54 คะแนน เพิ่มขึ้น จากก่อนการศึกษา มีค่าเท่ากับ 54.62 ± 5.72 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) ข้อที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดได้แก่ การอ่านฉลากก่อนใช้สารเคมีจะช่วยให้ท่านสามารถป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายจากการใช้สารเคมีได้และการอาบน้ำและเปลี่ยนเสื้อผ้าหลังการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทันทีจะช่วยลดความเสี่ยงที่จะได้รับพิษจากสารเคมีลงได้ (ตารางที่ 1)

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกหอมแดง พบว่าค่าคะแนนหลังการทดลอง มีค่าเท่ากับ 38.15 ± 4.65 คะแนน เพิ่มขึ้น จากก่อนการศึกษา มีค่าเท่ากับ 53.28 ± 4.66 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) ข้อที่เพิ่มขึ้นมาก

ที่สุดได้แก่หมวกไหมพรมที่ใส่ในการฉีดพ่นสารเคมีไม่สามารถป้องกันพิษจากสารเคมีได้และการชำระร่างกายทันทีหลังสัมผัสสารเคมีเป็นการลดพิษจากสารเคมีลงได้ (ตารางที่ 1)

3. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของ เกษตรกรผู้ปลูกหอมแดง

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกหอมแดง พบว่าค่าคะแนนหลังการทดลอง มีค่าเท่ากับ 53.90 ± 7.57 คะแนน เพิ่มขึ้น จากก่อนการศึกษา มีค่าเท่ากับ 70.28 ± 2.98 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) ข้อที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดได้แก่ ท่านอยู่เหนือลมขณะฉีดพ่นสารเคมีและหลังการฉีดพ่นสารเคมีท่านอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายทันทีด้วยสบู่และน้ำสะอาด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนก่อนและหลังการทดลอง

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	P-value	95%CI
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	32.93	8.70	52.25	6.12	31	5.45	0.01	17.76-20.85
2. การรับรู้ความรุนแรงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	33.28	9.69	42.15	5.87	31	7.84	0.01	7.86-9.88
3. การรับรู้ผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	38.43	5.54	54.62	5.72	31	9.59	0.01	15.07-17.30
4. การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	38.15	4.65	53.28	4.66	31	8.63	0.01	13.46-16.78
5. พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	53.90	7.57	70.28	2.98	31	6.93	0.01	14.40-18.34

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร การรับรู้ความรู้แรงจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร การรับรู้ผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรสูงขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยดังกล่าวเกิดจากจัดโปรแกรมการให้สุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การออกแบบโปรแกรมสุขศึกษาอย่างเหมาะสมเพื่อสนับสนุนให้บุคคลกลุ่มบุคคลหรือชุมชน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยความสนใจเพื่อส่งผลให้เกิดการพัฒนาสุขภาพ สุขศึกษามีความสำคัญในการช่วยให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ปลุกฝังและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เสริมพลัง ช่วยให้เกิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพอย่างเหมาะสม ตลอดจนช่วยให้ตระหนักและร่วมมือสนับสนุนผลักดันให้เกิดการปรับเปลี่ยนนโยบายและสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ การจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่มีความเหมาะสมกับอาชีพการทำงานแต่ละอาชีพ จะต้องมีความรู้ที่เฉพาะเจาะจงโดยเฉพาะความเสี่ยงหรือสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นจากการทำงาน ดังนั้นการให้สุขศึกษาหรือความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานในแต่ละอาชีพจึงมีความสำคัญเพราะจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานในแต่ละอาชีพมีความรู้ ความเข้าใจในงานและสิ่งคุกคาม รวมทั้งการป้องกันการเกิดโรคจากการประกอบอาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้สุขศึกษาที่มีการสื่อสารสองทางจะช่วยให้เกษตรกรเกิดความเข้าใจ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการอันตรายจากสิ่งคุกคามจากการประกอบอาชีพได้ การประยุกต์แบบ

แผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นแนวคิดที่จะทำให้เกษตรกรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพประเด็นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากขึ้น เกษตรกรจะต้องเข้าใจว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากกว่าประชาชนทั่วไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอันตรายในอนาคตถ้าไม่มีการป้องกันการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความรู้แรงของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชแต่ละชนิด ผลที่จะเกิดถ้าป่วยด้วยโรคพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ผลดีถ้ามีการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทั้งผลต่อตนเองและผู้บริโภค การจัดการอุปสรรคที่เป็นสิ่งกีดขวางไม่ให้ปฏิบัติตามแนวทางการที่ถูกต้อง จะส่งผลให้เกษตรกรมีพฤติกรรมป้องกันการอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนา ศักดิ์ เปี่ยมสิน และจุฑารัตน์ รักประสิทธิ์¹⁰ ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมป้องกันการอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกมันสำปะหลังตำบลไพรนกยูง อำเภอนาคู จังหวัดชัยนาท พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรู้แรงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและพฤติกรรมป้องกันการอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) และการศึกษาของจิตติมา ทับชม¹¹ ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมป้องกันการอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชของเกษตรกรไร่้อยใน

รูปแบบการศึกษาถึงทดลองและพบว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชของเกษตรกรไร้อ้อยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของ เกษตรกรผู้ปลูกหอมแดง พบว่าค่าคะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้นจากการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งหรือไม่ขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถตนเองว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการกระทำพฤติกรรมเนื่องจากมนุษย์เรียนรู้ว่าการกระทำใดนำไปสู่ผลลัพธ์ใดแต่ความสามารถของมนุษย์แต่ละคนที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ มีขีดจำกัดไม่เท่ากัน ดังนั้นการที่บุคคลจะตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ ส่วนหนึ่งจึงขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถตนเองและอีกส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ

นอกจากนี้การมีความรู้ที่เพิ่มขึ้นทั้งความรู้เรื่อง การปฏิบัติงาน สิ่งคุกคามจากการปฏิบัติงานและการป้องกันตนเองจากการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร สมบูรณ์ ทัศนีย์ รวีวรกุล ยุวดี วิทย์พันธ์ และศิปภา ภูมิมาธิ¹² ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรผู้ปลูกไม้ดอกไม้ประดับ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการได้รับพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

ข้อเสนอแนะ

1. หากจะทำการศึกษาวิจัยในลักษณะเดียวกันนี้ ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามการปฏิบัติตัวของกลุ่มเกษตรกรเพื่อติดตามดูความคงทนว่ามีการปฏิบัติตลอดไปหรือไม่
2. ควรศึกษาถึงกลวิธีและรูปแบบอื่นๆ ที่จะทำให้เกษตรกรเกิดการเปลี่ยนแปลงการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

เอกสารอ้างอิง

1. จิตรติศักดิ์ มะลาศรี รุจิรา ต่อซอน ศิริภา ลามี และลักษณีย์ บุญขาว. การตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักพื้นบ้าน ตำบลทุ่งหวาย อำเภอมะนัง จังหวัดสตูล. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ 2564;14(2):208-218.
2. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. ข้อมูลเศรษฐกิจการเกษตร [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [สืบค้นเมื่อ 22 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงจาก <https://www.oae.go.th/view/1/%E0%B8%9B%E0%B8%B1%E0%B8%88%E0%B8%88%E0%B8%B1%E0%B8%A2%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%9C%E0%B8%A5%E0%B8%B4%E0%B8%95/TH-TH>
3. Damalas CA, Koutroubas SD. Farmers' Exposure to Pesticides: Toxicity Types and Ways of Prevention. Toxics 2016; 4(1): 1-10.

4. Lushchak VI, Matviishyn TM, Husak VV, Storey JM, Storey KB. Pesticide toxicity: a mechanistic approach. *Experimental and clinical sciences* 2018; 17:1101-1136.
5. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงจากสารกำจัดศัตรูพืช ในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [สืบค้นเมื่อ 22 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงจาก https://npm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1envocc.php&cat_id=f16421e617aed29602f9f09d951cce68&id=dd45886fb33ecec637145b7561ec244
6. จุฬารัตน์ โสตะ. แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ขอนแก่น: ภาควิชา สุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2552.
7. สมทบ สอนราช. ความเชื่อด้านสุขภาพในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร กรณีศึกษาเกษตรกร อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2553.
8. สุจิตรา ยอดจันทร์ จรรยา สันตยากร ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และปรกรณ์ ประจันบาน. ผลของโปรแกรมความ เชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวนา. *วารสารการ พยาบาลและสุขภาพ* 2554; 5(2):45-54.
9. จุฬารัตน์ คาร์ตัน และสัมมนา มูลสาร. (2552). การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรที่ปลูกผัก. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี* 2552; 11(1): 111-130.
10. ธนาศักดิ์ เปี่ยมสิน และจุฬารัตน์ รักประสิทธิ์. ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกัน โรคต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกมันสำปะหลัง ตำบลไพรนกยูง อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท. *วารสารควบคุมโรค* 2565;48(1):110-119
11. จิตติมา ทับชม. ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกัน อันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืช ของเกษตรกรไร่อ้อย . มหาวิทยาลัยมหิดล/นครปฐม. 2557.
12. ศิริพร สมบูรณ์ ทศนีย์ รวีวรกุล ยุวดี วิทย์พันธ์ และศิปภา ภูมิมาธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรผู้ ปลูกไม้ดอกไม้ประดับ. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ* 2561;25(3):1-13.

การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการบริโภคข้าวเหนียวพันธุ์ กข 6 บริเวณรอบแหล่งฝังกลบ
มูลฝอยเทศบาล

Health risk assessment of exposure to heavy metals via consumption of sticky rice around
municipal landfill

(Received: August 5,2023 ; Revised: August 17,2023 ; Accepted: August 19,2023)

สมศักดิ์ อินทมาต¹ ดาวประกาย ญ้างาม¹

วิศรา รักษาภักดี¹ ลำไย ณีรัตนพันธ์²

Somsak Inthamat ¹ Dao Prakai Ya Ngam ¹

Warisara Raksa Phakdi ¹ Lamyai Neerattanaphan ²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการบริโภคข้าวเหนียวพันธุ์ กข 6 ที่ปนเปื้อนโลหะหนัก (สารหนู โครเมียม แคดเมียม ตะกั่ว นิกเกิล สังกะสี แมงกานีสและทองแดง) บริเวณรอบแหล่งฝังกลบมูลฝอยเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น และศึกษาปริมาณการปนเปื้อนของโลหะหนักในตัวอย่างน้ำ ดิน และเมล็ดข้าว กข 6 วิเคราะห์ปริมาณโลหะหนักในเมล็ดข้าวด้วยเครื่อง inductively coupled plasma optical emission spectrometry (ICP-OES) ทำการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการบริโภคข้าวที่มีการปนเปื้อนโลหะหนักจากค่า hazard quotient (HQ) ผลการศึกษาพบว่า โลหะหนักทุกชนิดมีค่าเกินมาตรฐานคุณภาพแหล่งน้ำโดยสังกะสีมีค่าสูงสุด 202.22 ± 60.53 มก./ล. การปนเปื้อนปริมาณโลหะหนักในตัวอย่างตะกอนดิน พบว่าสารหนู และโครเมียมมีค่าเกินมาตรฐานคุณภาพดิน ส่วนโลหะหนักชนิดอื่นมีค่าไม่เกินมาตรฐานโดยสังกะสีมีค่าสูงสุด $2,092 \pm 48.56$ มก./กก. โลหะหนักที่สะสมในเมล็ดข้าวมีค่าเกินมาตรฐานทุกชนิด ยกเว้นทองแดงโดยแมงกานีสมีค่าสูงสุด 533.99 ± 68.56 มก./กก. การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการบริโภคข้าว กข 6 ที่มีการปนเปื้อนโลหะหนักพบว่า โลหะหนักทุกชนิดค่า HQ เกิน 1 ยกเว้นโครเมียม โดยสารหนูมีค่า HQ สูงสุด 64.31 ส่วนโครเมียมมีค่า HQ ต่ำสุด 0.09 การปนเปื้อนโลหะหนักจากสถานที่ฝังกลบมูลฝอยทั่วไปของเทศบาลนครขอนแก่นเกิดจากการจัดการน้ำชะขยะที่ไม่ถูกต้อง มีการปล่อยน้ำชะขยะลงสู่สิ่งแวดล้อมโดยไม่ผ่านการบำบัดส่งผลให้เกิดการสะสมของโลหะหนักในข้าว เมื่อประชาชนในพื้นที่บริโภคข้าวที่ปนเปื้อนโลหะหนักจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพและระบบนิเวศทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

คำสำคัญ: การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ โลหะหนัก แหล่งฝังกลบมูลฝอยเทศบาล

ABSTRACT

This research was conducted to assess health risk from exposure to heavy metal (Arsenic, Chromium, Cadmium, Lead, Nickel, Zinc, Manganese and Copper) via consumption sticky rice (*Oryza Zativa*) surrounding Khon Kaen municipal landfill in Mueang district, Khon Kaen province. Heavy metals contamination in water, soil, and sticky rice was assessed. The samples were analyzed for heavy metals using inductively coupled plasma optical emission spectrometry (ICP-OES). Health risk assessment through sticky rice consumption was measured with hazard quotient (HQ). The results found that all heavy metals concentration in water samples exceeds the water standards. The highest heavy metal concentration in water sample was zinc (202.22 ± 60.53 มก./ล.). The heavy metals concentration in soil samples found that arsenic and chromium concentration exceed the soil standard. The highest heavy metal concentration soil sample was zinc ($2,092 \pm 48.56$ มก./กก.). All heavy metals concentration in sticky rice samples exceeds the standard contamination in food except copper. The highest heavy metal concentration sticky rice

¹ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

² ภาควิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding author: Email: suwanwisit@yahoo.com

sample was manganese (533.99 ± 68.56 มก./กก.). Health risk assessment of heavy metals through sticky rice consumption found that the HQ value in all heavy metals were greater than 1 except chromium. The highest HQ value was arsenic (64.31), and the lowest HQ values was chromium (0.09). The untreated leachate from the municipal landfill was released into the environment resulting to heavy metals accumulation in sticky rice. Local people eat sticky rice regularly, thus they are at a risk of health status and ecosystem both short and long term period.

Keywords: health risk assessment, heavy metals, municipal landfill

บทนำ

ปี 2565 ประเทศไทยมีขยะมูลฝอยเกิดขึ้น 25.70 ล้านตัน หรือ 70,411 ตัน/วัน กระจายตัวตามภูมิภาคต่างๆ มีอัตราการเกิดขยะมูลฝอย เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร ปี พ.ศ. 2565 ของกรมการปกครอง เฉลี่ยเท่ากับ 1.07 กิโลกรัม/คน/วัน เมื่อพิจารณาปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น ขยะมูลฝอยมีปริมาณเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (24.98 ล้านตัน) ร้อยละ 3¹ เนื่องจากในปี พ.ศ. 2563-2564 ประเทศไทยอยู่ในช่วงล็อกดาวน์ซึ่งมีการจำกัดกิจกรรมของประชาชน รวมถึงการเดินทางทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา เมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาได้คลี่คลายลงจากจำนวนของผู้ติดเชื้อที่มีแนวโน้มลดลงทำให้รัฐบาลได้มีประกาศมาตรการคลายล็อกดาวน์ ประกอบกับมาตรการกระตุ้นการท่องเที่ยวภายในประเทศและเริ่มเปิดประเทศ ส่งผลให้ประชาชนกลับมาดำเนินชีวิตตามปกติมากขึ้นและวิถีการดำเนินชีวิตประชาชนบางส่วนยังคงพฤติกรรมการซื้อและบริโภค ในบริการสั่งซื้อสินค้าและอาหารผ่านระบบออนไลน์ ทำให้ขยะมูลฝอยประเภทบรรจุภัณฑ์พลาสติกแบบใช้ครั้งเดียวทิ้งยังคงมีปริมาณสูง รวมทั้งนักท่องเที่ยวเริ่มทยอยกลับมาเที่ยวในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี 2564 จำนวนนักท่องเที่ยวประมาณ 400,000 คน เป็น 11 ล้านคน ในปี 2565² ทำให้ภาพรวมปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นมีปริมาณเพิ่มขึ้นเช่นกัน เมื่อพิจารณาภาพรวมการจัดการขยะมูลฝอยของประเทศปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น 25.70 ล้านตัน ถูกจัดการกันเองโดยบ้านเรือนและชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ทางไกลหรือพื้นที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มีบริการเก็บขน 1.70 ล้านตัน (ร้อยละ 7

ของปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น) ถูกคัดแยก เพื่อนำกลับไปใช้ประโยชน์จากบ้านเรือนและแหล่งกำเนิด 4.00 ล้านตัน (ร้อยละ 15 ของปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น) โดยกระบวนการชาเล้งและบ้านเรือนนำไปขายให้กับร้านรับซื้อของเก่า ขยะมูลฝอยที่เหลือประมาณ 20.00 ล้านตัน (ร้อยละ 78 ของปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น) ถูกเก็บขนโดยรถบรรทุกเก็บขนขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเอกชนซึ่งได้รับอนุญาตหรือมอบหมายจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการให้บริการเก็บขนแทนเพื่อไปยังสถานที่คัดแยกขยะมูลฝอยหรือสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยและขยะมูลฝอย ประมาณ 4.80 ล้านตัน (ร้อยละ 19 ของปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น) ถูกคัดแยกในระหว่างการเก็บขน และ สถานที่คัดแยกขยะมูลฝอย ส่วนที่เหลือประมาณ 15.20 ล้านตัน (ร้อยละ 59 ของปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น) ถูกนำไปกำจัด ณ สถานที่กำจัดขยะมูลฝอย มีขยะมูลฝอยได้รับการกำจัดอย่างถูกต้องประมาณ 9.80 ล้านตัน (ร้อยละ 38 ของปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น) และส่วนที่เหลือประมาณ 5.40 ล้านตัน (ร้อยละ 21 ของปริมาณ ขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น) ถูกนำไปกำจัดอย่างไม่ถูกต้อง¹

จังหวัดขอนแก่น มีมูลฝอยที่เกิดขึ้น 1,348 ตันต่อวัน ขยะมูลฝอยที่นำกลับมาใช้ประโยชน์ 390 ตันต่อวัน ขยะมูลฝอยที่กำจัดอย่างถูกต้อง 594 ตันต่อวัน ขยะมูลฝอยที่กำจัดอย่างไม่ถูกต้อง 376 ตันต่อวัน¹ ส่วนเทศบาลเมืองนครขอนแก่นมีปริมาณขยะมูลฝอยทั่วไปที่ต้องนำไปกำจัดที่โรงงานไฟฟ้าขยะ เฉลี่ยประมาณ 164.12 ตัน/วัน มีปริมาณขยะพิษหรือขยะอันตรายเฉลี่ยประมาณ 10.34 กิโลกรัม/วัน มีปริมาณขยะติดเชื้อเฉลี่ยประมาณ 400-500 กิโลกรัม/วัน มีปริมาณขยะมูลฝอยที่สามารถคัดแยกเพื่อนำกลับไปใช้

ประโยชน์ต่อได้เฉลี่ยประมาณ 1,511.33 กิโลกรัม/วัน แยกเป็นประเภทขยะอินทรีย์เฉลี่ยประมาณ 883.01 กิโลกรัม/วัน และขยะรีไซเคิลเฉลี่ยประมาณ 628.32 กิโลกรัม/วัน ประเภทของขยะมูลฝอยที่มีปริมาณมากที่สุดคือ ขยะอินทรีย์ หรือเศษอาหาร คิดเป็นร้อยละ 53.8 รองลงมาคือถุงพลาสติกและเศษกระดาษ³ การกำจัดมูลฝอยดำเนินการโดยเทศบาลนครขอนแก่นเป็นผู้รับผิดชอบการจัดการมูลฝอยตั้งแต่จุดเก็บ การเก็บกวาด การรวบรวม การขนส่ง รวมทั้งการกำจัดโดยการฝังกลบ ซึ่งสถานที่ฝังกลบมูลฝอย มีพื้นที่ 98 ไร่ ตั้งอยู่ที่บ้านคำบอน ตำบลโนนท่อน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ใช้งานตั้งแต่ พ.ศ. 2511 และมีการก่อสร้างปรับปรุงต่อมาถึง พ.ศ. 2542 ปัจจุบันมีการใช้งานเต็มพื้นที่แล้ว แต่เนื่องจากเทศบาลยังไม่สามารถจัดหาสถานที่กำจัดขยะแห่งใหม่ จึงยังคงใช้สถานที่กำจัดมูลฝอยแห่งเดิม⁴ ซึ่งสถานที่ฝังกลบมูลฝอยไม่มีระบบการจัดการน้ำชะขยะ ทำให้เกิดการปนเปื้อนของโลหะหนักที่ปนเปื้อนอยู่ในน้ำชะขยะออกสู่สิ่งแวดล้อมส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสิ่งมีชีวิตที่อาศัยอยู่บริเวณรอบๆ ได้

การปลูกข้าวรอบบริเวณที่ฝังกลบมูลฝอยทั้งมูลฝอยทั่วไปและมูลฝอยอิเล็กทรอนิกส์สามารถพบเห็นได้ทั่วไปส่งผลให้เกิดการสะสมสารพิษที่มาจากการจัดการสถานที่ฝังกลบไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยเฉพาะโลหะหนัก โลหะหนักสามารถพบได้ในน้ำชะมูลฝอยทั้งมูลฝอยทั่วไปและมูลฝอยอิเล็กทรอนิกส์ทำให้เกิดการปนเปื้อนต่อสิ่งแวดล้อมและสิ่งมีชีวิตที่อาศัยอยู่โดยรอบ จากการศึกษาที่ผ่านมา⁵⁻⁷ พบว่ามีการปนเปื้อนของโลหะหนักโดยเฉพาะ แคดเมียม โครเมียม ตะกั่วและสารหนูทั้งในตัวอย่างน้ำตะกอนดินสัตว์และพืชที่อาศัยอยู่บริเวณโดยรอบที่ฝังกลบมูลฝอยเทศบาลขอนแก่นการปนเปื้อนของโลหะหนักรอบสถานที่ฝังกลบมูลฝอยเกิดจากน้ำชะขยะที่ไม่มีการจัดการที่ถูกต้อง น้ำชะขยะมีส่วนประกอบทั้งสารอินทรีย์และสารอนินทรีย์ซึ่งมาจากลักษณะของมูลฝอยที่ถูกทิ้งมายังสถานที่ฝังกลบ โลหะหนักที่พบในสถานที่ฝังกลบเกิดจากถ่านไฟฉาย แบตเตอรี่ กระป๋องสี กระป๋องยาฆ่าแมลง แผ่นวงจร เครื่องใช้ไฟฟ้าที่เสื่อมสภาพแล้ว โดย

ไม่มีการคัดแยกก่อนทิ้ง ดังนั้นการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการได้รับโลหะหนักจากการบริโภคข้าว กข 6 บริเวณรอบแหล่งฝังกลบมูลฝอยเทศบาลจะทำให้ทราบว่าประชาชนผู้บริโภคมีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพหรือไม่และข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการวางแผนการจัดการสิ่งแวดล้อมและสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปริมาณโลหะหนักในตัวอย่างน้ำตัวอย่างดิน และตัวอย่างข้าว กข 6 บริเวณรอบแหล่งฝังกลบมูลฝอยเทศบาล
2. เพื่อประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการบริโภคข้าว กข 6 ที่มีการปนเปื้อนโลหะหนัก บริเวณรอบแหล่งฝังกลบมูลฝอยเทศบาล

วัสดุและวิธีการศึกษา

1. พื้นที่ที่ทำการศึกษา

ดำเนินการศึกษาบริเวณรอบพื้นที่ฝังกลบขยะเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ระยะห่าง 500 เมตร ที่คาดว่าจะได้รับผลกระทบจากน้ำชะมูลฝอย โดยสุ่มเก็บตัวอย่างน้ำและดิน 10 จุด 10 ตัวอย่าง และตัวอย่างข้าวจำนวน 15 ตัวอย่าง

2. การเตรียมและการวิเคราะห์ตัวอย่าง

2.1 วิธีการเตรียมตัวอย่างน้ำ

ตัวอย่างน้ำปริมาตร 25 ml เติมนกรดไนตริก (HNO_3) เข้มข้น 1.25 ml นำไปย่อยบน water bath ที่อุณหภูมิ 95 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 30 นาที กรองสารละลายผ่านกระดาษกรอง ปรับปริมาตร 50 ml⁸

2.2 วิธีการเตรียมตัวอย่างดิน

ตัวอย่างดินตากในที่ร่มจนแห้ง และนำมาบดให้ละเอียดและร่อนผ่านตะแกรงขนาด 0.5 mm ซึ่งตะกอนดินละเอียด 1 g เติมนไฮโดรเจนคลอไรด์ (HCl) 15 ml กรดไนตริก (HNO_3) เข้มข้น 5 ml และไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ (H_2O_2) 10 ml นำไปย่อยด้วยเครื่องย่อยดินที่อุณหภูมิ 200 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 2 ชั่วโมง กรองผ่านกระดาษกรอง ปรับปริมาตร 50 ml⁸

2.3 การเตรียมตัวอย่างข้าว

นำตัวอย่างเมล็ดข้าวไปบดละเอียด ชั่งตัวอย่างเมล็ดข้าว เติมนกรดไนตริก (HNO_3) เข้มข้น 7 ml และไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ (H_2O_2) 1 ml นำไปย่อยบน water bath ที่อุณหภูมิ 95 องศาเซลเซียสเป็นเวลา 2 ชั่วโมง กรองผ่านกระดาษกรอง ปรับปริมาตร 25 ml⁸

2.4 การตรวจวัดปริมาณโลหะหนัก

ตรวจวัดปริมาณโลหะหนักในสารละลายตัวอย่างน้ำและตะกอนดินและปริมาณโลหะหนักที่สะสมใน ราก ลำต้น และเมล็ดข้าว โดยการเตรียมตัวอย่างด้วยวิธี APHA⁸ และวิเคราะห์ปริมาณโลหะหนักด้วยเครื่อง Inductively Coupled Plasma Optical Emission Spectrometry (ICP-OES)⁹ ณ ห้องปฏิบัติการสิ่งแวดล้อมภาค 10 จังหวัดขอนแก่น

2.5 การควบคุมคุณภาพ (Quality Control)

ทำการวิเคราะห์ซ้ำ (Duplicate) ในตัวอย่างเดียวกัน ทำทุกๆ 10 ตัวอย่าง

3. การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการบริโภคข้าวเหนียวที่มีการปนเปื้อนโลหะหนัก

3.1 การประเมินการรับสัมผัสสาร

(Exposure assessment)

การประเมินความเสี่ยงจากการบริโภคข้าวกรณีการได้รับโลหะหนักในปริมาณที่มีการปนเปื้อนอยู่ในเกณฑ์ที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้บริโภคหากได้รับสารนั้นเข้าสู่ร่างกายอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน และเนื่องจากข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ความเสี่ยงเป็นข้อมูลที่เก็บเพียงครั้งเดียว จึงนำค่าเฉลี่ยที่ได้จากการทดลองซ้ำมาคำนวณ ดังสมการที่ 1¹⁰

$$\text{Estimated Daily Intake (EDI)} = (\text{CF} \times \text{IR} \times \text{F} \times \text{ED}) / (\text{BW} \times \text{AT})$$

CF คือปริมาณโลหะหนักที่ปนเปื้อนในข้าว หน่วยเป็นมิลลิกรัมต่อกิโลกรัม (มก./กก.)

IR คือ ปริมาณข้าวที่รับประทานในแต่ละมื้อ หน่วยเป็น กิโลกรัมต่อมื้อ (กก./วัน) (0.44 กก.)¹¹

F คือ ความถี่ของการสัมผัส (30 วัน/เดือน/ปี)

ED คือ ระยะเวลาที่สัมผัส 50 ปี

AT คือ ระยะเวลาที่ใช้ในการเฉลี่ยสำหรับผู้ใหญ่ จะมีค่าเท่ากับช่วงชีวิตของแต่ละบุคคลที่จะประเมินระยะเวลาที่ใช้ในการเฉลี่ยของคนไทย 77.34 ปี¹²

BW คือ น้ำหนักตัว หน่วยเป็น กิโลกรัม (กก.) (น้ำหนักเฉลี่ยของประชาชนในพื้นที่รอบบริเวณที่ทำการศึกษาคือ 64 กก.)

3.2 การอธิบายลักษณะของความเสี่ยง (Risk Characterization)

การอธิบายลักษณะของความเสี่ยงจากการบริโภคข้าว กข 6 โดยพิจารณาจากผลการประเมินกรณีที่เราว่าที่เลวร้ายที่สุดที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพอธิบายได้จากค่า HQ หรือ hazard quotient ซึ่งแสดงค่าสัดส่วนของตัวแปร ดังสมการที่ 2¹³

$$\text{HQ} = \text{Daily Intake} / \text{RfD}$$

Daily Intake คือ ปริมาณโลหะหนักที่เข้าสู่ร่างกาย หน่วยเป็น มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน (มก./กก./วัน)

RfD คือ ความเข้มข้นอ้างอิงของ สารหนู (0.0003) โครเมียม (1.5) แคดเมียม (0.001) ตะกั่ว (0.0035) นิกเกิล (0.02) แมงกานีส (1.4) ทองแดง (0.04) และสังกะสี (0.3) หน่วยเป็น มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน (มก./กก./วัน)¹⁴

ถ้าค่า HQ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 แสดงว่าปริมาณสารเคมีที่ได้รับไม่มากพอที่จะก่อให้เกิดผลทางสุขภาพได้หรือไม่มีความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญ (no significant risk) แต่ถ้าค่า HQ มากกว่า 1 แสดงว่าปริมาณโลหะหนักที่ได้รับเกินค่ามาตรฐานหรือถือว่าอยู่ในระดับที่ไม่ปลอดภัยต่อสุขภาพ มีความเสี่ยงสุขภาพจากการสัมผัสโลหะหนักทั้ง 8 ประเภทผ่านทางกรีน

4. มาตรฐานที่ใช้ในการเปรียบเทียบกับผลการศึกษา

1. มาตรฐานคุณภาพน้ำผิวดิน ตามมาตรา 32 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ 2535¹⁵

2. มาตรฐานคุณภาพดินที่ใช้ประโยชน์ เพื่อการอยู่อาศัยและเกษตรกรรม¹⁶

3. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 414) พ.ศ. 2563 ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหารพ.ศ. 2522 เรื่องมาตรฐานอาหารที่มีสารปนเปื้อน¹⁷

ผลการศึกษา

1. ปริมาณโลหะหนักในตัวอย่างน้ำ

ผลการศึกษาการปนเปื้อนปริมาณโลหะหนักในตัวอย่างน้ำ พบว่า โลหะหนักทุกชนิดมีค่าเกินมาตรฐานคุณภาพแหล่งน้ำ โดยสังกะสีมีค่าสูงสุด 202.22 ± 60.53

มก./ล. รองลงมาคือ แมงกานีส 153.21 ± 27.16 มก./ล. (ตารางที่ 1)

2. ปริมาณโลหะหนักในตัวอย่างดิน

ผลการการศึกษาการปนเปื้อนปริมาณโลหะหนักในตัวอย่างตะกอนดิน พบว่าสารหนู และโครเมียมมีค่าเกินมาตรฐานคุณภาพดิน ส่วนโลหะหนักชนิดอื่นมีค่าไม่เกินมาตรฐานโดยสังกะสีมีค่าสูงสุด $2,092 \pm 48.56$ มก./กก. รองลงมาได้แก่ แมงกานีส $1,378.01 \pm 31.89$ มก./กก. (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปริมาณโลหะหนักในตัวอย่างน้ำและตัวอย่างดิน บริเวณรอบแหล่งฝังกลบมูลฝอยเทศบาล

ชนิดโลหะหนัก	ปริมาณโลหะหนัก			
	น้ำ (มก./ล.)	มาตรฐาน ¹⁵	ดิน (มก./กก.)	มาตรฐาน ¹⁶
สารหนู	4.67 ± 1.38	0.01	6.38 ± 1.50	6
โครเมียม	33.53 ± 23.21	0.05	119.67 ± 13.74	17.5
แคดเมียม	0.67 ± 0.18	0.05	2.95 ± 0.40	67
ตะกั่ว	15.23 ± 4.70	0.05	30.99 ± 5.87	400
นิกเกิล	13.41 ± 3.55	0.1	44.54 ± 4.85	436.5
สังกะสี	202.22 ± 60.53	1.0	$2,092 \pm 48.56$	-
แมงกานีส	153.21 ± 27.16	1.0	$1,378.01 \pm 31.89$	1710
ทองแดง	11.91 ± 0.42	0.1	27.36 ± 7.45	2820

3. ปริมาณโลหะหนักในตัวอย่างข้าว กข 6

ผลการศึกษาการปนเปื้อนปริมาณโลหะหนักในตัวอย่างรากข้าวพบว่า สังกะสีมีค่าสูงสุด $1,622.24 \pm 28.10$ มก./กก. รองลงมาได้แก่ แมงกานีส $1,552.23 \pm 40.25$ มก./กก. การปนเปื้อนปริมาณโลหะหนักในตัวอย่างลำต้นข้าว พบว่าแมงกานีสมีค่าสูงสุด $3,407.68 \pm 89.10$ มก./กก. รองลงมาได้แก่

สังกะสี $2,079.22 \pm 10.56$ มก./กก. การปนเปื้อนปริมาณโลหะหนักในตัวอย่างเมล็ดข้าว พบว่าแมงกานีสมีค่าสูงสุด 533.99 ± 68.56 มก./กก. รองลงมาได้แก่โครเมียม 52.55 ± 851 มก./กก. เมื่อเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานอาหารปนเปื้อน พบว่าโลหะหนักที่สะสมในเมล็ดข้าวมีค่าเกินมาตรฐานทุกชนิด ยกเว้นทองแดง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปริมาณโลหะหนักในตัวอย่าง ราก ลำต้น และเมล็ดข้าว กข 6 บริเวณรอบแหล่งฝังกลบมูลฝอยเทศบาล

ชนิดโลหะหนัก	ปริมาณโลหะหนัก (มก./กก.)			มาตรฐาน ¹⁷
	ราก	ลำต้น	เมล็ด	
สารหนู	596 ± 90.14	4.17 ± 1.17	7.17 ± 2.13	0.2
โครเมียม	199.50 ± 15.65	469.23 ± 80.21	52.55 ± 851	1.0
แคดเมียม	80.01 ± 5.85	1.47 ± 0.40	0.81 ± 0.29	0.4
ตะกั่ว	108.00 ± 30.96	65.81 ± 3.12	2.48 ± 0.15	0.2
นิกเกิล	$1,213.02 \pm 17.96$	34.95 ± 9.22	26.71 ± 2.94	-
สังกะสี	$1,622.24 \pm 28.10$	$2,079.22 \pm 10.56$	18.07 ± 6.84	-

ตารางที่ 2 ปริมาณโลหะหนักในตัวอย่าง ราก ลำต้น และเมล็ดข้าว กข 6 บริเวณรอบแหล่งฝังกลบมูลฝอยเทศบาล

ชนิดโลหะหนัก	ปริมาณโลหะหนัก (มก./กก.)			มาตรฐาน ¹⁷
	ราก	ลำต้น	เมล็ด	
แมงกานีส	1,552.23±40.25	3,407.68±89.10	533.99±68.56	-
ทองแดง	97.24±10.11	21.41±9.24	9.58±1.30	20

4. การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการบริโภคข้าว กข 6 ที่มีการปนเปื้อนโลหะหนัก

จากผลการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการบริโภคข้าว กข 6 ที่มีการปนเปื้อนโลหะหนักพบว่า โลหะหนักทุกชนิดค่า HQ เกิน 1 ยกเว้นโครเมียม โดยสารหนูมีค่า HQ สูงสุด 64.31 ส่วนโครเมียมมีค่า HQ ต่ำสุด 0.09 (ตารางที่ 3)

อภิปรายผล

จากการศึกษาการปนเปื้อนของโลหะหนักในตัวอย่างน้ำพบว่าโลหะหนักทุกชนิดมีค่าเกินมาตรฐานคุณภาพแหล่งน้ำ การปนเปื้อนของโลหะหนักในน้ำนี้สาเหตุมาจากการปนเปื้อนของน้ำชะขยะเนื่องจาก

พื้นที่นาข้าวที่ทำการศึกษายู่ติดกับเส้นทางไหลของน้ำชะขยะ จากการศึกษที่ผ่านมาจะพบว่าน้ำชะขยะมีการปนเปื้อนของสารต่างๆ หลายชนิด โดยเฉพาะโลหะหนัก น้ำชะขยะที่ไม่ได้รับการบำบัดให้ถูกต้องทำให้เกิดการปนเปื้อนของโลหะหนักในน้ำใต้ดินและน้ำผิวดินรอบๆบริเวณฝังกลบขยะ เมื่อพิจารณาโลหะหนักที่เป็นพิษจะพบว่า โครเมียม ตะกั่ว และสารหนูมีการปนเปื้อนในน้ำในปริมาณสูงเมื่อเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของ เมทินี อินทุยศ และคณะ¹⁸ ศึกษาปริมาณโลหะหนักในปลาช่อนที่ได้รับผลกระทบจากน้ำชะมูลฝอยในสภาพการเพาะเลี้ยงทำการศึกษาที่บริเวณใกล้เคียง

ตารางที่ 3 การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการบริโภคข้าว กข 6 บริเวณรอบแหล่งฝังกลบมูลฝอยเทศบาล

ชนิดโลหะหนัก	EDI (mg/kg/day)	HQ	RfD (mg/kg/day)
สารหนู	0.019	64.31	0.0003
โครเมียม	0.141	0.09	1.50
แคดเมียม	0.002	2.19	0.001
ตะกั่ว	0.006	1.91	0.0035
นิกเกิล	0.071	3.59	0.02
สังกะสี	2.174	7.24	0.30
แมงกานีส	1.437	1.02	1.40
ทองแดง	0.068	1.71	0.04

แหล่งฝังกลบมูลฝอยเทศบาลนครขอนแก่นพบว่าสารหนูมีค่าเกินมาตรฐานทั้งน้ำและตะกอนดิน การปนเปื้อนของโลหะหนักเหล่านี้ในน้ำจะส่งผลกระทบต่อสิ่งมีชีวิตที่อาศัยอยู่ในน้ำบริเวณนั้นได้ หากมีการสะสมของโลหะหนักในแหล่งน้ำจะทำให้เกิดการสะสมในสิ่งมีชีวิต ซึ่งหากได้รับติดต่อกันเป็นเวลานานจะส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศในน้ำ และเกิดการ

สะสมในห่วงโซ่อาหาร และในที่สุดมนุษย์จะได้รับโลหะหนักจากจากห่วงโซ่อาหาร การปนเปื้อนของโลหะหนักน้ำจะส่งผลต่อการปนเปื้อนในดินด้วย เมื่อน้ำอยู่ในสภาวะต่างจะทำให้โลหะหนักตกตะกอน ทำให้เกิดการปนเปื้อนของโลหะหนักในตะกอนดิน และเมื่อน้ำแห้งก็ส่งผลให้เกิดการปนเปื้อนของโลหะหนักในดินได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ซึ่งพบว่า

สารหนู และโครเมียมมีค่าเกินมาตรฐานคุณภาพดิน นอกจากนี้ยังพบว่าตะกั่วมีการปนเปื้อนที่สูง (30.99 ± 5.87 มก./กก.) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sriuttha et al.⁷ ทำการศึกษาการปนเปื้อนของ แคดเมียม โครเมียม และตะกั่ว ในพืชน้ำและสัตว์น้ำ บริเวณรอบแหล่งฝังกลบมูลฝอยเทศบาลนครขอนแก่น พบการปนเปื้อนของโครเมียมเกินค่ามาตรฐานเช่นเดียวกัน (18.65 ± 11.39 มก./กก.) การปนเปื้อนของโลหะหนักเมื่อมีการสะสมในดินและตะกอนดิน หากมีปริมาณการสะสมมากเกินไปส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบของดินและตะกอนดิน การแพร่กระจายสู่รากของพืช ลำต้น ใบและผล การสะสมในสิ่งมีชีวิตถ่ายทอดสู่ห่วงโซ่อาหาร ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อมนุษย์ในที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า มีการสะสมของโลหะหนักในราก ลำต้นและเมล็ด โดยการสะสมของโลหะหนักทุกชนิดในเมล็ดมีค่าเกินมาตรฐานอาหารปนเปื้อน การตรวจพบโลหะหนักที่สูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับให้มีการปนเปื้อนในข้าวเพื่อการบริโภคได้นั้น หากผู้บริโภคได้รับประทานข้าวที่มีโลหะหนักผสมอยู่อาจได้รับผลกระทบทั้งผลดีและผลเสียขึ้นอยู่กับชนิดของโลหะหนัก การสะสมของโลหะหนักในข้าวอาจเกิดจากการดูดซับโลหะหนักจากราก ลำต้น ไปสู่เมล็ด การสะสมของโลหะหนักในระดับความเข้มข้นที่มีค่าสูงกว่ามาตรฐานในดินจะทำให้ข้าวไม่สามารถเจริญเติบโตได้ตามปกติ ลำต้นแคระแกร็น มีใบสีเหลือง และไม่สามารถออกผลผลิตได้¹⁹ นอกจากนี้มนุษย์ก็อาจจะได้รับอันตรายจากการได้รับโลหะหนักได้

การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรที่สัมผัสโลหะหนักบริเวณรอบแหล่งฝังกลบมูลฝอยเทศบาลพบว่าโลหะหนักทุกชนิดมีค่า HQ เกิน 1 ยกเว้นโครเมียมค่า HQ มากกว่า 1 แสดงว่าปริมาณสารเคมีที่ได้รับเกินค่ามาตรฐานหรือถือว่าอยู่ในระดับที่ไม่ปลอดภัยต่อสุขภาพ มีความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสโลหะหนัก พืชของสารหนู ถ้าได้รับปริมาณมากอาจทำให้เกิดการทำลายระบบสมองและทำลายตับ เกิด

อาการตับอักเสบ²⁰ พืชของตะกั่ว มีทั้งอาการเฉียบพลันและเรื้อรัง คือ ปวดท้อง น้ำหนักลด เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ประสาทหลอน ซึม ไม่รู้สึกตัว ชัก มือและเท้าตก เป็นอัมพาต สลบและอาจเสียชีวิตได้²¹ แคดเมียมสามารถสะสมอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้และมีความเป็นพิษสูง พิษเฉียบพลันเกิดจากการสูดไอของแคดเมียมเข้าไปทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจ หากได้รับในระยะยาว แคดเมียมจะไปสะสมที่กระดูก ทำให้กระดูกผุนอกจากนั้นยังทำให้เกิดโรคโลหิตจาง ถ้าได้รับปริมาณมากในระยะสั้นจะมีอาการไข้ ปวดศีรษะ อาเจียน มีอาการเจ็บหน้าอก และไอรุนแรง²² พิษของทองแดง เมื่อได้รับในปริมาณมากทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เกิดการอักเสบในช่องท้อง และกล้ามเนื้อ และอาจทำให้เป็นโรคโลหิตจางได้ เพราะเม็ดเลือดแดงแตกสลาย สังกะสี เมื่อได้รับในปริมาณมากทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะและอาการท้องร่วง²³ พิษของนิกเกิล ทำให้เกิดโรคไต เกิดภาวะไขกระดูกทำงานผิดปกติ ในหญิงตั้งครรภ์อาจแท้งบุตรได้ รวมถึงเกิดภาวะภูมิคุ้มกันต้านทานโรคต่ำ ส่วนถ้าได้รับนิกเกิลสูงเรื้อรังจากการสูดดมอาการคือ ปอดอักเสบเรื้อรังและอาจรุนแรงจนเป็นเหตุให้เสียชีวิตได้²⁴ แมงกานีส เป็นแร่ธาตุที่พบได้ทั่วไปในโลก จำเป็นสำหรับการมีชีวิตของมนุษย์ ขณะเดียวกันก็มีความเป็นพิษด้วย หากมีปริมาณมากเกินไปในร่างกาย ผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรงต่อระบบทางเดินหายใจและสมอง อาการสำคัญได้แก่ ประสาทหลอน ชี้อัม ระบบประสาทถูกทำลาย เกิดโรค Parkinson, Lung embolism และหลอดเลือดอักเสบ²⁵ นอกจากความเสี่ยงจากการบริโภคข้าวแล้วประชาชนที่อาศัยอยู่รอบบริเวณนี้ยังมีความเสี่ยงต่อการบริโภคสัตว์น้ำและพืชที่อยู่โดยรอบบริเวณนี้ ข้อมูลจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าประชาชนที่อาศัยอยู่รอบบริเวณนี้มีความเสี่ยงต่อการได้รับโลหะหนักทั้งจากสิ่งแวดล้อมและอาหารที่ได้จากบริเวณโดยรอบ ภาครัฐควรสร้างระบบการจัดการน้ำชะขยะให้ถูกต้องตามหลักวิชาการเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของน้ำชะขยะในสิ่งแวดล้อม เนื่องจากน้ำชะขยะเป็น

ตัวนำสารพิษจากที่ฝังกลบขยะกระจายลงสู่สิ่งแวดล้อมและห่วงโซ่อาหารส่งผลให้ประชาชนที่อาศัยอยู่โดยรอบได้รับความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการบริโภคสิ่งมีชีวิตที่อยู่บริเวณโดยรอบ

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลการศึกษาเรื่องการปนเปื้อนโลหะหนักในน้ำ ดินและข้าว อันเนื่องมาจากการปนเปื้อนของโลหะหนักจากบริเวณ

รอบแหล่งฝังกลบมูลฝอยเทศบาล นำไปใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงประกอบการจัดทำมาตรการป้องกันและลดการใช้สารเคมีทางการเกษตรเพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว

2. ควรมีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เช่น การตรวจระดับโลหะหนักในร่างกายและผลกระทบด้านสุขภาพของการได้รับโลหะหนักเข้าสู่ร่างกายของประชาชนในพื้นที่ที่พบการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม

เอกสารอ้างอิง

1. กองการจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. รายงานสถานการณ์ สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565. ม.ป.ท.2565.
2. กระทรวงกีฬาและการท่องเที่ยว. สถิติด้านการท่องเที่ยว ปี 2565 (Tourism Statistics 2022) [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [สืบค้นเมื่อ 3 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงจาก<https://www.mots.go.th/news/category/656>
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ (สสส.). แก้ปัญหาขยะอย่างยั่งยืนเริ่มต้นทาง การกิจทำหายของเทศบาลนครขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [สืบค้นเมื่อ 3 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงจาก <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/index.php/article/แก้ปัญหาขยะอย่างยั่งยืนเริ่มต้นทาง-ภารกิจทำหายของเทศบาลนครขอนแก่น>.
4. อติศักดิ์ คงพัฒนานนท์ และอดิเรก เร่งมานะวงษ์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงจากการทำงานของผู้ประกอบอาชีพเก็บมูลฝอยบริเวณสถานที่ฝังกลบมูลฝอยเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัด ขอนแก่น. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2561; 25(2):115-125.
5. Intamat S, Buasriyot P, Sriuttha M, Tengjaroenkul B, Neeratanaphan L. Bioaccumulation of arsenic in aquatic plants and animals near a municipal landfill. International Journal of Environmental Studies. 2017; 74(2):303-314.
6. Ruchuwarak P, Intamat S, Tengjaroenkul B, Neeratanaphan L. Bioaccumulation of heavy metals in local edible plants near a municipal landfill and the related human health risk assessment. Human and Ecological Risk Assessment. 2018;25(1):1-13.
7. Sriuttha M, Tengjaroenkul b, Intamat S, Phoonaploy U, Thanomsangad P, Neeratanaphan L. Cadmium, chromium and lead accumulation in aquatic plants and animals from a municipal landfill. Human and Ecological Risk Assessment.2017; 23(2):350-363.
8. APHA (American Public Health Association). Standard methods for the examination of water and wastewater, 21th ed, American Public Health Association, Washington DC, USA. 2005.
9. Chand V, and Prasad S. ICP-OES assessment of heavy metal contamination in tropical marine sediments: A comparative study of two digestion techniques. Microchemical Journal. 2013; 111:53-61.

10. Fu J, Zhou Q, Liu J, Lui W, Wang T, Zhang Q, Jiang G. High levels of heavy metals in rice (*Oryza sativa* L.) from a typical open dumping of e-waste area in southeast China and its potential risk to human health. *Chemosphere*. 2008; 71:1269-1275
11. สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ. ข้อมูลการบริโภคอาหารของประเทศไทย. ม.ป.ท. 2560.
12. Knoema. World and regional statistics: Thailand-life expectancy at birth [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [สืบค้นเมื่อ 3 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงจาก:
<https://knoema.com/atlas/Thailand/topics/Demographics/Age/Life-expectancy-at-birth>
13. USEPA (US environmental protection agency). Risk (base concentration table). US Environmental Protection Agency, Washington, DC. 2000.
14. US Environmental Protection Agency (USEPA). Exposure factors handbook-general factors. EPA/600/P-95/002Fa, vol. I. Office of Research and Development, National Center for Environmental Assessment. US Environmental Protection Agency, Washington, DC. 1997.
15. Thailand Pollution Control Department (TPCD). Surface water quality standards. notification of the national environmental board, No. 8, Bangkok. 1994.
16. Thailand Pollution Control Department (TPCD). Soil quality standards for habitat and agriculture. Notification of the National Environmental Board, No. 25. Bangkok. 2004.
17. Thailand Pollution Control Department (TPCD). The standard levels of heavy metals in tissues of aquatic animals. Bangkok. 1986.
18. เมทินี อินทุยศ ลำไย ธีรรัตน์ พันธุ์ บัณฑิตย เต็งเจริญกุล และมานพ ศรีอุทธา. ปริมาณโลหะหนักในปลาช่อนที่ได้รับผลกระทบจากน้ำชะมูลฝอยในสภาพการเพาะเลี้ยง. วารสารวิจัยรวมคำแหง (วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) 2563;23(1):17-26.
19. สรตนา เสนาะ. การดูดซับธาตุโลหะหนักของหญ้าแฝก ทานตะวัน และข้าวที่ปลูกในดินปนเปื้อนสังกะสี แคดเมียม และตะกั่ว. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ. 2548.
20. Centeno JA, Mullick FG, Martinez L, Page NP, Gibb H, Longfellow DT. et al. Pathology related to chronic arsenic exposure. *Environmental Health Perspectives* 2002;110 Suppl 5 (suppl5):883-886.
21. Pizzol M, Thomsen M, Andersen MS. Long-term human exposure to lead from different media and intake pathways. *Science of the Total Environment* 2010;408(22):5478–5488.
22. Godt J, Scheidig F, Grosse-Siestrup C, Esche V, Brandenburg P, Reich A, Groneberg DA. The toxicity of cadmium and resulting hazards for human health. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. 2006;1(22):1-6.
23. อีรณาส สุวรรณเรือง. โลหะหนักปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563; 13(1):76-82.
24. Kasprzak KS, Sunderman FW Jr, Salnikow K. Nickel carcinogenesis. *Mutation Research* 2003;533(1-2):67-97.
25. Alessio L, Campagna M, and Lucchini R. From lead to manganese through mercury: Mythology, science and lessons for prevention. *American Journal of Industrial Medicine* 2007; 50: 779-797.

การพัฒนาารูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน

Development of a model of continuation of care after critical to mid-term in patients with acute ischemic stroke

(Received: August 26,2023 ; Revised: August 28,2023 ; Accepted: August 29,2023)

ราตรี มนัสสิลา¹ และสุกัลยา ดาซัน

Ratree Manassila and Sukalaya Datuan

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน จำนวน 32 คน เลือกแบบแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินความพึงพอใจ แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพในรูปแบบ ๖ บันทึกการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบที และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบประกอบด้วย 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) แผนการดูแล รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ประกอบไปด้วย 6 กระบวนการ ได้แก่ 1.การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access & Entry) 2.การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment) 3.การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care) 4.การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) 5.การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (Information and Empowerment for Patients/Families) 6.การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) และ 3) แนวปฏิบัติทางคลินิก การประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องสามารถนำมาปฏิบัติได้จริงในบริบทของโรงพยาบาล ทำให้ผลลัพธ์การดูแลส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$) ผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่า วันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมีความพึงพอใจระดับที่ผิดปกติมากและรุนแรงลดลงน้อยกว่าวันที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลพบว่าโดยรวมระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ การดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลาง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน

ABSTRACT

This study was action research aimed to study the effects of a post-critical continuation of care model in patients with acute ischemic stroke. Ban Dung Crown Prince Hospital Udon Thani Province. The research was conducted between October 2021 - September 2022. The samples 32 ischemic stroke patients by purposive sampling. Data were collected by assessment form for the ability to perform daily activities. disability assessment form a satisfaction questionnaire for multidisciplinary personnel in the form of group discussion recordings Quantitative data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test, and qualitative data were analyzed by content analysis.

The results showed that the model consisted of 1) a multidisciplinary team 2) a care plan, a model of care for stroke patients that consisted of 6 processes, namely 1. Access and entry (Access & Entry) 2. Patient Assessment 3. Planning of Care 4. Discharge Planning 5. Information and Empowerment for Patients/ Families) 6. Continuity of Care and 3) Clinical Practice Guidelines Collaboration of relevant multidisciplinary teams can be practical in a hospital context. resulting in the majority of care outcomes having a positive change The mean ability to perform daily activities was statistically significantly higher than the group before the model development ($p = .00$). And 2 weeks

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

after discharge from the hospital, cerebrovascular patients had less severe and abnormal level of disability than the date of admission to the hospital. Satisfaction with the care model found that the overall level of satisfaction was at a high level.

Keywords: model development, continuing care models after the crisis to Intermedia, patients with acute ischemic stroke.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, Cerebrovascular Disease) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง เป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลกในประเทศที่พัฒนาแล้ว เป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 3 รายงานจาก WHO พบอุบัติการณ์ทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคน ในแต่ละปีและทุก ๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตอย่างน้อย 1 คน ในปี 2563 จะมีผู้ป่วยเพิ่มเป็น 2 เท่า เป็นสาเหตุของการสูญเสียสุขภาพที่สำคัญอันดับ 2 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม¹⁴ อัตราตายและความพิการในระยะยาวสูงเป็นอันดับหนึ่งในสหรัฐเกิดความพิการมากกว่า 100,000 ราย ในประเทศอังกฤษ ซึ่งจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นกว่า 3,000 ราย ในแต่ละปี ในประเทศไทยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ในเพศชาย และอันดับที่ 2 ในเพศหญิง อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยทั่วประเทศพบ 252.59 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2547 เพิ่มขึ้น 354 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2555⁵ ทุก 4 นาที คนไทยเป็นโรคนี้ 1 คนหรือวันละ 360 คน ทุก ๆ 10 นาที มีคนไทยเสียชีวิต มีโอกาสเป็นซ้ำร้อยละ 10-12 มักมีอาการรุนแรงกว่าเดิม โอกาสรักษาหายเป็นปกติมีน้อยลงมาก⁶ จากการขาดเลือดหรือหลอดเลือดสมองอุดตันและหลอดเลือดสมองแตกก่อให้เกิดอาการทางระบบประสาทต่อผู้ป่วยทันที มักเป็นสาเหตุหลักของความพิการทั่วโลก¹¹ ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตถ้าอาการรุนแรงและเป็นตำแหน่งที่สำคัญ ผู้ที่รอดชีวิตร้อยละ 31 มักมีความพิการเหลืออยู่ ร้อยละ 90 มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน แม้เมื่อพ้นหายผู้ป่วยมักมีปัญหาด้านคุณภาพชีวิต ร้อยละ 10 ต้องการความช่วยเหลือการเคลื่อนที่ ในจำนวนนี้ร้อยละ 71 ไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้

¹³ ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยบางรายเกิดความพิการ ผู้ป่วยในปี 2551 และ 2552 จำนวน 88,470 และ 137,864 ราย อัตราป่วย 326.29 และ 475.84 ต่อแสนประชากร¹³ มีค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 100,000 บาทต่อปี และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเฉลี่ย 12,619 บาทต่อเดือน

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง พบว่า สถิติการรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองติดต้นในปี พ.ศ. 2562, 2563 และ 2564 จำนวน 146, 201 และ 180 คน ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ในจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดมีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองติดต้นมีจำนวนมากถึงร้อยละ 80 ในขณะที่ร้อยละ 20 คือ ผู้ป่วยเลือดออกในสมอง⁹ ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งอาการและการแสดง พยาธิสภาพ และการพยากรณ์โรค การใช้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3 ชั่วโมง ตั้งแต่แรกเริ่มมีอาการพบว่าสามารถช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองติดต้นได้ และช่วยลดอัตราความพิการได้ ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดปัญหาในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสุขภาพ ผู้รอดพ้นจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2 ใน 3 จะมีความพิการที่ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ และสังคม ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้คุณภาพชีวิตด้อยลง รวมทั้งยังมีภาระค่าใช้จ่ายต่อครอบครัวและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้น⁷ ดังนั้น การพัฒนาระบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันหรือติดต้นเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นที่จะช่วยยืดอายุผู้ป่วยและลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย การมีช่องทางด่วน (Stroke fast track) สำหรับผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะสมองขาดเลือดจาก

เส้นเลือดสมองตีบตันโดยให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็วภายใน 3 ชั่วโมงแรก และการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองอย่างครบวงจรในปัจจุบันจำเป็นต้องมีการพัฒนามาตรฐานการดูแลรักษา โดยเฉพาะในระยะเฉียบพลันพบว่าสามารถลดอัตราการตายลดค่าใช้จ่ายในการรักษาลดภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรค รวมทั้งลดความพิการของผู้ป่วยและภาระทางสังคมได้¹

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุงเป็นโรงพยาบาลระดับ M1 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะวิกฤติที่ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในปี พ.ศ. 2562, 2563 และ 2564 จำนวน 23, 31 และ 40 คน ตามลำดับ และมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2562, 2563 และ 2564 มีจำนวน 170, 228 และ 219 คน ตามลำดับ ส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อกลับจากโรงพยาบาลอุดรธานี เพื่อมากลับมาดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพในปี พ.ศ. 2562, 2563 และ 2564 จำนวน 23, 31 และ 40 คน ตามลำดับ ยังพบว่า มีผู้ป่วยที่กลับมารักษซ้ำภายใน 28 วัน ในปี พ.ศ. 2562, 2563 และ 2564 จำนวน 19, 10. และ 8 คน ตามลำดับ และจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่กลับมารักษซ้ำปี พ.ศ. 2564 พบว่าส่วนใหญ่มาด้วยอาการแทรกซ้อน มีไข้ หายใจหอบ เหนื่อย วิงเวียน เกิดแผลกดทับ และมีอาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น อาการท้องเสีย เป็นต้น⁹ ซึ่งการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุงยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน และยังขาดการดูแลร่วมกันแต่ละวิชาชีพมุ่งดูแลตามอาการที่ปรากฏโดยยึดแผนการรักษาของแพทย์เป็นหลัก โรงพยาบาลส่งปรึกษาขอรับการดูแลจากแผนกอื่นยังไม่ครอบคลุม ไม่กล้าตัดสินใจ ยังอยู่ภายใต้การตัดสินใจของแพทย์เจ้าของไข้ เกสซ์กรมการดูแลคนไข้เรื้อยาวหลังกลับบ้านเท่านั้น ทีมแพทย์แผนไทยยังไม่มีบทบาทในการเข้าร่วมเป็นทีมในการวางแผนการดูแล

ผู้ป่วยทั้งที่แพทย์ พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ และผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อน โดยการส่งเสริมผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองที่บ้าน⁹

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาแบบแผนการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน เพื่อเป็นแนวปฏิบัติที่จะสามารถจัดการผู้ป่วยรายกรณีเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายบุคคล มีการติดตามการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องประสานงานกับทีมสุขภาพในการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวตาม Care map และ Flow chart ที่พัฒนาร่วมกัน ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษานจนกระทั่งกลับบ้าน จัดระบบการวางแผนจำหน่ายและมีระบบการส่งต่อไปยังทีมเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทุกระยะของความเจ็บป่วย ส่งเสริมการฟื้นฟู ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับมารักษซ้ำในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเฉียบพลัน และมีมาตรฐานการบริการซึ่งผู้วิจัยเห็นว่ามีความคุ้มค่าที่จะนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเฉียบพลันมาใช้และต้องมีการพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานีอีกด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาลู่รูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ที่มีระดับความพิการปานกลางหรือดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) มีค่าคะแนน 50-70 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 35 ราย ดำเนินการพัฒนาแนวทางและเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ที่ได้รับความยินยอมจากญาติในการศึกษารั้งนี้ จำนวน 32 คน โดยเลือกแบบแบบเจาะจง

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สภาพเดิมค้นหาปัญหาโดยดำเนินการ ดังนี้

1.1 การทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ประเด็นที่ทบทวน คือ ประเภทของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลาง ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel ADL Index) การฟื้นฟู ตั้งแต่ระยะแรกเริ่มเข้ารับการรักษา จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียนที่แพทย์วินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ระหว่างกรกฎาคม 2564 – กันยายน 2564

1.2 สทนากลุ่ม แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด และนักการแพทย์แผนไทย เพื่อทราบปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความต้องการในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบกำหนดทีมและตำแหน่งในทีมประชุมวิชาการเพื่อ

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกำหนดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ในแต่ละช่วงเวลาของแต่ละวิชาชีพ ระดมสมองทีมเพื่อกำหนดรูปแบบ

ระยะที่ 3 ระยะการนำรูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน สู่การปฏิบัติภายหลังผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรม จึงได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ประกอบไปด้วย 6 กระบวนการ ได้แก่ 1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access & Entry) 2. การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment) 3. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care) 4. การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) 5. การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (Information and Empowerment for Patients/Families) 6. การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) ซึ่งผู้วิจัยจะดำเนินการตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565 เป็นระยะเวลา 1 ปี โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล พร้อมชี้แจงแบบพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนา ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน งานกายภาพบำบัด งานแพทย์แผนไทย งานโภชนาการ ผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงขั้นตอนและวิธีการในการใช้รูปแบบฯ โดยกำหนดให้ผู้ใช้อุปแบบทุกรายทดลองใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นตามรายละเอียดกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 32 คน

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) เลือก Test Family เป็น T-Tests, กำหนด Statistical Test เป็น Means: Differences between Two Dependent Means (Matched Paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.50 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 และกำหนดระดับความเชื่อมั่น (Power of Analysis) เท่ากับ 0.95 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 22 คน

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมการออกจากรวมกลุ่มขณะทำการทดลองได้จึงเลือกกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 32 ราย เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าผู้ป่วย

1. เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันเป็นครั้งแรก
2. มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระหว่าง 5-11 คะแนน
3. สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทยไม่มีความบกพร่องด้านรู้คิด
4. มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย และมีความยินยอมอยู่ในพื้นที่เครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา

เกณฑ์การคัดออกผู้ป่วย

1. อาการของโรครุนแรงขึ้นระหว่างนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นผลทำให้ต้องย้ายเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยหนัก หรือเสียชีวิตระหว่างการดำเนินการวิจัย
2. ย้ายสถานพยาบาลหรือไม่สามารถติดต่อได้ภายหลังการจำหน่าย
3. ถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการดำเนินการวิจัย

หลังจากนั้นผู้วิจัยให้พยาบาลและทีมสหวิชาชีพใช้รูปแบบฯ ตอบแบบประเมินประสิทธิภาพรูปแบบฯ ประกอบด้วย 1) ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบฯ 2) แบบประเมินปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบฯ ไปใช้โดยใช้คำถามปลายเปิด หลังจากที่ยาบาลกลุ่มตัวอย่างเสร็จสิ้นการใช้รูปแบบแล้ว เพื่อประเมินปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ในการสรุปผลการศึกษา ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิภาพของรูปแบบฯ การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองนำเสนอต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อไป

ระยะที่ 4 ระยะประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลาง

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ใช้วิธีการประเมินผล ดังนี้

4.1 การสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โดยมีผู้สังเกตแบบมีส่วนร่วม คือ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในหอผู้ป่วยใน การให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด ที่ร่วมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน มีความพึงพอใจในแบบแผนการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาจนถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนกระทั่งมารับการดูแลต่อเนื่อง

4.3 ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความพึงพอใจ พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการประเมินสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและการใช้เครื่องมือวิจัย จะทำหน้าที่ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและความพึงพอใจในวันที่ย้ายผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล และวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

4.4 ทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมพัฒนาร่วมกันสรุป อภิปรายผลเพื่อประเมินผลการดำเนินการและแนวความคิดเห็นในการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย รูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โรงพยาบาลสมเด็จ

พระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การรับผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วย การฟื้นฟู การวางแผนจำหน่ายและส่งต่อ แผนการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง (Care maps) แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical nursing practice guideline: CNPG)

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และโรคประจำตัว ส่วนที่ 2 บันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การเกิดติดเชื้อมดอักเสบ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ

2.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (The Barthel Activity of Daily Living Index) ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การลุกจากที่นอน สุขวิทยาส่วนบุคคล การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน การอาบน้ำ เช็ดตัว การเดินการขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การควบคุมการถ่ายอุจจาระและการควบคุมการถ่ายปัสสาวะ เกณฑ์การให้คะแนน คือ 0, 5 และ 10 ซึ่งมีคะแนนความสามารถสูงสุด 100 คะแนน การแปลผล คะแนน 0-20 ระดับความสามารถน้อยมาก คะแนน 25-45 ระดับความสามารถน้อย คะแนน 50-70 ระดับความสามารถปานกลาง คะแนน 75-90 ระดับความสามารถมาก และคะแนน 100 ระดับความสามารถมากที่สุด (ปกติ)

2.3 แบบประเมินความพิการ ใช้ modified Rankin Scale (mRS) ในการประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดย mRS มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 6 คะแนนสูง แปลว่า มีความพิการมาก คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความผิดปกติ คะแนน 6 หมายถึง เสียชีวิต (Rankin,

1957) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่เสียชีวิต (mRS = 6) ไม่ได้ถูกนำมาเข้ามาในการศึกษานี้

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพในรูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ฯ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ และวิชาชีพ ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามชนิดประมาณค่า จำนวน 9 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ พึงพอใจมากเท่ากับ 3 คะแนน ปานกลาง เท่ากับ 2 คะแนน และพึงพอใจน้อยเท่ากับ 1 คะแนน การแปลคะแนนในภาพรวมใช้หลักการอิงกลุ่มของเบสต์ (Best, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 2.33 - 3.00 เท่ากับระดับมาก คะแนน 1.67 - 2.32 เท่ากับระดับปานกลาง คะแนน 1.00 - 1.66 เท่ากับ ระดับน้อย

2.5 แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเชิงซักถามเหตุผลและค้นหาคำตอบ ประเด็นในการตั้งคำถามกำหนดจากวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเน้นให้ผู้สนทนากลุ่มแสดงและความคิดเห็นเกี่ยวปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน จำนวน 5 ข้อ โดยรายละเอียดของข้อคำถามจะประกอบด้วย สภาพและปัญหาในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผลกระทบที่เกิดขึ้น วิธีการหรือแนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ตรวจสอบความตรง โดยการพิจารณาความชัดเจนของภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้วปรับปรุงแก้ไข ตามคำแนะนำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบเนื้อหาสาระ ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อความและความครอบคลุมของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

เฉียบพลัน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.83 ส่วนแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพในรูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน แบบบันทึกการสนทนากลุ่มและแบบสังเกตการปฏิบัติของสหวิชาชีพแบบมีส่วนร่วมเป็นการสังเกตการณ์ ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.76, 0.87, 0.78 และ 0.93 ตามลำดับ จากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงก่อนนำไปทดลองและมีการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยกับกลุ่มที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability) โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.86, 0.78, 0.77 และ 0.79 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมถึงให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริงผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่ม ตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) และสถิติอนุมานได้แก่ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เฉียบพลัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป เปรียบเทียบลักษณะต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบ และหลังพัฒนารูปแบบในด้านเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ค่าเฉลี่ยของอายุ ค่าเฉลี่ยของระดับความรู้สีกตัวกลาสโกว และค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าทั้งสองกลุ่ม มีลักษณะดังกล่าวไม่แตกต่างกัน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบกับกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบในแต่ละช่วงเวลาโดยใช้สถิติที พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบกับกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบในวันแรกไม่แตกต่างกัน ($t = -0.62, p = .54$) ส่วนวันก่อนจำหน่าย พบว่า กลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.51, p = .02$) และวันหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.43, p = .02$)

ผลการประเมินความพิการ (The Modified Rankin Scale : mRs)

จากการศึกษาผลการประเมินความพิการ (The Modified Rankin Scale : mRs) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง พบว่า

วันที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล มีผู้ป่วยที่มีความพิการระดับ (3) คือ มีความผิดปกติพอควรต้องการคนอื่นช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างแต่สามารถเดินได้โดยไม่มีคนช่วย ร้อยละ 25.00 และมีความพิการระดับ (4) คือ มีความผิดปกติ

มากสามารถเดินได้แต่ต้องมีคนช่วยพยุง ไม่สามารถ
ทำกิจวัตรประจำวันได้เองโดยไม่มีคนช่วยได้ ร้อยละ
46.88 และความพิการระดับระดับ (5) คือ มีความ
ผิดปกติรุนแรง ต้องนอนกับเตียงปัสสาวะราดต้องการ
การดูแลอย่างใกล้ชิด ร้อยละ 28.13

วันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจาก
โรงพยาบาลผู้ป่วยมีความพิการระดับ (2) คือ มีความ
ผิดปกติเล็กน้อย สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เกือบ
ทุกอย่าง ร้อยละ 25.00 ความพิการระดับ (3) คือ มี
ความผิดปกติพอควร ต้องการคนอื่นช่วยในการทำ
กิจวัตรประจำวันบางอย่าง แต่สามารถเดินได้โดยไม่มี
คนช่วย ร้อยละ 53.12 ความพิการระดับ (4) คือ มี
ความผิดปกติมาก สามารถเดินได้แต่ต้องมีคนช่วย
พยุง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองโดยไม่มีคน
ช่วยได้ ร้อยละ 12.50 และความพิการระดับ(5) มี
ความผิดปกติรุนแรง ต้องนอนกับเตียงปัสสาวะราด
ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ร้อยละ 9.37

หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2
สัปดาห์ ผู้ป่วยมีความพิการระดับ ระดับ (1) คือไม่มี
ความผิดปกติที่รุนแรง สามารถประกอบกิจวัตร
ประจำวันได้ทุกอย่างทำงานอาชีพได้ ร้อยละ 9.38
ความพิการระดับ ระดับ (2) คือ มีความผิดปกติ
เล็กน้อย สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เกือบทุก
อย่าง ร้อยละ 28.13ความพิการระดับ (3) คือ มีความ
ผิดปกติพอควร ต้องการคนอื่นช่วยในการทำกิจวัตร
ประจำวันบางอย่าง แต่สามารถเดินได้โดยไม่มีคนช่วย
ร้อยละ 46.88 ความพิการระดับ (4) คือ มีความ
ผิดปกติมาก สามารถเดินได้แต่ต้องมีคนช่วยพยุง ไม่
สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองโดยไม่มีคนช่วยได้
ร้อยละ 6.25 และความพิการระดับ(5) มีความ
ผิดปกติรุนแรง ต้องนอนกับเตียงปัสสาวะราด
ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ร้อยละ 9.38

ซึ่งจะเห็นว่าวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออก
จากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2
สัปดาห์ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมีความพิการระดับที่
ผิดปกติมากและรุนแรงลดลงน้อยกว่าวันที่รับผู้ป่วย
ไว้ในโรงพยาบาล

ภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำ
เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมา
รักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ของกลุ่ม
ตัวอย่างระหว่างกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบกับกลุ่มหลัง
พัฒนารูปแบบในด้านการติดเชื้อปอดอักเสบ การติด
เชื้อทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับและการ
กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันโดยใช้
สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) พบว่า ทั้งสอง
กลุ่มมีลักษณะดังกล่าวไม่แตกต่างกัน

ด้านผู้ให้บริการ

การประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการดูแล
ต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ของ
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัด
อุดรธานี ของทีมสหสาขาวิชาชีพ ข้อมูลทั่วไปเป็นเพศ
หญิงมากที่สุดร้อยละ 82.40 มีอายุเฉลี่ย 36 ปี เป็น
วิชาชีพพยาบาลมากที่สุดร้อยละ 41.18 รองลงมา
ได้แก่นักกายภาพบำบัด/นักกิจกรรมบำบัดและนัก
โภชนาการร้อยละ 17.65

การปฏิบัติตามแนวทาง ทีมสหสาขา
วิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด
และนักกิจกรรมบำบัดสามารถปฏิบัติตามแผนการ
ดูแลได้ร้อยละ 100 ส่วนนักโภชนาการปฏิบัติตาม
แผนการดูแลได้น้อยที่สุดร้อยละ 30.10

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง พบว่าโดยรวมระดับความพึง
พอใจอยู่ในระดับมาก

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยขอเสนอผลการศึกษาและอภิปราย
ผล ตามวัตถุประสงค์ต่อไปนี้

**1. รูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะ
วิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ
หรืออุดตันเฉียบพลัน** โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช
บ้านดุง จังหวัดอุดรธานี รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น
ประกอบด้วย 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) แผนการดูแล
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่
ประกอบไปด้วย 6 กระบวนการ ได้แก่ 1.การเข้าถึง
และเข้ารับบริการ (Access & Entry) 2.การประเมิน

ผู้ป่วย (Patient Assessment) 3.การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care) 4.การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) 5.การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (Information and Empowerment for Patients/Families) 6.การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) และ 3) แนวปฏิบัติทางคลินิก การประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับความเชี่ยวชาญทางคลินิกของบุคลากร มีการนำแนวทางการแก้ปัญหามาปฏิบัติ ประเมินการปฏิบัติและมีการปรับปรุง โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน เป็นผู้ประสานการทำงาน แนวทางการแก้ปัญหามีผลนำมาปฏิบัติได้จริงในบริบทของโรงพยาบาล ทำให้ผลลัพธ์การดูแลส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก

สอดคล้องกับ ลินดา สันตวาจา และศรีธัญญา บุญโญ (2558) ในการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย การจัดการรายกรณีและการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ หลังพัฒนารูปแบบการดูแล พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญญรัตน์ เพิกเดช (2563) พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย ฝังปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทีมพยาบาลที่มีความรู้และทักษะรวมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษา และแผนการดูแลที่ร่วมกันปรับปรุงขึ้น ซึ่งต่างจากการศึกษาของอรุณรัตน์ อินทสุวรรณ (2559) ที่พบว่าองค์ประกอบของรูปแบบที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยคือคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คู่มือการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและระบบการนิเทศควบคุมกำกับกับการปฏิบัติตามรูปแบบ

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

2.1 คะแนนความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการใช้รูปแบบฯ จากการวิเคราะห์ข้อมูล ที่พบว่าวันก่อนจำหน่ายและวันหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มหลังพัฒนา

มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$) แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทาง แผนการดูแล การประสานให้เกิดการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการทำกายภาพบำบัด รวมทั้งการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติด้วยการสอนเป็นรายบุคคล การให้ความรู้โดยผ่านสื่อวีดิทัศน์ และการแจกแผ่นพับเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้สามารถจดจำได้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนถึงกระทั่งวันจำหน่าย ช่วยให้เกิดทักษะในการดูแลตนเอง อีกทั้งมีการนิเทศติดตามของพยาบาลผู้จัดการเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลตามที่กำหนด ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำได้มากขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาของ ลินดา สันตวาจา และศรีธัญญา บุญโญ (2558) ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าจังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้นเมื่อจำหน่ายและภายหลังจำหน่าย 30 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$) และสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี เกสรสันต์และคณะ (2560) ในการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้ IDEAL patient care model ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเฉลี่ยมากกว่าวันแรกรับเข้ารับรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2.2 ผลการประเมินความพิการ (The Modified Rankin Scale : mRs) จากการศึกษาผลการประเมินความพิการ (The Modified Rankin Scale : mRs) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง พบว่า วันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ผู้ป่วย

หลอดเลือดสมองมีความพิการระดับที่ผิดปกติมาก และรุนแรงลงน้อยกว่าวันที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

2.3 ภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน พบว่า การติดเชื้อทางเดินหายใจ และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในกลุ่มก่อนการพัฒนาารูปแบบเกิดการติดเชื้อ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.2 ส่วนกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบไม่พบทั้งการติดเชื้อทางเดินหายใจและติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ด้านการเกิดแผลกดทับพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น มีการกำหนดกิจกรรมของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ชัดเจนในแต่ละวันสอดคล้องกับการดำเนินโรคของผู้ป่วย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัวผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงพยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้ติดตามกำกับ ประสานการดูแลให้เป็นไปตามแผนการดูแลที่เหมาะสมเฉพาะราย ซึ่งช่วยป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนลงได้ด้านการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน กลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ส่วนกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.10 ซึ่งมีภาวะของ Progressive stroke ทำให้กลับมารักษาซ้ำ

3. ด้านผู้ให้บริการ

การประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัด

อุดรธานี ของทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า เป็นวิชาชีพพยาบาลมากที่สุดร้อยละ 41.18 รองลงมา ได้แก่ นักกายภาพบำบัด/นักกิจกรรมบำบัด และนักโภชนาการ ร้อยละ 17.65

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลพบว่า โดยรวมระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากได้แสดงความคิดเห็นและการตัดสินใจร่วมกันอีกทั้งรูปแบบการดูแล มีการกำหนดบทบาทและกิจกรรมรวมถึงการสื่อสารที่ชัดเจน เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เกิดความสะดวกแก่การนำไปใช้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ อูไร ดวงแก้ว และอภิญญา จำปามูล(2561) พบว่า ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการจัดการรายกรณีโดยรวมอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การนำรูปแบบการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤตสู่ระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ไปใช้ ควรมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านทุก 3 เดือนหลังจำหน่าย เพื่อช่วยเสริมสร้างพลังแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มีการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่อง รวมทั้งได้รับการประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิต

2. ด้านการบริหารและจัดการระบบบริการ ควรใช้การจัดการรายกรณีในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่ออื่นๆที่ควบคุมอาการไม่ได้ เช่น โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมการแพทย์และสถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการประเมินสถานพยาบาลด้านโรคหลอดเลือดสมอง. ม.ป.ท. 2561
- 2.กฤษฎา เขียวเปลื้อง. ผลการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันในโรงพยาบาลระนอง. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2561;32:1083-1094.
- 3.จรรยาลักษณ์ ป้องเจริญ และคณะ. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกของสหสาขาวิชาชีพ. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2563;14:91-105.

- 4.ณัฐอิวรรณ พันธมุง, อลิสร่า อยู่เลิศลบ, และอามีนะห์ เจ๊ะปอ. (2561). ประเด็นสารณรงควัณณพาดโลกปี 2561. สืบค้นจาก <https://www.thaincd.com/2016/news/announcement-detail.php?id=13251&gid=16>.
- 5.สถาบันประสาทวิทยา. (2558). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ : สถาบันประสาทวิทยา.
- 6.สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2559). รักษ์สมอง. ขอนแก่น : คลังนานา.
- 7.สุทิน มณีชมภู. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. เชียงใหม่:โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 ต.ค. 2564] <https://www.cmneuro.go.th/TH/research/63-Full%20Paper-%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%97%E0%B8%B4%E0%B8%99%20%E0%B8%A1%E0%B8%93%E0%B8%B5%E0%B8%8A%E0%B8%A1%E0%B8%A0%E0%B8%B9.pdf>
- 8.โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง, 2563
- 9.โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง, 2564
- 10.อุไร ดวงแก้วและอภิญญา จำปามูล. ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกต่อระยะวันนอนค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลและความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561;36:42-50
- 11.Jauuch, E. C. et al. (2013). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 44, 870-947.
- 12.National Health Security Office (NHSO). (2008). Handbook of health security: The project of one stop service of development of a comprehensive stroke management system. Bangkok : National Health Security Office.
- 13.National Trustworthy and Competent Authority in Epidemiological Surveillance and Investigation. (2013). An InvestigationReport on Chronic Non-Chronic Disease Surveillance (2007-2009). Retrieved August 2016, from http://203.157.15.4/ncd/chronic/chronic_52_10091170940.doc
- 14.World Health Organization. (2015). World Stroke Campaign. Retrieved August 2016, from <http://www.worldstroke.org/advocacy/world-stroke-campaign>

การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน จังหวัดนครพนม

Development of Self-Management Model of type 2 Diabetic Mellitus Patients
to Prevent the Occurrence of Diabetic Nephropathy Nakhon Phanom Province

(Received: August 24,2023 ; Revised: August 28,2023 ; Accepted: August 29,2023)

พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์¹, แสงอุษา ทัสศกร¹

Pisit Sereethammaphithak¹, Saengusa Tassakorn¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน และศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ทีมสุขภาพ จำนวน 30 คน ร่วมกันวิเคราะห์ สังเคราะห์ พัฒนารูปแบบฯ และกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิก โรคเบาหวาน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบ ความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวาน และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน เครื่องมือที่ใช้ในการ ทดลองคือ คู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน ประเมินผลก่อนและหลัง ทำการศึกษาในระหว่าง เดือนมกราคม – มีนาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ dependent t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าก่อน การทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x}=18.57$, S.D.=0.59; $\bar{x}=14.70$, S.D.=3.59) ด้านพฤติกรรมป้องกันการ เกิดโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x}=94.42$, S.D.=4.59; $\bar{x}=72.37$, S.D.=6.49) และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และ eGFRs พบว่า หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x}=21.35$, S.D.=1.30, $\bar{x}=23.05$, S.D.=1.67, $\bar{x}=6.82$, S.D.=0.41, $\bar{x}=7.65$, S.D.=0.60, $\bar{x}=123/77$, S.D.=8.84/4.33, $\bar{x}=138/86$, S.D.=13.44/4.03, $\bar{x}=130.60$, S.D.=21.57, $\bar{x}=165.87$, S.D.=24.31 และ $\bar{x}=90.50$, S.D.=6.85, $\bar{x}=73.77$, S.D.=9.27 ตามลำดับ)

คำสำคัญ : โรคไตเรื้อรัง, โรคไตจากเบาหวาน, การป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน, การพัฒนารูปแบบ

Abstract

This study is action research. The objective was to develop a self-management model of type 2 diabetic patients to prevent diabetic nephropathy. and to study the results of the development of the image The samples used in this research were 30 health teams who jointly analyzed, synthesized, developed the model, and a group of type 2 diabetic patients who received services in a diabetes clinic. Phonsawan Hospital, 40 people. The research tool was a general information questionnaire. diabetic nephropathy knowledge quiz and a questionnaire on preventive behaviors for diabetic nephropathy The instruments used in the experiment were Self-management guide for the prevention of diabetic nephropathy Evaluation before and after The study was conducted during January - March 2019. Data were analyzed using descriptive statistics to find frequency, percentage, mean and dependent t-test.

¹ โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

The study found that After the experiment the mean knowledge of kidney disease of type 2 diabetic patients was higher than before the experiment. with statistical significance at the 0.05 level (=18.57, S.D.=0.59; =14.70, S.D.=3.59). After the experiment, the mean scores for preventive behaviors for diabetic nephropathy in type 2 diabetic patients were higher than before the experiment. statistically significant at the 0.05 level (= 94.42, S.D.=4.59; = 72.37, S.D.=6.49) and the mean body mass index Blood glucose, blood pressure, blood lipids and eGFRs were found to be better after the experiment than before. with statistical significance at the 0.05 level (= 21.35, S.D.=1.30, = 23.05, S.D.=1.67, = 6.82, S.D.=0.41, = 7.65, S.D.=0.60, = 123/77 ,S.D.=8.84/4.33, = 138/86, S.D.=13.44/4.03, = 130.60, S.D.=21.57, = 165.87, S.D.=24.31 and = 90.50, S.D.=6.85, = 73.77, S.D.=9.27 respectively).

Keywords : chronic kidney disease, diabetic nephropathy, prevention of diabetic nephropathy, model development

บทนำ

โรคไตจากเบาหวาน (diabetic nephropathy) เป็นภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่สำคัญของโรคเบาหวานและเป็นสาเหตุหลักของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end-stage renal disease: ESRD) เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของไต¹ พบมากที่สุดคือผู้ป่วยโรคเบาหวาน² โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2³ ปัจจุบันโรคไตเรื้อรังพบอุบัติการณ์ทั่วโลกสูงขึ้นเรื่อยๆ อยู่ระหว่างร้อยละ 3.2-7.6 ต่อปี⁴ สำหรับประเทศไทยจากสถิติการสำรวจโดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยไตวายทุกระยะร้อยละ 17.5 ของประชากรทั้งหมดหรือประมาณ 11.44 ล้านคน⁵ ทำให้ภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น⁶ ผู้ป่วยต้องทนต่อความทุกข์ทรมานจากตัวโรคและการรักษา⁶ ส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิต⁷ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากถึง 2,000 รายต่อปี⁸ จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง มีภาวะเสี่ยงต่อโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรังและมีแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์โรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นจนต้องได้รับผลกระทบของโรคไตเรื้อรังตามมา

การป้องกันการเสื่อมของไตและการชะลอการเสื่อมของไตจนเกิดโรคไตเรื้อรังจึงถือว่าเป็นวิธีการจัดการดูแลที่ตรงจุดและเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด⁹ การลดผลกระทบดังกล่าว โดยเริ่มจากการดำเนินการป้องกันการเสื่อมของไตจนเกิดโรคไต

เรื้อรังจึงเป็นวิธีการจัดการดูแลที่ดีที่สุด อย่างไรก็ตามโรคไตจากเบาหวานถือได้ว่าเป็นฆาตรกรเงียบเนื่องจากเมื่อเริ่มเป็นจะไม่ค่อยปรากฏอาการที่บ่งชี้ถึงความผิดปกติให้เห็นชัดเจน บางรายไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะไตเสื่อมหรือบางรายแม้ทราบแต่ก็ละเลยไม่สนใจรักษาเพราะรู้สึกปกติสบายดี จึงทำให้ขาดการตระหนักถึงการควบคุมภาวะโรคและการป้องกันการเกิดไตเรื้อรัง¹ ดังนั้นถ้าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังที่ถูกต้องก็จะช่วยชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังตามมา

โรงพยาบาลโพนสวรรค์ อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จากการสำรวจสถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในปี พ.ศ. 2560-2562 มีผู้ป่วยที่มารับบริการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งสิ้น จำนวน 2,561, 2,631 และ 2,644 รายตามลำดับ โดยพบว่ามีความเสี่ยงมาจากโรคเบาหวานมากที่สุด จำนวน 887, 818 และ 876 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 34.6, 31.1 และ 33.13 ตามลำดับ ทั้งนี้โดยส่วนใหญ่จะเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าร้อยละ 90 (งานคลินิกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม ตั้งแต่ 1 ต.ค. 2560-30 ก.ย. 2561) คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ให้บริการเชิงรับแก่ผู้ป่วยเบาหวานในเขตอำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม มีรูปแบบแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในการป้องกันการเกิดโรคไต

จากเบาหวาน โดยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน จะรับเข้าคลินิกโรคเบาหวาน เมื่อผู้ป่วยมารับบริการจะได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่ห้องปฏิบัติการ การให้สุขศึกษาโดยเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในคลินิกโรคเบาหวาน รอรับการตรวจโดยแพทย์ประจำคลินิก และการนัดเพื่อมารับการตรวจในครั้งต่อไป ถึงแม้โรงพยาบาลโพสวรรณจะมีแนวทางในการดูแล แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาพบว่า ผู้ป่วยพบว่ามีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เช่น การใช้ยาไม่ถูกต้อง การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไข้ยาผิดขนาด ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ในด้านการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ บางรายสูบบุหรี่ ผู้ป่วยรับประทานอาหารรสเค็ม บางรายไม่ออกกำลังกายเนื่องจากคิดว่าการทำงานคือการออกกำลังกาย บางครั้งมีการดื่มสุราระหว่างทำงานและภายหลังการทำงาน บางรายทานยาแก้ปวดทั้งที่ไม่ปวดเนื่องจากเกรงว่าหลังทำงานจะเกิดอาการอักเสบ บางรายหลังทำงานก็ทานยาแก้ปวดป้องกันเอาไว้ นอกจากนี้บางรายพบว่ามีอาการกลั้นปัสสาวะบ่อยครั้ง บางรายดื่มน้ำน้อย รวมถึงชอบรับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นจึงยังพบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคไตจากเบาหวานในโรงพยาบาลโพสวรรณเพิ่มขึ้น ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง มีภาวะเสี่ยงต่อโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรัง และมีแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์โรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นจนต้องได้รับผลกระทบของโรคไตเรื้อรัง ดังนั้น การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เหมาะสมตามบริบทและมีความต่อเนื่องจะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพของผู้ป่วยตามมา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบฯ โดยใช้กระบวนการ PDCA ในการดำเนินการเพื่อ

ช่วยประคับประคองให้ทำหน้าที่ได้ดี ชะลอการเสื่อมของไตให้ช้าลงซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน ตำบลโพสวรรณ อำเภอนครพนม จังหวัดนครพนม

2. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน ตำบลโพสวรรณ อำเภอนครพนม จังหวัดนครพนม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้ 1) ทีมสุขภาพ คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด นักโภชนาการ และนักจิตวิทยา และ 2) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลโพสวรรณ จังหวัดนครพนม

กลุ่มตัวอย่างคือ 1) กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 การวางแผน ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบ/แก้ไข และขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงระบบของทีมสุขภาพ คือ ทีมสุขภาพซึ่งเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลโพสวรรณ จังหวัดนครพนม ประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด นักโภชนาการ และนักจิตวิทยา จำนวน 30 คน และ 2) กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 2 คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลโพสวรรณ จังหวัดนครพนม ดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2562 ระยะเวลา 3 เดือน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G*power เลือกการทดสอบทางเดียว กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) จากค่ามาตรฐานกลาง ได้

เท่ากับ 0.50 ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) 80% ได้กลุ่มตัวอย่าง 36 คนและป้องกันการถอนตัว (Drop out) ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับคุณลักษณะประชากร จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน สิทธิการรักษา ประวัติโรคไตของบุคคลในครอบครัว การเคยได้รับความรู้เรื่องโรคไตจากเบาหวาน การมารับการตรวจตามนัด

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวาน มีรายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องโรคไตเบาหวาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดไตเสื่อม 2 ด้าน คือ 1. พฤติกรรมการควบคุมภาวะโรคเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย การควบคุมระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือด การควบคุมอาหาร การควบคุมระดับความดันโลหิตสูง การควบคุมระดับ cholesterol ในเลือด การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน การควบคุมภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ และการมาตรวจตามนัด และ 2. พฤติกรรมทั่วไปในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย การออกกำลังกายและการพักผ่อน การจัดการกับความเครียด การควบคุมน้ำดื่ม การหลีกเลี่ยงการกลั้นปัสสาวะเป็นเวลานานๆ การรักษาความสะอาดของร่างกาย การหลีกเลี่ยงการติดเชื่อ การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์

การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การหลีกเลี่ยงกลุ่มยาที่อาจมีผลต่อไต และการไม่หลงเชื่อคำโฆษณา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 1) แผนการสอนเรื่อง การจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน ประกอบด้วย ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวาน และความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน และ 2) คู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวาน และการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ซึ่งได้เท่ากับ 1 และนำเครื่องมือแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวาน มาคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ผลความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ 0.86 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน มาคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha's Coefficient) ได้เท่ากับ 0.81

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้ศึกษาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งดูจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

2. ผู้ศึกษาแนะนำตัวกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ขณะที่รอการตรวจหรือภายหลังตรวจเสร็จเพื่อขอความร่วมมือและขอความสมัครใจในการสัมภาษณ์และการเข้าร่วมการศึกษาและเมื่อผู้เข้าร่วมการศึกษามีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาโดยการลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

3. การดำเนินการศึกษา ตามกิจกรรมที่กำหนดในรูปแบบฯ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดัง

รายละเอียดต่อไปนี้ 1) ขั้นตอนการวางแผน (Plan) เป็นกระบวนการวางแผนพัฒนารูปแบบฯ โดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับรูปแบบฯ 2) ขั้นตอนดำเนินการ (D=Do) เป็นกระบวนการปฏิบัติตามแผนพัฒนารูปแบบฯ ตามที่ได้กำหนดไว้ 3) ขั้นตอนตรวจสอบและศึกษาผล (C=Check) เป็นการกำกับ ติดตามการดำเนินงานในตามแผนพัฒนารูปแบบฯ ตามที่ได้กำหนดไว้ ร่วมกับการประชุมแลกเปลี่ยนถอดบทเรียนของ ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคในการทำงานเพื่อปรับปรุงแก้ไข 4) ขั้นตอนการรักษาระยะและคงไว้ซึ่งคุณภาพ (A=Action) เป็นการปรับปรุง แก้ไขรูปแบบฯ โดยการ (1) กำหนดปัญหาการปฏิบัติงานที่ต้องการแก้ไข หรือปรับปรุง (2) เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์และตรวจสอบการดำเนินงานหรือหาสาเหตุของปัญหา (3) ประชุม ทีมสหวิชาชีพโดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาระดมความคิด วิเคราะห์ปัญหา และวิธีการแก้ปัญหา (4) จัดทำรูปแบบฯ และ (5) ประเมินผลโดยการใช้แบบประเมินต่างๆ หลังใช้รูปแบบฯ ประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวาน แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน การตรวจประเมินทางห้องปฏิบัติการ สรุปและวิเคราะห์ ข้อมูลตามรูปแบบฯ ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์และสังเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เปรียบเทียบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่การสร้างข้อสรุปโดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์ ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ สังเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การสร้างข้อสรุปโดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์ ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวาน พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และ

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์และสังเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เปรียบเทียบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่การสร้างข้อสรุปโดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์ และขั้นตอนที่ 5 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวาน พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน ชนิดที่ 2 และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยใช้สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์หาค่า t (t-test) ชนิด dependent Sample t-test **จริยธรรมในการวิจัย**

งานวิจัยนี้ ดำเนินการตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice)⁸

ผลการศึกษา

รูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน ตำบลโพธิ์พนม อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดนครพนม พบว่ากระบวนการพัฒนาโดยมีส่วนร่วมของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ 5 กิจกรรม คือ กิจกรรมครั้งที่ 1 : สอบถามข้อมูลทั่วไป ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวาน พฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจระดับความดันโลหิต และการตรวจการทำงานของไตก่อนเข้าร่วมวิจัยและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวาน จำนวน 6 ฐาน ดังนี้ ฐานที่ 1 : “ตะ เตือน ไต” เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง โดยใช้แผ่นพลิก เนื้อหาประกอบด้วย ความหมาย เกณฑ์การประเมินสาเหตุ อาการ และการรักษาโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ระดับความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังของตนเอง ฐานที่ 2 : “ไขมันตัวร้ายไต” เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการชะลอการเสื่อมของไต โดยใช้แผ่นพลิก เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับภัยของไขมันต่อการ

ทำงานของไต พฤติกรรมการควบคุมระดับไขมัน เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ฐานที่ 3 : “คุมดันกันภัยไต” เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการชะลอการเสื่อมของไต โดยใช้แผ่นพลิก เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับภัยของความดันโลหิตสูงที่มีผลต่อการทำงานของไต พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ฐานที่ 4 : “ลดหวาน ชะลอไตเสื่อม” เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการชะลอการเสื่อมของไต โดยใช้แผ่นพลิก เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับภัยของระดับน้ำตาลในเลือดที่มีผลต่อการทำงานของไต พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ฐานที่ 5 : “รักษไต” เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการชะลอการเสื่อมของไต โดยใช้แผ่นพลิก เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเสื่อมของไตทั่วไป และพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และฐานที่ 6 : “แลกยา แลใจ ไตไม่เสื่อม” เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการชะลอการเสื่อมของไตแก่ญาติผู้ป่วย โดยใช้แผ่นพลิก เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการชะลอการเสื่อมของไต

กิจกรรมครั้งที่ 2 : การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน เนื้อหาประกอบด้วย พฤติกรรมต่างๆ ไป ในการควบคุมโรคเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน และพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคไตจากเบาหวาน

กิจกรรมครั้งที่ 3 : การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง เนื้อหาประกอบด้วย การจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน และการจัดการตนเองในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคไตจากเบาหวาน

กิจกรรมครั้งที่ 4 : การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้คู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิด

โรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย การจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน และการจัดการตนเองในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคไตจากเบาหวาน

กิจกรรมครั้งที่ 5 : การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวาน พฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจระดับความดันโลหิต และการตรวจการทำงานของไตหลังเข้าร่วมวิจัย

ผลของรูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน ตำบลโพธิ์สวรรค์ อำเภอโพธิ์สวรรค์ จังหวัดนครพนม

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 72.5 เป็นเพศหญิง มีอายุต่ำสุด 39 ปี อายุสูงสุด 67 ปี อายุเฉลี่ย 56 ปี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.5 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 52.5 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 87.5 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 1,500 บาท ร้อยละ 37.5 มีระยะเวลาการเกิดโรคเบาหวานระยะเวลาการเกิดโรคต่ำสุด 10 ปี ระยะเวลาการเกิดโรคสูงสุด 28 ปี ระยะเวลาการเกิดโรคเฉลี่ย 10 ปี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.5 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังของบุคคลในครอบครัว ในขณะที่ร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่ได้ข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 100

ความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองอยู่ในระดับดี ($\bar{x}=14.70$, S.D.=3.59) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$

=18.57, S.D.=0.59) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตของ

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=40)

ข้อมูล	ก่อนทดลอง (n=40)			หลังทดลอง (n=40)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
ความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	14.70	3.59	ดี	18.57	0.59	ดี	-7.44	39	.000

พฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 72.37$, S.D.=6.49) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่

ในระดับดี ($\bar{x} = 94.42$, S.D.=4.59) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 (n=40)

ข้อมูล	ก่อนทดลอง (n=40)			หลังทดลอง (n=40)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
ด้านพฤติกรรมในการควบคุมภาวะโรคเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง	34.22	1.31	ต่ำ	48.45	2.13	ดี	-36.65	39	0.000
ด้านพฤติกรรมต่างๆ ไปในการควบคุมปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคไตเรื้อรัง	37.15	1.40	ต่ำ	54.17	4.41	ดี	-24.31	39	0.000
พฤติกรรมในการควบคุมภาวะโรคเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยภาพรวม	72.37	6.49	ปานกลาง	94.42	4.59	ดี	-16.30	39	0.000

ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิต และอัตราการกรองของไต (eGFRs) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากผลการศึกษาพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI)

ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง

ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ความดันโลหิต (Blood Pressure) ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4) ระดับไขมันในเลือด (LDL) ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 5) อัตราการกรองของไต (eGFRs) ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

0.05 ($\bar{x} = 21.35$, S.D.=1.30, $\bar{x} = 23.05$, S.D.=1.67, $\bar{x} = 6.82$, S.D.=0.41, $\bar{x} = 7.65$, S.D.=0.60, $\bar{x} = 123/77$, S.D.=8.84/4.33, $\bar{x} = 138/86$, S.D.=13.44/4.03, $\bar{x} = 130.60$, S.D.=21.57, $\bar{x} = 165.87$, S.D.=24.31 และ $\bar{x} = 90.50$, S.D.=6.85, $\bar{x} = 73.77$, S.D.=9.27 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิต และ eGFRs ของกลุ่มตัวอย่าง (n=40)

ข้อมูล	ก่อนทดลอง (n=40)		หลังทดลอง (n=40)		t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ดัชนีมวลกาย (BMI)	23.05	1.67	21.35	1.30	11.82	39	0.000
ระดับน้ำตาลในเลือด	7.65	0.60	6.82	0.41	10.84	39	0.000
ความดันโลหิต Systolic	138	13.44	123	8.84	8.91	39	0.000
ความดันโลหิต Diastolic	86	4.03	77	4.43	11.60	39	0.000
ระดับไขมันในเลือด	165.87	24.31	130.60	21.57	25.59	39	0.000
อัตราการกรองของไต	73.77	9.27	90.50	6.85	-12.24	39	0.000

สรุปและการอภิปรายผล

1. รูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน ตำบลโพธิ์สวรรค์ อำเภอโพธิ์สวรรค์ จังหวัดนครพนม จำนวน 5 กิจกรรม คือ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวาน จำนวน 6 ชั่วโมง 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้คู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง และ 5) การวัดและประเมินผล อาจกล่าวสรุปได้ว่า แต่ละกิจกรรมจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวาน การป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวานได้ ซึ่งกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่สำคัญเริ่มต้นที่ดีต้องเริ่มจากขั้นการ

วางแผนเป็นขั้นตอนที่จะทำให้ผู้ศึกษาทราบปัญหาที่แท้จริงของหน่วยงาน และสามารถวางแผนการดำเนินงานเพื่อเลือกวิธีในการแก้ไขปัญหาข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานมากที่สุด ในขณะเดียวกันขั้นดำเนินการต้องมีกิจกรรมและตัวชี้วัดที่เหมาะสมชัดเจนเพื่อให้ผู้ปฏิบัติทราบเป้าหมายในการปฏิบัติงานได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น ขั้นตรวจสอบและศึกษาผลจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติได้ทราบถึงผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้มากน้อยเพียงใด ขั้นดำเนินการรักษาและคงไว้ซึ่งคุณภาพเป็นการปรับปรุงงานให้ดีขึ้นเป็นระยะตามความเหมาะสม ผลการวิเคราะห์ปัญหาทำให้เกิดความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสายชล ขุนหล้าได้ศึกษาการพัฒนาระบบการให้ความรู้มารดาหลังคลอดและครอบครัวเพื่อส่งเสริมการ

เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยกระบวนการพัฒนาใช้แนวทางการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องร่วมกับการใช้ Deming Cycle (Plan Do Check Act: PDCA) โดยในขั้นวางแผนมีการประชุมผู้ที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาบุคลากรโดยการจัดอบรม การกำหนดตัวชี้วัด ขั้นปฏิบัติการมีการพัฒนาบุคลากร การพัฒนาระบบการให้ความรู้มารดาหลังคลอดและครอบครัวและการกำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินผล ขั้นประเมินผลประเมินผลทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ⁹

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x} = 18.57$, S.D.=0.59; $\bar{x} = 14.70$, S.D.=3.59) สามารถอธิบายได้ว่า รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง เน้นการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองทั้งการควบคุมภาวะโรคเบาหวาน ประกอบด้วย การจัดการตนเองด้านอาหาร การจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย การจัดการตนเองด้านการรับประทานยา และการจัดการตนเองเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไต รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากแพทย์ พยาบาลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการชะลอการเสื่อมของไต จึงทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังภาพรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ ฤงทอง, ทิพนาส ชินวงศ์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ พบว่าหลังได้โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ในการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁹ และการศึกษาของอัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้น และเพ็ญศรี จาประไพ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการใช้รูปแบบการ

พยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05¹⁰

ด้านพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x} = 94.42$, S.D.=4.59; $\bar{x} = 72.37$, S.D.=6.49) สามารถอธิบายได้ว่า รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง เน้นการส่งเสริมการจัดการตนเองทั้งการควบคุมภาวะโรคเบาหวาน และการจัดการตนเองเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไต มีกระบวนการส่งเสริมการให้ความรู้ และการจัดการตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ทั้งด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย การรับประทานยา และมีการใช้คู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตจากเบาหวาน ซึ่งในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมในการคิด วิเคราะห์และเป็น Role model ทั้งทางด้านดีและไม่ดี รวมทั้งมีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวานด้วยตนเอง จึงทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไตของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ ฤงทอง, ทิพนาส ชินวงศ์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ พบว่าหลังได้โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁹ และการศึกษาของนิรมล สบายสุข, ปนหทัย ศุภเมธพร และณิกานต ทรงไทย พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05¹¹

ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และ eGFRs พบว่า หลังการทดลองดีกว่าก่อนการ

ทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x}$ = 21.35, S.D.=1.30, $\bar{x}$ = 23.05, S.D.=1.67, $\bar{x}$ = 6.82, S.D.=0.41, $\bar{x}$ = 7.65, S.D.=0.60, $\bar{x}$ = 123/77, S.D.=8.84/4.33, $\bar{x}$ = 138/86, S.D.=13.44/4.03, $\bar{x}$ = 130.60, S.D.=21.57, $\bar{x}$ = 165.87, S.D.=24.31 และ $\bar{x}$ = 90.50, S.D.=6.85, $\bar{x}$ = 73.77, S.D.=9.27 ตามลำดับ) สามารถอธิบายได้ว่า อาจเป็นเพราะว่าก่อนการทดลองมีการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพ มีการคืนข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละคน มีการกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเอง รวมทั้งในกระบวนการดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบและวิธีการในการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน ตามบริบทของตนเอง นอกจากนั้นการให้ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงรายบุคคล ร่วมกับการทำกลุ่มทำให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงภาวะสุขภาพของตนเอง เกิดความกลัว วิดกกังวล จึงสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้น และรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง เน้นการส่งเสริมการจัดการตนเองทั้งการควบคุมภาวะโรคเบาหวาน ประกอบด้วย การจัดการตนเองด้านอาหาร การจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย การจัดการตนเองด้านการรับประทานยาและการจัดการตนเองเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไต จึงทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและพฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไตโดยภาพรวมหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่งผลให้ดัชนีชี้วัด

ทางด้านสุขภาพดีขึ้นตามมา ดังการศึกษาของ อัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้น และเพ็ญศรี จาบประไพ พบว่าตัวชี้วัดทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง, ระดับ HbA1c, ระดับครีเอตินิน และอัตราการกรองของไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05¹⁰

ข้อเสนอแนะ

1) ควรนำแนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวานไปใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยกำหนดเป็นนโยบายในระดับจังหวัด เพื่อขับเคลื่อนลงสู่หน่วยงานบริการระดับปฐมภูมินำสู่การเกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ

2) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบโดยกำหนดกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ บุคลากรทีมสุขภาพ ตลอดจนผู้ร่วมงานที่ให้ความร่วมมือ ให้ความสะดวกในการพัฒนาแนวปฏิบัติ การเก็บรวบรวมข้อมูล และที่สำคัญยิ่งขอขอบคุณที่เสียสละเวลาในการทำงานเพิ่มขึ้นระหว่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข. (2550). โรคไตจากเบาหวาน (Diabetic Nephropathy). ใน สมชาย เอี่ยมกลาง, เกรียง ตั้งสง่า, และเกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ (บรรณาธิการ). โรคไต กลไก พยาธิสรีรวิทยา การรักษา. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
2. Burrows-Hudson, S. (2010). Chronic kidney disease: An overview. *American Journal of Nursing*, 105(2), 41-49.
3. Richard, C.L. (2006). Self-care management in adult undergoing hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 33(4), 387-392.
4. นุสรา วิโรจนกุล. (2560). ผลของโปรแกรมการพัฒนาคำรู้ การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วม ของ ผู้ดูแลต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดและการชะลอความเสื่อมของไต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*. 31(1), 41-48.
5. จุฑามาศ เกษศิลป์, พาณี วิรัชกุล และอรุณี หล่อนิล. (2556). การจัดการดูแลตนเอง ความรู้ คุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ก่อน-หลัง เข้าโปรแกรมการจัดการการดูแลตนเองในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ในเขต อ.เมือง จ.อุทัยธานี. *วารสารกองการพยาบาล*, 40(1), 85-102.
6. คัทลียา อุดติ, & ณัฐนิช จันทจิรโกวิท. (2550). ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องต่อเนื่อง. *สงขลา นครินทร์เวชสาร*, 25(3), 171-177.
7. อัมพร ซอฐานานุกิตต์. (2551). บทบาทของพยาบาลกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *Journal Nursing Science*, 26(2-3), 33-42.
8. บุปผา ศิริศรีศรี, จรรยา เศรษฐบุตร, & เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติง. (2544). จริยธรรมสำหรับการศึกษา ในคน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
9. ศิริลักษณ์ ฤงทอง และคณะ. (2558). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อ ชะลอไตเสื่อมจาก เบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิด ที่ 2 ที่ไม่สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(1), 67-84.
10. อัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้น และ เพ็ญศรี จาบประไพ. (2560). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย เบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 7(3), 280-291.
11. นิยมล สบายสุข, ปนหทัย ศุภเมธพร และณิกานต์ ทรงไทย. (2561). ศึกษาผลของโปรแกรม สนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและอัตราการกรองของไตของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์. ฉบับพิเศษ*, 137-150.

การพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านขาม ป้อม หมู่ 4,12 ตำบลข้าวเรียง อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดขอนแก่น

The Health Behavior Modification Village Model Development in COVID-19 Prevention with Participation in Ban Kham Pom Community, Moo 4,12

Khua Reang Sub-District, Chum Phae District, Khonkaen Province

(Received: December 27,2023 ; Revised: December 28,2023 ; Accepted: December 29,2023)

วรรณกร ตาบ้านตู¹ นพพร การถัก¹ เกื้อกุล เพ็ชรสันต¹

Wanakorn Tabandu¹ Nopporn Karnthak¹ Kuakul Pethsantad¹

บทคัดย่อ

การพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลข้าวเรียง อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดขอนแก่น เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยแบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาบริบทของปัญหาการป้องกันการโรคโควิด-19ในชุมชนระยะที่ 2 เพื่อพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลข้าวเรียง อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดขอนแก่นและ ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้ให้ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย ตัวแทนครัวเรือน จำนวน 40 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 32 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน 2 คน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน 2 คน และ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 2 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรู้ และพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 แบบสอบถาม แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบสนทนากลุ่ม โดยเครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และหาความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาชได้ค่าเท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า 1) การพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยหลัก 5 ก. ดังนี้ 1) กรรมการ 2.) กองทุน 3). กิจกรรม 4.) การคัดกรอง 5.) กักตัว 2) ประเมินผลการพัฒนารูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า (1) ไม่พบผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในระยะเวลาการศึกษา (2) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันการโรคโควิด-19 โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 3.86 ± 0.59) และทุกด้านอยู่ในระดับมาก (3) กระบวนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันการโรคโควิด-19 โดยภาพรวมอยู่ในระดับ มาก (Mean 3.88 ± 0.67) และทุกด้านอยู่ในระดับมา (4) ความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันการโรคโควิด-19 โดยภาพรวมอยู่ในระดับ มาก (Mean 4.12 ± 0.51) และ (5) เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ขึ้นพื้นฐานในการป้องกันการโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.027) และพฤติกรรมด้านสุขภาพขึ้นพื้นฐานการป้องกันการโรคโควิด-19สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

คำสำคัญ : หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม,การป้องกันการโรคโควิด-19, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

The model development of the COVID-19 prevention behavioral modification village through community participation in Khua Rieng sub-district, Chum Phae district, Khon Kaen province was conducted by a participatory action research study. The research was divided into 3 phases. The first phase was to study the context of the problem of COVID-19 prevention in the community. The second phase was to develop the COVID-19 prevention behavioral modification village model through community participation in Khua Rieng sub-district, Chum Phae

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

district, Khon Kaen province. And the final phase was to evaluate the development of the developed model. The contributors and research participants consisted of 40 representatives of households; 32 village health volunteers; 2 representatives of community leaders; 2 sub-district administrative organization officials; and 2 sub-district health promoting hospital staff. Data was gathered using a knowledge and behavioral survey, a questionnaire, a satisfaction assessment, and a group discussion on COVID-19 prevention. The tools had been thoroughly examined by three experts. The reliability was determined using the Cronbach's alpha coefficient, which was 0.92. Quantitative data was analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. Content analysis was used to analyze qualitative data.

Result: 1) Developing the COVID-19 prevention behavioral modification village through community participation by implementing the five principles as follows: committee, fund, activities, screening, and quarantine. 2) Evaluating the model development of the village model for COVID-19 prevention behavioral modification through community participation, we found that (1) there were no cases of COVID-19 during the study period, (2) overall the community's participation in the COVID-19 prevention behavioral modification village development was at a high level (Mean 3.86 ± 0.59), and all aspects were also at a high level, (3) the COVID-19 prevention behavioral modification village development process was overall at a high level (Mean 3.88 ± 0.67) including all aspects, (4) the overall level of satisfaction with the COVID-19 prevention behavioral modification village development process was at a high level (Mean 4.12 ± 0.51), and (5) a comparison of the mean scores of COVID-19 prevention basic health literacy was found to be significantly higher than before participation (p -value = 0.027), and COVID-19 preventive basic health behaviors were significantly greater than ever ability to participate (p -value < 0.001).

Keywords: Behavioral Modification Village, COVID-19 Prevention, Community Participation

บทนำ

จากสถานการณ์ การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากเมืองอู่ฮั่นและมณฑลหูเป่ย์ในประเทศจีนในช่วงเดือน ธันวาคม 2562 และมีการระบาดใหญ่ (Pandemic) ทั่วโลก ซึ่งโรคนี้ทำให้เกิดอาการป่วยในระบบทางเดินหายใจ โดยมีอาการ ไข้ ไอ เจ็บคอ ปวดเมื่อยตามตัว และหายใจลำบากในรายที่มีอาการรุนแรง โดยหลักแล้วโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แพร่กระจายผ่านการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อที่ไอหรือจามออกมา รวมถึงการสัมผัสพื้นผิวหรือวัตถุที่มีไวรัสอยู่ แล้วไปสัมผัสดวงตา จมูก หรือปากของตัวเอง จากการระบาดของโรคตั้งแต่เดือน มกราคม-มีนาคม 2563 ผ่านมา 3 เดือน มีรายงานผู้ป่วยยืนยันทั่วโลกรวม 185 ประเทศ 2 เขตบริหารพิเศษ 1 นครรัฐเรือ Diamond Princess และเรือ Grands Princess ในวันที่ 22 มีนาคม 2563 จำนวน 308,615 รายมีอาการรุนแรง 9,943 ราย เสียชีวิต 13,071 ราย¹ สำหรับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทยจากการคัด

กรองตามนियามการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สะสมตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 21 มีนาคม 2563 รวมทั้งสิ้น 34,696 เทียบกับผู้เดินทางได้รับการคัดกรองสะสมรวม 4,173,802 รายพบผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้ตามนियามการคัดกรองจำนวน 353 ราย การคัดกรองผู้เดินทางที่ทำเรือตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 21 มีนาคม 2563 มียอดการคัดกรองเรือสะสม 1,040 ลำมีผู้เดินทางได้รับการคัดกรองสะสมรวม 125,277 รายพบผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้ตามนियามการคัดกรองจำนวน 2 รายการคัดกรองผู้เดินทางผ่านด่านพรมแดนทางบกตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2563 ถึง 21 มีนาคม 2563 มีผู้ได้รับการคัดกรองสะสมรวม 1,588,720 รายและการคัดกรองผู้มาต่ออายุหนังสือเดินทางที่สำนักงานตรวจคนเข้าเมืองแจ้งวัฒนะตั้งแต่วันที่ 30 มกราคม 2563 ถึง 20 มีนาคม 2563 ได้ทำการคัดกรองรวมทั้งสิ้น 116,702 รายรวมพบผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้ตามนियามการคัดกรองที่ช่องทางเข้าออกประเทศจำนวน 10,925 รายผู้ป่วยยืนยันสะสม 599 รายหายป่วยและแพทย์

อนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาล 52 ราย อยู่ระหว่างการรักษาพยาบาล 546 ราย เสียชีวิต 1 ราย ผู้ป่วยยืนยันที่มีอาการรุนแรง จำนวน 7 ราย¹ สำหรับสถานการณ์ โรคโควิด-19 จังหวัดขอนแก่น พบกลุ่มเสี่ยงที่ติดตามทั้งหมด 3,867 ราย กลุ่มเสี่ยงอยู่ในระยะติดตาม 2,160 ราย กลุ่มเสี่ยงครบการติดตาม 14 วัน 1,707 ราย ติดเชื้อ 3 ราย รักษาหาย 3 ราย เสียชีวิต 0 ราย² จากปัญหาการระบาดและความรุนแรงของโรคทำให้มีผู้ติดเชื้อ และเสียชีวิตเนื่องจากเป็นโรคติดต่อที่ยังไม่มียารักษา และแนวทางป้องกันการระบาดที่ถูกต้อง ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจทั่วโลก และ การปิดประเทศ และ จังหวัดขอนแก่น ที่ปิดเมือง ปิดโรงเรียน และสถานที่ที่เป็นแหล่งชุมนุมของคนจำนวนมาก รวมทั้งการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป ทุกอำเภอพบกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด-19 กระจายในหลายพื้นที่ รวมทั้งอำเภอชุมแพ ที่พบว่ามียุทธศาสตร์ที่กลับจากต่างประเทศ และต่างจังหวัด ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบว่ามีระบาดของโรคโควิด-19 เดินทางกลับภูมิลำเนา และตำบลข้าวเรียง เป็นอีกหนึ่งตำบลที่พบปัญหาในการดำเนินงานป้องกันโรคโควิด-19 โดยมีผู้เดินทางกลับจากประเทศเกาหลีจำนวน 5 คน และกลุ่มเสี่ยงเดินทางกลับจากต่างจังหวัด ได้แก่ เขต กรุงเทพมหานคร และเขตปริมณฑล จำนวน 105 คน³ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ปฏิเสธการกักตัว(Home Quarantine) จำนวน 14 วัน รวมทั้งการจัดงานประเพณีต่างๆที่ยังไม่มีมาตรการหรือข้อตกลงของชุมชนในการป้องกันโรคโควิด-19 เช่นการจัดงานศพ และนอกจากนั้นยังพบปัญหาในการไปรับบริการการดูแลสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน เช่น การรับยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ, การรับวัคซีนในเด็ก ฯลฯ ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง³ ดังนั้นเพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ที่มีประสิทธิภาพ ต้องเกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และที่สำคัญคือ ภาคประชาชน รวมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนในพื้นที่เพื่อช่วยในการพัฒนาการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ทั้งนี้การสนับสนุนทรัพยากรจำเป็นต้องอาศัยจากองค์การ

ปกครองส่วนท้องถิ่นในรูปของวัสดุอุปกรณ์ เช่น หน้ากากผ้าอนามัย เจลล้างมือ เทอร์โมสแกนในการวัดไข้ การสนับสนุนการทำอาชีพเสริมจากพัฒนาชุมชน การจัดทำกิจกรรมเพื่อการรณรงค์ประชาสัมพันธ์การป้องกันโรค แต่ยังพบว่ามาตรการหรือแนวทางปฏิบัติรวมทั้งพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนในพื้นที่ไม่ปฏิบัติตามเรื่อง ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการระบาดในระลอก 2 อาจเนื่องมาจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคโควิด-19 ยังไม่ครอบคลุมทุกประเด็น และยังไม่มีแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของบ้านขามป้อม หมู่ 4,12 ตำบลข้าวเรียง อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น นอกจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ของชุมชนแล้ว การมีส่วนร่วมของชุมชน⁽⁴⁾ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งในการป้องกัน และควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทการป้องกันโรคโควิด-19 ในชุมชน ตำบลข้าวเรียง อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลข้าวเรียง อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ อบท. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม.ทุกคนทั้ง 2 หมู่บ้าน ตัวแทน

ครัวเรือนใน ตำบลข้าวเรียง อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัด
ขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

ผู้ร่วมงานวิจัย/กลุ่มผู้ให้ข้อมูล จำนวน 78 คน
ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่
อปท. จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 2 คน
อสม.ทุกคนทั้ง 2 หมู่บ้าน จำนวน 32 คน ตัวแทน
ครัวเรือนที่ได้รับการคัดเลือกทั้ง 2 หมู่ จำนวน 40
คน

กลุ่มตัวอย่างตัวแทนครัวเรือน 247 คนใน
การศึกษาความรอบรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรค
โควิด-19 ก่อนและหลังดำเนินการงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบวัด
ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและพฤติกรรมขั้น
พื้นฐานการป้องกันโรคโควิด-19 แบบสอบถาม แบบ
สนทนากลุ่ม และแบบประเมินความพึงพอใจโดย
แบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 4
ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ
คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถาม
เกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคโควิด-19 ส่วนที่ 3
เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนใน
การดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
การป้องกันโรคโควิด-19 ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค
และข้อเสนอแนะในการป้องกันโรคโควิด-19 ของชุมชน
เป็นคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ ให้ตอบได้อย่าง
อิสระ และแบบสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 3 ส่วน
ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่ม
เกี่ยวกับรูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สุขภาพการป้องกันโรคโควิด-19 บ้านขามป้อม หมู่
4,12 ตำบลข้าวเรียง อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดขอนแก่น
เป็นคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดย
อิสระ ส่วนที่ 2 เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่ม
เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ
ดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการ
ป้องกันโรคโควิด-19 เป็นคำถามปลายเปิดให้แสดง

ความคิดเห็นได้โดยอิสระ ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรค
และข้อเสนอแนะ รูปแบบในการดำเนินงานหมู่บ้าน
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันโรคโควิด-
19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชนของบ้านขามป้อม หมู่
4,12 ต.ข้าวเรียง อ.กุสุมาลย์ จ.ขอนแก่น เป็นคำถาม
ปลายเปิดให้เติมข้อความ ให้ตอบอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบ
ความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน นำไป
วิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถาม
โดยการวิเคราะห์รายข้อ (Item-Total Correlation)
จากนั้นนำแบบสอบถามมาทดสอบเพื่อวิเคราะห์หา
ความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามตาม
ลักษณะข้อกำหนดโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์
แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha
Coefficients) โดยพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ ตั้งแต่
0.70 ขึ้นไป จึงจะยอมรับว่ามีความเที่ยงหรือเชื่อถือ
ได้⁵ ซึ่งแบบสอบถามในการวิจัยนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์
แอลฟาของครอนบาชในภาพรวม ในด้านการมีส่วนร่วม
ของชุมชน และกระบวนการพัฒนาหมู่บ้าน
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้
เท่ากับ 0.93, 0.95

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบวัดแบบวัดความ
รอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและพฤติกรรมในการ
ป้องกันโรคโควิด-19 แบบสอบถาม แบบสนทนากลุ่ม
และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดย
ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่(Frequency) ค่า
ร้อยละ(Percentage) ค่าเฉลี่ย(Mean) ค่าส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard Deviation) ค่ามัธย
ฐาน(Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูง
(Maximum) เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล
ระดับ การมี ส่วน ร่วม ของ ชุม ชน ระดับ
กระบวนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยน ระดับความ
พึงพอใจ และเปรียบเทียบความแตกต่างทางด้านสถิติ
ของข้อมูลก่อน-หลังการดำเนินการ ด้วยสถิติ Paired
t-test

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม โดยจัดบันทึกข้อมูลประกอบกับ และการถ่ายภาพ เพื่อรวบรวมและนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) แปลความหมายและตีความข้อมูลที่ได้รับรวบรวมมา

จริยธรรมในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการอนุมัติรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ในวันที่ 8 ธันวาคม 2563 เลขที่ KEC63076/2563

ผลการวิจัย มีดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทของปัญหาการป้องกันโรคโควิด-19 ในชุมชนบ้านขามป้อม หมู่ 4,12 ตำบลข้าวเรียง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดขอนแก่น พบว่าสถานการณ์โรคโควิด-19 ของพื้นที่ ยังพบว่ามีการเดินทางของกลุ่มเสี่ยงเพื่อกลับมายังภูมิลำเนาทั้งจากต่างประเทศ และต่างจังหวัด ประชาชนวัยทำงานส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างซึ่งการรับจ้างจะเข้าไปทำงานรับจ้างในตลาด และทำงานในโรงงาน ผลิตเสื้อผ้ากีฬาที่เป็นบริษัทใหญ่มีลูกจ้างมาจากหลายพื้นที่และหลายอำเภอ ได้แก่ จังหวัดชัยภูมิ เพชรบูรณ์ หนองบัวลำภู ซึ่งทั้ง 2 อาชีพนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการได้รับเชื้อโควิด-19 และมีโอกาสเกิดการระบาดของโรคที่จะเกิดขึ้นในชุมชน และคนในครอบครัวมีความเสี่ยงสูงโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางที่จะติดเชื้อโควิด-19 จากกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว นอกจากนี้ประชาชนยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ที่ถูกต้องน้อยที่สุดคืองดการกินอาหารร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 85.02

รองลงมาคือผู้ที่กลับมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด เป็นกลุ่มเสี่ยงทุกคนถึงแม้จะยังไม่มีอาการ ร้อยละ 95.12 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ถูกต้องน้อยที่สุดคือ ไปร่วมงานสังสรรค์หรือกิจกรรมการรวมกลุ่ม ร้อยละ 79.09 รองลงมาคือใช้ของส่วนตัว ร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 82.23 กินอาหารที่ปรุงสุก ใหม่ ๆ ทุกมื้อ ร้อยละ 92.33 ตามลำดับ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ผู้ร่วมวิจัยได้รับการคืนข้อมูลจากการศึกษาบริบทของปัญหาการป้องกันโรคโควิด-19 ในชุมชนรวมทั้ง ผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนในพื้นที่ ที่ยังมีความรู้และความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงและปฏิบัติไม่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ประชุมระดมสมองภายใต้มาตรการการป้องกันโรคโควิด-19 ในการวางแผน (Plan) แก้ไขปัญหาพร้อมกับหาแนวทางในการดำเนินกิจกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ที่เหมาะสม มีการจัดอบรม เพื่อให้กลุ่มเครือข่ายสุขภาพในชุมชนได้มีความรู้ที่ถูกต้อง มีความมั่นใจ มีความเข้าใจในการป้องกันตนเอง มีความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปฏิบัติตามแผน (Action) การดำเนินงานของชุมชนจากการประชุมโดยนำเข้าสู่เวทีประชาคมของหมู่บ้านทั้ง 2 หมู่ เพื่อเป็นมติของชุมชนในการดำเนินโครงการโดยชุมชนร่วมกันดำเนินการรวมทั้งมาตรการหรือกติกาของหมู่บ้าน จากนั้นจะมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนในพื้นที่ (Observation) โดยคณะกรรมการหมู่บ้านหรือผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้เก็บข้อมูลจากการดำเนินกิจกรรมตั้งแต่การจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อแก้ไขปัญา และได้แนวทางในการปฏิบัติให้ประชาชนในพื้นที่ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในชุมชน และร่วมสังเกตพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวในงานบุญ งานประเพณีต่าง ถูกต้องหรือไม่ จากนั้นผู้วิจัยได้คืนข้อมูลและสรุปผลการดำเนินงาน การถอดบทเรียนในการป้องกันโรคโควิด-19 ให้กับผู้ร่วมวิจัยได้รับทราบทั้งกิจกรรมที่สำเร็จ และกิจกรรมที่ยังเป็นปัญหา (Reflection) เช่น การไม่ปฏิบัติตามมาตรการ/กติกาชุมชน คณะทำงานไม่ได้รับมอบหมายงานที่ชัดเจน ความไม่เข้าใจของชุมชนในจัดหาสถานที่กักตัว การบริหารจัดการวัสดุ-อุปกรณ์ ความวิตกกังวลของประชาชนที่มีต่อกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น ซึ่งทางผู้วิจัยได้

ดำเนินการศึกษาตามวงรอบ PAOR⁶ จำนวน 2 วงรอบ ภายใต้ข้อจำกัดจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 และจากการดำเนินงานของชุมชนในการป้องกันโรคโควิด-19 ทำให้ได้รูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยหลัก 5 ก.ดังนี้ **1. กรรมการ** ในการดำเนินกิจกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นคณะกรรมการชุดเดียวกันกับคณะกรรมการหมู่บ้าน วัด โรงเรียน โดยมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นที่ปรึกษาเพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการดังนี้ 1.1 คณะกรรมการอำนวยการ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน เจ้าอาวาส และคุณครูประจำโรงเรียนที่อยู่ในหมู่บ้าน ประธาน อสม.โดยทำหน้าที่ในการประชุมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และนำข้อมูลข่าวสาร ประกาศจังหวัด อำเภอ และสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 แจ้งให้ประชาชนในหมู่บ้านได้รับทราบอย่างรวดเร็วและถูกต้อง และการเตรียมสถานที่ในการกักตัวของลูกหลานที่เดินทางกลับจากพื้นที่เสี่ยง 1.2 คณะกรรมการดำเนินงาน โดยแบ่งบทบาทหน้าที่ดังนี้ คณะกรรมการคัดกรอง โดยแบ่งออกเป็นทีมซึ่งจะเป็นทีม ผู้นำ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และ อสม.ในการให้บริการคัดกรองสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางเข้ามาในหมู่บ้านที่ต้องคัดกรองผ่านจากด่านชุมชนของหมู่บ้าน พร้อมกับลงทะเบียน ชื่อ ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ของผู้เดินทางเข้าพื้นที่ และทำหน้าที่คัดกรองประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรมงานศพ งานแต่งงาน หรืองานประเพณีในพื้นที่ ด้วย และทีมที่ 2 เป็นทีมที่ให้บริการคัดกรองสำหรับประชาชนในหมู่บ้านที่ต้องเฝ้าระวัง การติดเชื้อโควิด-19 ในหมู่บ้านจะประกอบไปด้วย อสม.ของแต่ละหมู่บ้านในการออกให้บริการ โดยจะมีทะเบียนรายชื่อกลุ่มเปราะบาง กลุ่มป่วยที่ต้องเฝ้าระวังและติดตามเยี่ยมพร้อมคัดกรอง และทีมที่ 3 จะเป็นทีมออกติดตามกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยงเพื่อกลับมาที่บ้าน ซึ่งจะมีแบบฟอร์มการลงทะเบียนของคนในพื้นที่ ที่แจ้งมาที่ อสม. ผู้นำ หรือคนในครอบครัวเพื่อเตรียมสถานที่กักตัวเป็นสถานที่ที่ชุมชนหรือญาติ

ได้เตรียมไว้ให้ภายใต้ความเห็นชอบของชุมชนและคำแนะนำของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลข้าวเรียง และเจ้าหน้าที่ อบต.ข้าวเรียง การเตรียมเครื่องอุปโภคบริโภค ตลอดจนการกักตัวครบ 14 วัน ซึ่งทั้ง 3 ทีมจะหมุนเวียนภารกิจทุกๆ 14 วัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 หากพบทีมใดทีมหนึ่งมีการติดเชื้อเกิดขึ้น สมาชิกในทีมจะเข้าสู่อุปกรณ์กักตัวเพื่อสังเกตอาการ เพื่อลดความเสี่ยงและการแพร่กระจายของโรคโดยกักตัว 14 วัน แบ่งนำและเรื่องของ ประชาชนในหมู่บ้านและคนที่เดินทางจากต่างจังหวัดต่างพื้นที่ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่เข้ามาในพื้นที่ รวมทั้งการจัดหางบประมาณหาสิ่งของเครื่องใช้เครื่องอุปโภคบริโภคที่จำเป็นเพื่อจะสนับสนุนสำหรับคนในหมู่บ้านตนเอง การจัดและคัดแยกกลุ่มเสี่ยงในหมู่บ้านทั้ง 2 หมู่บ้านโดยมอบหมายแบ่งหน้าที่กันอย่างชัดเจนเพื่อให้ทันกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 คณะกรรมการรายงานการดำเนินงานซึ่งจะเป็นผู้ใหญ่บ้าน และประธาน อสม. ในการรายงานผลการดำเนินงาน ทั้งรายงานการคัดกรองที่ด่านชุมชน คัดกรองประชาชนในหมู่บ้าน และการรายงานการออกติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงที่กักตัวในพื้นที่เป็นรายวัน จนครบการกักตัว 14 วัน **2. กองทุน** เป็นกองทุนที่จัดขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน วัด และทางภาคเอกชนทั้งในและนอกพื้นที่ซึ่งมีกองทุนในการช่วยเหลือคนในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19 ดังนี้ 2.1 กองทุนหมู่บ้านที่จัดตั้งขึ้นในหมู่บ้านและบริหารจัดการโดยคณะกรรมการกองทุนของหมู่บ้าน เช่น กองทุนเงินล้านที่ได้จัดสรรงบประมาณในการบริหารจัดการบางส่วนในการสนับสนุนกิจกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต กลุ่มฌาปนกิจหมู่บ้าน โดย มีบทบาทในการสำรวจ/จัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้แก่ พรอท หน้ากากอนามัย ถุงมือ ถุงขยะ เครื่องอุปโภค บริโภค งบประมาณ รวมทั้งของบริจาคที่จะนำมาใช้หรือให้บริการสำหรับประชาชนในหมู่บ้านในการป้องกันโรคโควิด-19 รวมทั้งการสนับสนุนเครื่องอุปโภคบริโภคเมื่อเพื่อนบ้านต้องกักตัวตามมาตรการของ

ชุมชน 2.2 ภาคประชาชน ได้แก่ พ่อค้า คหบดี นักการเมือง และลูกหลานที่ทำงานในต่างประเทศ และต่างจังหวัด รวมถึงวัดประจำหมู่บ้าน ที่ร่วมบริจาคผ่านทางผู้นำและคณะกรรมการหมู่บ้าน ซึ่งได้ร่วมบริจาคในรูปของงบประมาณ เครื่องอุปโภคบริโภคที่จำเป็น ข้าวสาร อาหารแห้ง ให้กับชุมชน เพื่อช่วยเหลือในสถานการณ์โควิด-19 ระบาด นอกจากนี้ยังมีการบริจาคข้าวกล่อง และน้ำดื่ม สำหรับผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและกักตัวในพื้นที่อีกด้วย

2.3 หน่วยงานของรัฐที่สนับสนุนทั้งกิจกรรม แผนงาน โครงการ ในการแก้ไขปัญหา และการป้องกันโรคโควิด-19 โดยตรงได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลข้าวเรียง (อบต.ข้าวเรียง) ที่ได้จัดทำแผนแก้ไขปัญหา โดยการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ สถานที่ ทีมงาน งบประมาณ และอาหาร ในการสนับสนุน ตั้งทีมในการดำเนินงาน ป้องกันโรคโควิด-19 การจัดเตรียมสถานที่โดยใช้ห้องประชุม อบต.ข้าวเรียงในการเป็นสถานที่ในการกักตัวของผู้ที่เดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง

3. กิจกรรม สำหรับกิจกรรมหลักในการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งมีการดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการดำเนินกิจกรรม ซึ่งเป็นกิจกรรมต่างๆที่อยู่ในแผนงาน/โครงการ เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ดังนี้ การจัดกิจกรรมงานบุญงานบวช งานประเพณี งานศพ และการตามประเพณีต่างๆโดยจะมีกรรมการที่มีบทบาท ในด้านการดำเนินการ ดังนี้

3.1 การแจ้ง และประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตามมาตรการตามที่ประกาศจังหวัดขอนแก่น อำเภอชุมแพ และธรรมนูญตำบลข้าวเรียง เรื่องการงดรวมกลุ่ม การงดสังสรรค์ หรือการจัดกิจกรรมงานบุญงานประเพณี โดยให้ประชาชนทั้ง 2 หมู่บ้านถือปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ทั้งในกรณีต้องขออนุญาตจัดงานจากนายอำเภอ หรือจากเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ตำบล เพื่อให้การจัดกิจกรรมดังกล่าวเป็นไปตามมาตรการ และมาตรฐานที่กำหนด รวมทั้งการจัดทีมงานในการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว

3.2 การประเมินสถานที่เสี่ยงในการจัดงาน โดยให้เจ้าภาพแจ้งต่อผู้นำ อสม. เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อประเมินความพร้อมและ

สถานที่ในการจัดกิจกรรมให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด รวมทั้งความเหมาะสมในการตั้งจุดคัดกรอง และการเว้นระยะห่าง การทำทะเบียนให้ผู้เข้าร่วมงานได้ลงทะเบียนเพื่อพบมีผู้ติดเชื้อจะได้ประสานแจ้งให้เฝ้าระวังตนเอง และในการป้องกันโรคโควิด-19กับผู้เกี่ยวข้อง

3.3 กิจกรรมในตลาดชุมชนบ้านขามป้อม ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ อบต.ข้าวเรียง โดยจัดให้มีจุดคัดกรองที่ชัดเจน ประกอบด้วย การวัดไข้ การลงทะเบียน การเว้นระยะห่างของร้านค้าและแม่ค้า การจัดแอลกอฮอล์ล้างมือให้เพียงพอ ที่แผงร้านค้า จัดให้มีแอลกอฮอล์ล้างมือสำหรับลูกค้าของตนเอง และการสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาของแม่ค้าและผู้ซื้อ

3.4 มีระบบกำกับ ติดตาม และประเมินผล เพื่อสรุปรายงานกิจกรรม ทั้งในกลุ่มปกติ กลุ่มปกติเสี่ยง กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยในพื้นที่ เพื่อนำมาวิเคราะห์ค้นหาปัญหาที่ยังเป็นช่องว่างยังไม่ได้รับการแก้ไขปัญหา เพื่อนำเข้าสู่เวทีของการประชุม หัวหน้าส่วนราชการ ผู้บริหาร บุคลากรสาธารณสุข และเวทีคณะกรรมการป้องกันโรคโควิด-19ของตำบลข้าวเรียง โดยเฉพาะผู้นำ เครือข่ายสุขภาพบ้านขามป้อม และประชาชนทั้ง 2 หมู่บ้านที่จะต้องรับทราบถึงปัญหาที่ต้องนำมาวิเคราะห์ เพื่อวางแผนงาน/โครงการ ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นต่อไป จนกว่าปัญหานั้นจะได้รับการแก้ไขหรือลดลงตามความจำเป็นเร่งด่วนในการป้องกันโรคโควิด-19 แล้วจัดทำรายงานผลการดำเนินงานแก่ผู้เกี่ยวข้องต่อไป

4. การคัดกรอง โดยจะมี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองได้แก่

4.1 กลุ่มปกติที่อยู่ในชุมชน โดย อสม.ที่รับผิดชอบหลังคาเรือนออกติดตาม ประเมินความเสี่ยง อาการที่ผิดปกติของคนในครอบครัวที่ตนรับผิดชอบ รวมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว และประสาน อสม.ทางโทรศัพท์ หรือทางไลน์ กรณีมีอาการผิดปกติเพื่อขอรับการดูแลรักษา

4.2 กลุ่มปกติเสี่ยงที่เป็นกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ หรือกลุ่มที่มีโรคประจำตัว หญิงตั้งครรภ์ โดย อสม.จะมีกลุ่มหมายของแต่ละคนเพื่อเฝ้าระวังและคัดกรองตามระยะเวลาตามเกณฑ์กำหนด รวมทั้งการออกติดตามเยี่ยมให้การดูแล การ

นำยาโรคประจำตัวจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 4.3 กลุ่มเสี่ยงที่เดินทางจากเขตกรุงเทพมหานคร เขตปริมณฑล และพื้นที่เสี่ยงจะต้องแจ้งทางครอบครัวหรือญาติล่วงหน้า เพื่อให้ผู้นำและ อสม.ได้เตรียมความพร้อมในเรื่องสถานที่คำแนะนำการปฏิบัติตัวในการเข้าหมู่บ้านเพื่อรับการประเมินและคัดกรอง การเข้าสู่การกักตัวตามสถานที่ที่ทางชุมชนหรือทางญาติจัดให้และผ่านความเห็นชอบของชุมชนโดยญาติเป็นผู้ดูแลอาหารให้กลุ่มเสี่ยง 3 มื้อ โดยผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต้องกักตัว 14 วัน โดย อสม.รายงาน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกวัน นอกจากนี้ยังมีการคัดกรองโรคซึมเศร้าของกลุ่มเสี่ยงโดยใช้แบบประเมินคำถาม 2 Q เมื่อมีข้อใดข้อหนึ่งให้รายงานเจ้าหน้าที่ รพ.สต.เพื่อรับคำปรึกษาแบบออนไลน์ โดยทางองค์การบริหารส่วนตำบลข้าวเรียงได้จัดทีมออกร่วมคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงตั้งแต่ระดับจุดพักคอยที่อำเภอซึ่งเริ่มมีในช่วงเดือนกรกฎาคม 2564 เพื่อคัดแยกกลุ่มเสี่ยง โดยทุกตำบลที่เดินทางจากพื้นที่เสี่ยงต้องผ่านการคัดกรองที่อำเภอก่อน กรณีผลการตรวจติดเชื้อโควิด-19 ให้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมแพ กรณีผลการตรวจเป็นลบทางรถกู้ชีพ อบต.ข้าวเรียงรับกลับมาพื้นที่และเข้ารับการกักตัวที่สถานที่ที่เตรียมไว้ให้ จนกว่าจะครบ 14 วัน 5. กักตัว ซึ่งเป็นกระบวนการหลังจาก อสม.คัดกรองกลุ่มเป้าหมายทั้งอยู่ในชุมชน และที่เดินทางมาจากเขตกรุงเทพมหานคร เขตปริมณฑล และพื้นที่เสี่ยงรวมทั้งกลุ่มเสี่ยงที่คัดกรองจากจุดพักคอยที่อำเภอเมื่อกลุ่มเสี่ยงมีผลตรวจเป็นลบ ทางรถกู้ชีพและเจ้าหน้าที่ อบต.ก็จะนำกลุ่มดังกล่าวกลับพื้นที่ พร้อมกับนำส่งสถานที่กักตัว ที่แยกออกจากครอบครัวและเพื่อนบ้าน กักตัวจนครบ 14 วัน หรือกรณีมีผลการคัดกรองพบความผิดปกติสงสัยติดเชื้อโรคโควิด-19 เช่น ไข้ ไอ เจ็บคอ จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส หรือมีประวัติสัมผัสหรือใกล้ชิดผู้ติดเชื้อโควิด-19 หรือไปในสถานที่แออัด มีการระบาดของโรค โดยผู้ที่มีประวัติดังกล่าวต้องแยกกักตัวเอง (Home Quarantine) 14

วัน หรือได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษา โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบ่งออกเป็นผู้ป่วยสีเขียวที่ไม่มีการแสดงอาการ และผู้ป่วยสีเหลืองที่มีอาการและภาวะแทรกซ้อน โดยทั้งสองกลุ่มของอำเภอชุมแพ จะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจนหายและครบ 14 วัน จากนั้น ผู้ที่รักษาตัวหายจากโรคโควิด-19 แล้วหลังกลับมาในพื้นที่ ในชุมชนบ้านขามป้อมทั้ง 2 หมู่บ้านมีมติให้กักตัวในชุมชนตามสถานที่ ที่ทางญาติ หรือหน่วยงานของรัฐได้เตรียมไว้ให้โดยกักตัวให้ครบอีก 14 วัน และจะได้รับหนังสือรับรองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลข้าวเรียง ลงนามโดยสาธารณสุขอำเภอ และนายอำเภอ³

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรค โควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ไม่พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในช่วงเวลาวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ร่วมวิจัยในการพัฒนารูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านขามป้อม หมู่ 4,12 ตำบลข้าวเรียง อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.6 มีอายุระหว่าง 51 -60 ปี ร้อยละ 37.2 โดยมีอายุเฉลี่ย 54.83 ปี(S.D.=9.85 ปี) อายุต่ำสุด 26 ปี อายุสูงสุด 78 ปี สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.5 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 85.9 มีรายได้ <5001 บาท ร้อยละ 66.70 มีรายได้เฉลี่ย 6,834.74 บาท(S.D.= 7,876.76 บาท) รายได้ต่ำสุด 600 บาท รายได้สูงสุด 45,000บาท ตำแหน่งครู ร้อยละ 32.1เคยประชุม/อบรมกระบวนการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อภายใน 3 ปี ร้อยละ 84.6

2. ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 บ้านขามป้อม หมู่ 4,12 ตำบลข้าวเรียง อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ภาพรวมกลุ่มผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.86 (S.D.= 0.59) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านมี

ค่าคะแนนในระดับมาก โดยด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามโครงการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ค่าเฉลี่ย 4.04 (S.D.=0.52) รองลงมาคือ ด้านด้านการร่วมคิดค่าเฉลี่ย 4.00 (S.D.=0.71) ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนน้อยที่สุดคือด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลโครงการค่าเฉลี่ย 3.62 (S.D.=0.71) รองลงมาคือด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจค่าเฉลี่ย 3.66 (S.D.=0.86)

3. ระดับกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 บ้านขามป้อม หมู่ 4,12 ตำบลข้าวเรียง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่น ภาพรวมกลุ่มผู้ร่วมวิจัยมีกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.88 (S.D.= 0.67) เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า ทุกด้านมีค่าคะแนนในระดับมาก โดยด้านการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสูงสุดค่าเฉลี่ย 3.99 (S.D.=0.67) รองลงมาคือ ด้านการมีและใช้ข้อมูลพื้นฐานหมู่บ้านและพฤติกรรมสุขภาพค่าเฉลี่ย 3.95 (S.D.=0.82) ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนน้อยที่สุดคือด้านการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพมีค่าเฉลี่ย 3.69 (S.D.=0.92) รองลงมาคือด้านการเข้าใจปัญหาและวางแผน

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีค่าเฉลี่ย 3.71 (S.D.=0.81)

4. ระดับความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนารูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านขามป้อม หมู่ 4,12 ตำบลข้าวเรียง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่น ภาพรวมกลุ่มผู้ร่วมวิจัยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.08 (S.D.= 0.12) เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า ทุกด้านมีค่าคะแนนในระดับมาก โดย ด้านการจัดกิจกรรมในครั้งนี้มีประโยชน์มีค่าเฉลี่ยสูงสุดค่าเฉลี่ย 4.23 (S.D.=0.62) รองลงมาคือ ด้านสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตรประจำวันค่าเฉลี่ย 4.23 (S.D.=0.61) ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนน้อยที่สุดคือด้านสื่อและอุปกรณ์การจัดกิจกรรมมีความเหมาะสมมีค่าเฉลี่ย 3.94 (S.D.=0.63) รองลงมาคือรูปแบบ/หัวข้อความรู้ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม มีค่าเฉลี่ย 3.95 (S.D.=0.62)

5. เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน และ คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในการป้องกันการโรคโควิด-19 ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (N=247)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน และ คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในการป้องกันการโรคโควิด-19 ก่อน หลัง เข้าร่วมกิจกรรม (N=247)

ด้าน	ก่อน	หลัง	Mean Difference (95% CI)	p-value
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)		
คะแนนความรอบรู้	9.72 (0.06)	9.88 (0.03)	0.16 (0.02-0.29)	0.027*
พฤติกรรมสุขภาพ	14.04 (0.14)	14.94 (0.02)	0.90 (0.63-1.17)	< 0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางพบว่า คะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในการป้องกันการโรคโควิด-19 หลังเข้าร่วมกิจกรรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 0.16, 95% CI 0.02-0.29, p-value = 0.027) คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในการป้องกันการโรคโควิด-19 หลังเข้าร่วมกิจกรรม สูงกว่า

ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 0.90, 95% CI 0.63-1.17, p-value < 0.001)

6. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการป้องกันการโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านขามป้อม หมู่ 4,12 ตำบลข้าวเรียง อำเภอลำทะเมนชัย พบว่าปัญหาอุปสรรคที่พบส่วนใหญ่

ของการมีส่วนร่วมคือ ด้านการร่วมปฏิบัติตามกิจกรรมโครงการ ได้แก่ประชาชนไม่ปฏิบัติตามมาตรการหรือกติกาของชุมชน ไม่สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้านและในพื้นที่แออัด ไม่เว้นระยะห่างตามมาตรการ และกลุ่มเสี่ยงไม่กักตัวให้ครบ 14 วัน รองลงมาคือการร่วมแสดงความคิดเห็นและเสนอแนวทางในการป้องกันโรคโควิด-19 เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้การประชุมและการทำประชาคมทำได้ไม่เต็มที่

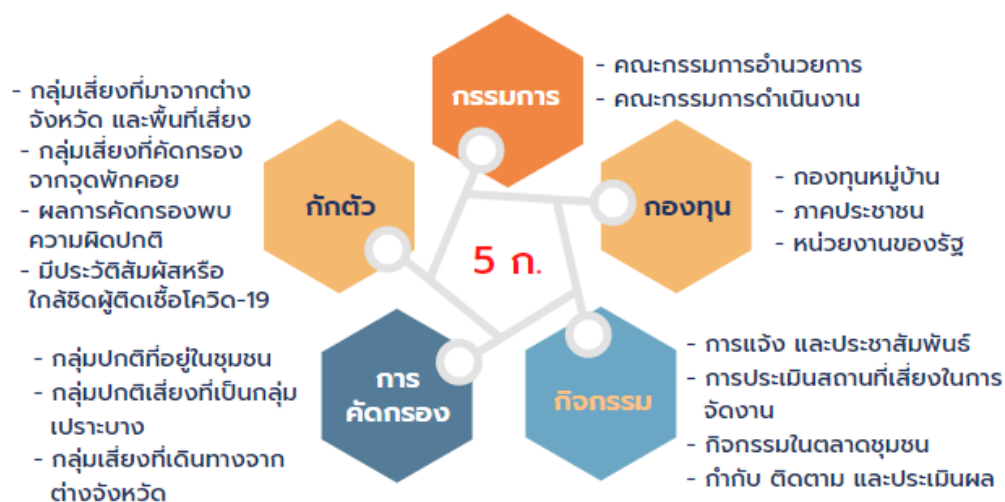
อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

สถานการณ์โรคโควิด-19 ของบ้านขามป้อม หมู่ 4,12 ตำบลข้าวเรียง อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดขอนแก่น ยังพบว่ามีการเดินทางของกลุ่มเสี่ยงเพื่อกลับมาเยี่ยมญาติที่มาจากต่างประเทศ และต่างจังหวัด ประชาชนวัยทำงานส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างซึ่งการรับจ้างจะเข้าไปทำงานรับจ้างในตลาดและทำงานในโรงงาน ผลิตภัณฑ์ผ้าก๊อซที่เป็นบริษัทใหญ่มีลูกจ้างมาจากหลายพื้นที่และหลายอำเภอได้แก่จังหวัดชัยภูมิ เพชรบูรณ์ หนองบัวลำภู ซึ่งทั้ง 2 อาชีพนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการได้รับเชื้อโควิด-19 และมีโอกาสเกิดการระบาดของโรคที่จะเกิดขึ้นในชุมชน

และคนในครอบครัวมีความเสี่ยงสูงโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางที่จะติดเชื้อโควิด-19 จากกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว นอกจากนี้ประชาชนยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ที่ถูกต่อน้อยที่สุดคือ งดการกินอาหารร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 85.02 รองลงมาคือผู้ที่กลับมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด เป็นกลุ่มเสี่ยงทุกคนถึงแม้จะยังไม่มีอาการ ร้อยละ 95.12 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ถูกต่อน้อยที่สุดคือ ไปร่วมงานสังสรรค์ หรือกิจกรรมการรวมกลุ่ม ร้อยละ 79.09 รองลงมาคือ ใช้ของส่วนตัว ร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 82.23 กินอาหารที่ปรุงสุก ใหม่ ๆ ทุกมื้อ ร้อยละ 92.33 ตามลำดับ

การพัฒนาปรับเปลี่ยนหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าจากการศึกษาการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนตามวงรอบ PAOR จำนวน 2 วงรอบ ภายใต้อำนาจจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 และจากการดำเนินงานของชุมชนในการป้องกันโรค โควิด-19 และได้รูปแบบในการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ด้วยหลัก 5 ก. ดังนี้

รูปแบบในการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ด้วยหลัก 5 ก.



ภาพประกอบ 1 รูปแบบในการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ด้วยหลัก 5 ก.

ผลการพัฒนารูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า 1) ไม่พบผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในระยะเวลาการศึกษา 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันการโรคโควิด-19 โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 3.86 ± 0.59) และทุกด้านอยู่ในระดับมาก แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วว่า การมีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพประชาชนในวิกฤตโควิด-19 ในเขต อ.น้ำโสม จ.อุดรธานี อยู่ในระดับปานกลาง 3) กระบวนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันการโรคโควิด-19 โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 3.88 ± 0.67) และทุกด้านอยู่ในระดับมาก 4) ความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันการโรคโควิด-19 โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.12 ± 0.51)⁷ เช่นเดียวกับผลการศึกษาที่พบว่าความพึงพอใจต่อการนำรูปแบบไปใช้ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานีอยู่ในระดับมาก และ 5) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ขึ้นพื้นฐานในการป้องกันการโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.027$) และพฤติกรรมด้านสุขภาพขึ้นพื้นฐานการป้องกันการโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)⁸

ข้อเสนอแนะ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมในพื้นที่/ชุมชน ในการพัฒนารูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 แบบมีส่วนร่วมของชุมชนไปปรับประยุกต์ใช้ในพื้นที่ด้วยหลัก 5 ก. ได้แก่

กรรมการ กองทุน กิจกรรม การคัดกรอง และ กักตัว หรือตามความเหมาะสมของพื้นที่ พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพผู้นำ ประชาชน ท้องถิ่น องค์กรและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชนให้มีส่วนร่วมและสามารถป้องกันการโรคโควิด-19 และประชาชนในชุมชนปฏิบัติตามกติกา/มาตรการทางสังคมในการป้องกันการโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่องทำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ สามารถป้องกันการโรคโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นชุมชนปลอดภัยจากโรคโควิด-19 อย่างยั่งยืน

การนำไปใช้ประโยชน์

1) สามารถนำรูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ด้วยหลัก 5 ก. ไปประยุกต์ใช้ตามบริบทพื้นที่/เป็นต้นแบบและขยายรูปแบบไปยังพื้นที่อื่น

2) พัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมตามบริบทและสถานการณ์ เกิดการพัฒนาทักษะ และการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

3) พัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ให้เกิดนโยบายสาธารณะ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิทุกๆ ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ดูแลเอาใจใส่และตรวจสอบข้อบกพร่องต่างๆ ในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณครอบครัว ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลข้าวเรียง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลข้าวเรียง ผู้นำ อสม.และประชาชนบ้านขามป้อมหมู่ 4,12 ที่กรุณาตอบแบบสอบถามและสนทนากลุ่ม และขอขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค.(2563). แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง.ค้นเมื่อ 3 ตุลาคม 2563.จากhttps://ddc.moph.go.th ›int_protection
2. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. ระบบรายงานโรคโควิด-19 ; 2563.
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลข้าวเรียง.(2563). ระบบรายงานโรคโควิด-19.
4. กองสุศึกษา.(2563). การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน;ค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2563. จาก <https://hed.go.th>
5. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์.(2549). สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.
6. ทิพย์สุดา พจนจร.(2563). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการจัดการการท่องเที่ยวโดยชุมชนเพื่อการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน กรณีศึกษาชุมชนสลักคอก จังหวัดตราด. ค้นเมื่อ 3 ตุลาคม 2563 จาก <http://www.sure.su.ac.th/xmlui/bitstream/handle/123456789/13735/fulltext.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
7. กัลยารัตน์ อินทบุญศรี.(2563) การมีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพประชาชนในวิกฤตโควิด-19 ในเขตอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี.วารสารมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัยวิทยาเขตร้อยเอ็ด; 9(2) : 625-635
8. ระนอง เกตุดาว.(2563). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี Udon Model COVID-19.วารสารวิชาการ สาธารณสุข; 2563: 30(1),53-61