# ECH Journal

of environmental and community health

VOL.9 NO.2 March - April 2024

# วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 มีนาคม – เมษายน 2567

ISSN : 2672-9717

**ECH JOURNAL**

**วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน**

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

**ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 มีนาคม – เมษายน 2567 VOL. 9 NO. 2 March – April 2024**

**สารบัญ**

**รายงานการวิจัย** **หน้า**

**ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลปลาปาก อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม** ..... 1
นภาภรณ์ ศรีวรชัย

**การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา** ..... 8
รักชนก สิงห์พานิชย์

**รูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม** ..... 19
ธัญญพัทธ์ แสนศรีเศรษฐกุล ,บุญเลิศ วงค์โพธิ์ ,วินัย วีระวัฒนานนท์ ,ธัศษณพัฒน์ ปานพรม

**การศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตในปีแรกและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายที่ไม่รุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมง และหลัง 72 ชั่วโมงในโรงพยาบาลโพธาราม** ..... 29
ธัญทัต เลื่องเลิศ

**การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง** ..... 38
ประภัสสร หิรัญรัตน์

**การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด : กรณีศึกษา 2 ราย** ..... 48
ศิรประภา ทาธิ ,รุ่งทิวา ขันธมูล

**ผลของโปรแกรมฝึกเทคนิคการคลายเครียดร่วมกับการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร** ..... 58
วิทยา ฮามวงศ์

**ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน** 69
ธัญธนาภา สีสถาน ,สุวรา ทองเลิศ

**การพัฒนารูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงด้วยกระบวนการดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลอุบลรัตน์** ..... 79
พวงเพชร จันทร์บุตร ,คณรัตน์ เดโฟเซซ์

**การพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี** ..... 88
อิ่น วงษ์เคน

**การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลน้ำโสม** ..... 98
หนูกาญจน์ แผงเมืองคุก ,อิ่น วงษ์เคน ,คณรัตน์ เดโฟเซซ์

**การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะแบง อำเภอหนองหาน จ.อุดรธานี** ..... 109
วลัยพร รุ่งเรือง ,รศนา วรวิทย์ศรางกูร ,อรอุมา จันธานี

**การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี** ..... 118
อรัญญา ศรีหาวงษ์

**การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ที่มีภาวะแทรกซ้อน : เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย** ... 127
สฤษดิ์ คูสกุลรัตน์

**การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม** ..... 137
เพราพนิต สอนสิทธิ์ ,จตุพร เหลืองอุบล และสุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์

**ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น** ..... 150
วรวุฒิ ผิวนางงาม ,ชนะพล ศรีฤาชา ,นฤมล สินสุพรรณ ,ชวลิต หงษ์ยนต์

**มุมมอง ความคิดเห็นเชิงระบบ และการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท** ..... 160
ปารวีร์ มั่นฟัก ,พรเจริญ บัวพุ่ม ,นภัสสร ยอดทองดี

**ผลของการสนทนากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในตำบลหนองญาติ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม** ..... 172
พิศมัย สูตรสุวรรณ

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 มีนาคม – เมษายน 2567 VOL. 9 NO. 2 March – April 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย หน้า

**ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นตำบลนาคูณใหญ่ อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม** ..... 184
ปาริชาติ ศุภวรรณวิบูล

**ปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย กรณีศึกษาเทศบาลตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย** ..... 195
สุวนันท์ แก้วจันทา ,ปริพัช เงินงาม ,ณิศรา ชัยวงค์ ,สุธิดา วิริยา ,ปัญญรัช คำเสือ

**ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร** ..... 205
รัติยา รักดี

**การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีเลือดออกในสมองและมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดร่วมกับมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ: กรณีศึกษา** ..... 215
ทิพย์รัตน์ จินดาศักดิ์

**การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดระบายหนองบริเวณลำคอที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและมีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท : กรณีศึกษา** ..... 227
สุชาดา อินทรเวศน์วิไล

**อุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกและวิธีปฏิบัติตัวที่ดีในการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย** ..... 237
ภัทรา ลี้ตระกูลนำชัย จรูญ ลี้ตระกูลนำชัย

**ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนแขวงอัตตะปือ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว** ..... 246
Khamphet Vonglorkha ,นิยม จันทร์นวล

**การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงร่วมกับมีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด: กรณีศึกษา** ..... 255
พรเพ็ญ จั่นแก้ว

**การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีโรคร่วม กรณีศึกษา 2 ราย** .. 264
ทิพวรรณ ศิริปี

**การพัฒนาระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม** ..... 273
ปวีณา จิตต์ตรง

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในต่อการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเอง หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน** ..... 284
รัตนาภรณ์ กวานเหียน อรทัย สุทธิอาจ

**ผลการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อการปฏิบัติบทบาทและความถูกต้องแม่นยำของการคัดแยกของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่** ..... 295
รุ่งระวี อุทธา ,อรรถวิทย์ จันทร์ศิริ

**เปรียบเทียบการคงสภาพความปราศจากเชื้อของเครื่องมือแพทย์ที่ทำให้ปราศจากเชื้อโดยการนึ่งไอน้ำ ที่ห่อด้วย Non Woven 2 ผืน ระหว่างระยะเวลา 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ** ..... 304
จันทร์เพ็ญ ศิริมานพ ,ชุติญา วังวรวุฒิ และคมเนตร สกุลธนะศักดิ์

**ประสิทธิผลโปรแกรมบำบัดด้วยการเรียนรู้เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพและเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม การรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเอง พฤติกรรมและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ** ..... 317
อัทธนียา มารยาท

**ผลของการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร** 328
จีระวัลย์ วงศ์งาม ,ทวีศิลป์ กุละนาม

**ECH JOURNAL**

**วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน**

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

**ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 มีนาคม – เมษายน 2567 VOL. 9 NO. 2 March – April 2024**

**สารบัญ**

**รายงานการวิจัย** **หน้า**

**การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร** ..... 337
กริยากร วัฒนธนศักดิ์ ,จันทร์เพ็ญ แพงดวงแก้ว ,อบอุ่น บุญมูล

**ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด** ..... 344
ลำไพ อ่อนวิจารย์

**การศึกษาย้อนหลังผลของจำนวนครั้งของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อมุมในการเคลื่อนไหวของข้อเข่าและความสามารถในการเดินของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ณ โรงพยาบาลลำพูน** ..... 355
อัคคลักษณ์ ญาณโรจน์

**การส่งเสริมการรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแบบเร่งด่วนในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน** ..... 364
ศิรินทรา ไชยมัชฌิม

**การพัฒนาระบบบริการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ คลินิกหู คอ จมูก** ..... 372
ลัดดาวัลย์ สุทวา

**การศึกษาการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยการวัดความสูงของระดับยอดมดลูกร่วมกับการเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกรับ** ..... 379
หนึ่งนภา เทพวงค์ษา

**การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง** ..... 388
สวิตตา ธงยศ

**ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม** ..... 396
แสงเดือน ศรีวรสาร

**ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี** ..... 407
สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์ ,นุชจรินทร์ แก่นบุปผา ,พนาไพร โฉมงาม ,นัจจรินทร์ ผิวผ่อง ,ดวงกมล หน่อแก้ว

**การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-60 ปี ในโรงงานแห่งหนึ่งจังหวัดพระนครศรีอยุธยา** ..... 419
อภิรักษ์ วัฒนวิกกิจ

**การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะโลหิตจางในระยะคลอด : กรณีศึกษา** ..... 429
ฉิมโฉม พงษ์ประเสริฐ

**การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ : กรณีศึกษา** ..... 439
พิพิศน์ อินทร์พันธุ์

**การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุด้วยกระบวนการโรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองวังสะพุง** ..... 449
เกศรา โกมาสถิตย์

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอุบลราชธานี** ..... 459
บัณฑิตา พัฒนี ,นิยม จันทร์นวล

**การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ** ..... 470
วิสิฐศักดิ์ พิริยานนท์ ,พุทธิไกร ประมวล

**รูปแบบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช** ..... 484
วินัย วาหลวง ,สุมลรัตน์ ขนอม ,เอกษา ลิ้มเวียงสิริวงศ์

**ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณน้ำหวานกับการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ** ..... 496
ณีรนุช วงค์เจริญ ,พัชรินทร์ ไชยบาล ,ทัพพ์ขวัญ ศรีรัตยาวงค์ ,วิชานีย์ ใจมาลัย ,พรทิพย์ ปาอิน ,พิมพ์ใจ ลังการ์พินธุ์

**วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม**
**และสุขภาพชุมชน**
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

**ECH**
**JOURNAL**

**ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 มีนาคม – เมษายน 2567 VOL. 9 NO. 2 March – April 2024**

**สารบัญ**

**รายงานการวิจัย** **หน้า**

**การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย** ..... 506
จารุวรรณ ตลอดไธสง

**การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบบูรณา โรงพยาบาลหนองหาน** ..... 516
วลัยพร รุ่งเรือง ,รจนา วรวิทย์ศรางกูร ,อรอุมา จันธานี

**การศึกษาปัจจัยเสี่ยงทางหลอดเลือดที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในโรงพยาบาลโนนสูง** ..... 527
วิธ เชื่อมวรกุล

**การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงและมีภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด : กรณีศึกษา** ..... 535
มวภร ธรรมวิทธิ์

**การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อค: กรณีศึกษา 2 ราย** ..... 543
นิตยา มั่นจันทึก

**การพยาบาลผู้คลอดอายุมากที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงเนื่องจากการตั้งครรภ์** ..... 550
อาณัฏฐิยา งับสันเทียะ

**ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพโรคสมาธิสั้น อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด** ..... 558
สุทธา บุญสินชัย

**การพัฒนาคู่มือการดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา** ..... 564
พวงเพ็ญ ภู่สีม่วง และสุรัสวดี เพชรคง

**การพยาบาลผู้ป่วยแผลกระจกตาที่มีภาวะติดเชื้อในลูกตา: กรณีศึกษา** ..... 573
ดารา ณ นรงค์

**กลยุทธ์การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี**..... 581
วุฒิชัย ลิมปิทีปราการ

**การพัฒนาคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์** ..... 592
จุฑารัตน์ จังโกฏิ

**ประสิทธิผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น** ..... 599
มนตรี ทองอินทร์ ,ปัทมา ล้อพงค์พานิชย์

**การพัฒนากระบวนการจัดบริการสุขภาพในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนภารกิจและยังไม่ถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม**..... 608
**สุภัทร กตัญญูทิตา**

**การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์** ..... 621
สุวมน โพนสาลี

**ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ Human papillomavirus ของสตรีในพื้นที่ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์** ..... 631
วราภรณ์ จันทร์รัตน์

**ประเมินผลโครงการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จังหวัดขอนแก่น** ..... 640
วาสนา ทิพเลิศ ,ธัญนัทน์ หีดขุนทด

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เป็นโรคสะเก็ดเงินได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงอาทิตย์เทียม : กรณีศึกษา** 648
แสงเดือน จันทร์เพ็ญ

**ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี** ..... 659
ภัทระ ศุภโชติชัย

**ECH**
**JOURNAL**

**วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม**
**และสุขภาพชุมชน**
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

**ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 มีนาคม – เมษายน 2567 VOL. 9 NO. 2 March – April 2024**

**สารบัญ**

**รายงานการวิจัย** **หน้า**

**การประเมินผลการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย** ..... 668
เกษศิริ เจือจันทึก

**การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเยื่อบุโพรงมดลูกร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา** ..... 676
รุ่งนภา ปฏิพันธ์

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉิน: กรณีศึกษา** ..... 684
วันวิสา จันทร์อิน

**การรับรู้ พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ และระดับกิจกรรมทางกายของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสุโขทัยในช่วงสถานการณ์ฝุ่น PM2.5** ..... 692
นนทลี สันตินิยม ,ธีรวิทย์ อินต๊ะปัญญา ,ชัชชานนท์ พูลสวัสดิ์ ,ศักดาวุฒิ กาศวิบูลย์ ,ปทิตตาท์ วงศ์แสงเทียน และวศิน ยะวงศ์

**ผลของการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก** ..... 704
โฉมพิไล นันทรักษา ,ภัทรา วัฒนพันธุ์ ,รุ่งทิวา ชอบชื่น

**ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และดัชนีมวลกาย ของวัยผู้ใหญ่ในจังหวัดสุโขทัย** ..... 709
ธีรวิทย์ อินต๊ะปัญญา ,นนทลี สันตินิยม ,วศิน ยะวงศ์ ,ศักดาวุฒิ กาศวิบูลย์ และปทิตตาท์ วงศ์แสงเทียน

**การประเมินผลโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น** ..... 717
พงษ์ศักดิ์ ทรัพย์ศิลาทอง

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อกระจกระยะสุกงอมร่วมกับมีภาวะความดันลูกตาสูง: กรณีศึกษา 2 ราย** ..... 724
นุชนาฏ ทิมสูงเนิน

**การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานี** ..... 733
สกาวเดือน มงคลสุคนธรัก ,อมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล ,อาภา ศรีสร้อย

**ผลการพัฒนาแนวทางเพื่อการป้องกันการติดเชื้อมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บ** ..... 741
**กนกอร ทองสุข**

**ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง** ..... 747
เฉลิม เกตุพงษ์พันธุ์

**ประสิทธิผลของโปรแกรมการเพิ่มความรอบรู้ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองเจริญสุข อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว** ..... 755
เรียม แก้วประดับ

**การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว: กรณีศึกษา** ..... 764
สุกัญญา รื่นสุข

**การพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม** ..... 772
วิทยา บุตรสาระ

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับการมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด: กรณีศึกษา** ..... 781
อนงค์ สง่าเนตร

**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น** 789
กัญญวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์

**การพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม** ..... 797
วิทยา บุตรสาระ

**วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม**
**และสุขภาพชุมชน**
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

**ECH**
**JOURNAL**

**ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 มีนาคม – เมษายน 2567 VOL. 9 NO. 2 March – April 2024**

**สารบัญ**

**รายงานการวิจัย** **หน้า**

**คุณภาพการให้บริการที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย** 808
จุฑามาศ หลวงโคตร ,ขวัญกัลยา ปุนนา

**การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภายใต้การบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการและระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข โดยทีมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย COVID Alert Team** ..... 816
พชรวรรณ คูสกุลรัตน์ ,กาญจนา จันทะนุย

**ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น** ..... 830
สุรศักดิ์ เจริญคุณ

**การพัฒนาแนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย** ..... 836
ลักขณา สุวรรณรอด

**ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร** ..... 848
วนิดา กาสุริย์

**ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม** ..... 860
ปิยานุช งานหมั่น ,ชนะพล ศรีฤๅชา ,วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา

**การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น** ..... 872
ศิริโสภา ภูสีน้ำ ,วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา ,นฤมล สินสุพรรณ

# บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ทีเกี่ยวข้องการการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้นโดย ชมรมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 6 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – กุมภาพันธ์, มีนาคม – เมษายน, พฤษภาคม – มิถุนายน, กรกฎาคม – สิงหาคม – กันยายน, ตุลาคม, พฤศจิกายน – ธันวาคม ของทุกปี

สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 26 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มีนาคม – เมษายน 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม อัตราการเสียชีวิตในปีแรกและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก การเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤต การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก การเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจ การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน การพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด การสนทนากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือด ความเข้มแข็งทางใจและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีเลือดออกในสมองและมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดร่วมกับมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ผู้ป่วยผ่าตัดระบายหนองบริเวณลำคอที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและมีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท อุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงร่วมกับมีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีโรคร่วม การพัฒนาระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด ผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในต่อการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อการปฏิบัติบทบาทและความถูกต้องแม่นยำของการคัดแยก เครื่องมือแพทย์ที่ทำให้ปราศจากเชื้อโดยการนึ่งไอน้ำ ที่ห่อด้วย Non Woven พฤติกรรมและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน สัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ห้องอุบัติเหตุ การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด การป้องกันโรคต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี การเคลื่อนไหวของข้อเข่าและความสามารถในการเดินของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม อาการเตือนและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระบบบริการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ คลินิกหู คอ จมูก การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยการวัดความสูงของระดับยอดมดลูก การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยง หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะโลหิตจางในระยะ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

# ECH Journal

of environmental and community health

VOL.9 NO.2 March - April 2024

# วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 มีนาคม – เมษายน 2567

ISSN : 2672-9717

PART I

**ECH JOURNAL**

**วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน**

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 มีนาคม – เมษายน 2567 VOL. 9 NO. 2 March – April 2024 **Part 1**

**สารบัญ**

**รายงานการวิจัย** **หน้า**

**ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลปลาปาก อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม** ..... 1
นภาภรณ์ ศรีวรชัย

**การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา** ..... 8
รักชนก สิงห์พานิชย์

**รูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม** ..... 19
ธัญญพัทธ์ แสนศรีเศรษฐกุล ,บุญเลิศ วงค์โพธิ์ ,วินัย วีระวัฒนานนท์ ,ธัศษณพัฒน์ ปานพรม

**การศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตในปีแรกและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายที่ไม่รุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมง และหลัง 72 ชั่วโมงในโรงพยาบาลโพธาราม** ..... 29
ธัญทัต เลื่องเลิศ

**การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง** ..... 38
ประภัสสร หิรัญรัตน์

**การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด : กรณีศึกษา 2 ราย** ..... 48
ศิรประภา ทาธิ ,รุ่งทิวา ขันธมูล

**ผลของโปรแกรมฝึกเทคนิคการคลายเครียดร่วมกับการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร** ..... 58
วิทยา ฮามวงศ์

**ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน** 69
ธัญธนาภา สีสถาน ,สุวรา ทองเลิศ

**การพัฒนารูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงด้วยกระบวนการดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลอุบลรัตน์** ..... 79
พวงเพชร จันทร์บุตร ,คณรัตน์ เดโฟเซซ์

**การพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี** ..... 88
อิ่น วงษ์เคน

**การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลน้ำโสม** ..... 98
หนูกาญจน์ แผงเมืองคุก ,อิ่น วงษ์เคน ,คณรัตน์ เดโฟเซซ์

**การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะแบง อำเภอหนองหาน จ.อุดรธานี** ..... 109
วลัยพร รุ่งเรือง ,รศนา วรวิทย์ศรางกูร ,อรอุมา จันธานี

**การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี** ..... 118
อรัญญา ศรีหาวงษ์

**การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ที่มีภาวะแทรกซ้อน : เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย** ... 127
สฤษดิ์ คูสกุลรัตน์

**การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม** ..... 137
เพราพนิต สอนสิทธิ์ ,จตุพร เหลืองอุบล และสุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์

**ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น** ..... 150
วรวุฒิ ผิวนางงาม ,ชนะพล ศรีฤๅชา ,นฤมล สินสุพรรณ ,ชวลิต หงษ์ยนต์

**มุมมอง ความคิดเห็นเชิงระบบ และการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท** ..... 160
ปารวีร์ มั่นฟัก ,พรเจริญ บัวพุ่ม ,นภัสสร ยอดทองดี

**ผลของการสนทนากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในตำบลหนองญาติ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม** ..... 172
พิศมัย สูตรสุวรรณ

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 มีนาคม – เมษายน 2567 VOL. 9 NO. 2 March – April 2024 **Part 1**

สารบัญ

**รายงานการวิจัย** **หน้า**

**ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นตำบลนาคูณใหญ่ อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม** ..... 184
ปาริชาติ ศุภวรรณวิบูล

**ปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย กรณีศึกษาเทศบาลตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย** ..... 195
สุวนันท์ แก้วจันทา ,ปริพัช เงินงาม ,ณิศรา ชัยวงค์ ,สุธิดา วิริยา ,ปัญญรัช คำเสือ

**ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร** ..... 205
รัติยา รักดี

**การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีเลือดออกในสมองและมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดร่วมกับมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ: กรณีศึกษา** ..... 215
ทิพย์รัตน์ จินดาศักดิ์

**การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดระบายหนองบริเวณลำคอที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและมีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท : กรณีศึกษา** ..... 227
สุชาดา อินทรเวศน์วิไล

**อุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกและวิธีปฏิบัติตัวที่ดีในการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย** ..... 237
ภัทรา ลี้ตระกูลนำชัย ,จรูญ ลี้ตระกูลนำชัย

**ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนแขวงอัตตะปือ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว** ..... 246
Khamphet Vonglorkha ,นิยม จันทร์นวล

**การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงร่วมกับมีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด: กรณีศึกษา** ..... 255
พรเพ็ญ จั่นแก้ว

**การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีโรคร่วม กรณีศึกษา 2 ราย** .. 264
ทิพวรรณ ศิริปี

**การพัฒนาระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม** ..... 273
ปวีณา จิตต์ตรง

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในต่อการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเอง หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน** ..... 284
รัตนาภรณ์ กวานเหียน ,อรทัย สุทธิอาจ

**ผลการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อการปฏิบัติบทบาทและความถูกต้องแม่นยำของการคัดแยกของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่** ..... 295
รุ่งระวี อุทธา ,อรรถวิทย์ จันทร์ศิริ

# บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ทีเกี่ยวข้องการการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้นโดย ชมรมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 6 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – กุมภาพันธ์, มีนาคม – เมษายน, พฤษภาคม – มิถุนายน, กรกฎาคม – สิงหาคม – กันยายน, ตุลาคม, พฤศจิกายน – ธันวาคม ของทุกปี

สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 26 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มีนาคม – เมษายน 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม อัตราการเสียชีวิตในปีแรกและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก การเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤต การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก การเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจ การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน การพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด การสนทนากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือด ความเข้มแข็งทางใจและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีเลือดออกในสมองและมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดร่วมกับมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ผู้ป่วยผ่าตัดระบายหนองบริเวณลำคอที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและมีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท อุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงร่วมกับมีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีโรคร่วม การพัฒนาระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด ผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในต่อการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อการปฏิบัติบทบาทและความถูกต้องแม่นยำของการคัดแยก เครื่องมือแพทย์ที่ทำให้ปราศจากเชื้อโดยการนึ่งไอน้ำ ที่ห่อด้วย Non Woven พฤติกรรมและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน สัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ห้องอุบัติเหตุ การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด การป้องกันโรคต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี การเคลื่อนไหวของข้อเข่าและความสามารถในการเดินของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม อาการเตือนและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระบบบริการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่คลินิกหู คอ จมูก การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยการวัดความสูงของระดับยอดมดลูก การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยง หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะโลหิตจางในระยะ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

# ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลปลาปาก อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม

# Effects of self-care programs for diabetic patients who received services at Pla Pak Hospital, Pla Pak District, Nakhon Phanom Province.

(Received: April 8,2024 ; Revised: April 12,2024 ; Accepted: April 13,2024)

**นภาภรณ์ ศรีวรชัย**[1]
**Napaporn Sriworachai**[1]

**บทคัดย่อ**

งานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลปลาปาก อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ดำเนินการวิจัยโดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่นอนในโรงพยาบาลปลาปากจำนวน 31 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ และสถิติทดสอบที

ผลการศึกษาพบว่า1 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ระดับพอใช้ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ระดับดีซึ่งสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มทดลองก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นบางครั้ง หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเป็นประจำ ตามสมมุติฐานว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.05$

**คำสำคัญ :** โปรแกรมการดูแลตนเองเบื้องต้น ,ผู้ป่วยเบาหวาน

**Abstract**

Research on Effects of self-care programs for diabetic patients who received services at Pla Pak Hospital, Pla Pak District, Nakhon Phanom Province This research is a quasi-experimental research. One group measurement before and after the experiment. The objective was to compare the average knowledge and behavior scores for self-care of diabetic patients in the experimental group before and after participating in the diabetic patient self-care program. The research was conducted with a sample of 31 diabetic patients hospitalized, selected specifically. Participate in the self-care program for diabetic patients.Tools used to collect data Including general information questionnaires ,Diabetes knowledge questionnaire of diabetic patients and questionnaire on self-care behavior of diabetic patients. Analyze personal data of the sample group The data were analyzed using descriptive statistics, including means, standard deviations, percentages and t-test statistics.

The results of the study found that 1 Knowledge about diabetes It was found that before participating in the program, the experimental group had a fair level of knowledge scores after participating in the self-care program for diabetic patients in the experimental group. The average knowledge score of diabetic

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม

patients was at a good level, which was higher than before joining the program. Behavioral aspects of diabetic patients In the experimental group before joining the research program, it was found that before joining the program, the experimental group had self-care behaviors at times. After participating in the program, there is a habit of practicing self-care for diabetic patients regularly. According to the hypothesis that after participating in the self-care program of diabetic patients in the experimental group The self-care behavior of diabetic patients was higher than before joining the program with statistical significance at the p<.05 level.

**Keywords:** basic self-care program , diabetic patients

**บทนำ**

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่บุคคลผู้เป็นโรคต้องมีการดูแลตนเอง และมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตเพื่อการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิต อุบัติการณ์ของโรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากรายงานสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ในปี พ.ศ. 2565 พบว่าทั่วโลกเป็นผู้ป่วยเบาหวาน 246 ล้านคน และคาดว่า ในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยเบาหวาน 380 ล้านคน[1]

จังหวัดนครพนม ในปี 2563–2565 พบอัตราป่วยเท่ากับ 781.03 , 712.32 และ 340.2 ต่อแสนประชากร โรงพยาบาลปลาปาก อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดในเขตพื้นที่อำเภอปลาปาก มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกันโดย ในปี พ.ศ. 2563 –2565 พบอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานจำนวน 256.3, 350.9 และ 526.3 ต่อประชากรแสน ตามลำดับ จากสถิติรายงานการเข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลปลาปาก พบว่าปีงบประมาณ 2563 -2565 มีผู้ป่วยเบาหวานขึ้นทะเบียนทั้งหมด จำนวน 1,952 คน 2,065 คน และ 2,758 คนตามลำดับ และอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ที่เข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลปลาปาก พบเป็นอันดับ 2 ของจำนวนผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล โดยในช่วง พ.ศ.2563 – 2565 เท่ากับ 52 คน ,71 คน และ 115 คน ตามลำดับ[2] ซึ่งมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการสอบถามผู้ป่วยเบาหวานที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปลาปากส่วนใหญ่ มีความรู้สึกยุ่งยากในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เช่นการควบคุมอาหาร มีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ขาดการออกกำลังกาย การลืมรับประทานยา ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง รวมถึงการที่ไม่ไปตรวจตามแพทย์นัด อีกทั้งยังมีความวิตกกังวลกับความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ การแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา ที่ผ่านมาโรงพยาบาลปลาปากมีโครงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าประสิทธิผลของ โครงการให้ความรู้ต่างๆ ประสบความสำเร็จ ในเรื่องการพัฒนา ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน แต่ไม่ประสบผลสำเร็จในเรื่องของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด[3,4]

จากแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม Orem (1991)[5] การดูแลตนเองที่ดีจะช่วยลดภาระรายจ่ายที่ต้องสูญเสียลง เพราะการควบคุมโรคเบาหวานได้นั้นจะช่วยลดอัตราและระยะเวลาการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรังลงได้ เป็นการประหยัดเงินที่จะต้องสูญเสียไปเพื่อใช้ในการรักษาบำบัดโรค ส่งผลดีต่อเศรษฐกิจของบุคคล ครอบครัว และสังคมอีกด้วย แต่จากการศึกษาส่วนใหญ่ยังคงพบว่า ผู้ป่วยยังคงดูแลตนเองได้ไม่ดีพอ มีการออกกำลังกาย ไม่สม่ำเสมอ รับประทานอาหารหวาน รับประทานอาหารจุกจิก และหยุดยาเองเป็นต้น ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ไม่ดี และทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ เกิดขึ้น ทั้งนี้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิต

เพื่อให้สอดคล้องกับภาวะโรค อาจมีภาวะเครียดด้านจิตใจ

การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวาน โดยการการพัฒนารูปแบบกิจกรรมที่ให้กับผู้ที่เป็นเบาหวาน ได้แก่ การสอนอย่างมีแบบแผนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม หรือการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเอง การพยาบาลระบบส่งเสริมและสนับสนุนให้ความรู้ และการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น แต่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยมีโอกาสมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและรักษาน้อยมาก ส่วนใหญ่จะเป็นเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจะเป็นผู้ให้ การรักษา ให้คำแนะนำ แต่เพียงฝ่ายเดียว แต่เพียงฝ่ายเดียว ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับกาโรคเบาหวานและการดูแลตนเองไม่เพียงพอในการปฏิบัติตัว ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น[6]

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลปลาปาก อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม การศึกษาวิจัยครั้งนี้จะนำไปสู่การพัฒนาวิธีการจัดกิจกรรมกับผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพ และการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experiment research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest one-group design) ในผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปลาปาก อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนมในช่วง ตั้งแต่ 4 ธันวาคม 2566 - 4 มีนาคม 2567รวมระยะเวลา 3 เดือน

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลปลาปาก

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 31 คน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

**เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)**

1. เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปลาปาก อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม
2. เป็นผู้ที่ระดับการรู้สึกตัวดี และสามารถสื่อสารหรือตอบโต้ได้ด้วยภาษาไทย
3. สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย
5. ไม่มีอาการแทรกซ้อนใด ๆ ขณะสัมภาษณ์

**เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)**

1. มีประวัติความบกพร่องด้านความจำ
2. ผู้ป่วยย้ายออกจากพื้นที่วิจัยในช่วงการเก็บข้อมูล
3. มีอาการไม่คงที่ หรือเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินที่ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลงความดันโลหิตสูงวิกฤต ระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน มีภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้**

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 19 ข้อ

ให้ตอบข้อที่ถูกเพียงข้อเดียว เป็นการวัดความรู้เรื่องเกี่ยวกับ สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และการรักษาโรคเบาหวาน เลือกคำตอบแบบถูก - ผิด โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิด ให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 25 ข้อ ในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้ตรงตามความเป็นจริงในการปฏิบัติตัวใน 1 สัปดาห์ ตามความถี่ แบ่งเกณฑ์พิจารณาในแต่ละข้อดังนี้คือ ข้อคำถามเชิงบวก ถ้าตอบปฏิบัติเป็นประจำ ให้คะแนน 3 คะแนน , ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน ,ปฏิบัติบางครั้ง ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติให้คะแนน 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ถ้าตอบปฏิบัติเป็นประจำ ให้คะแนน 0 คะแนน , ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้ง ให้คะแนน 1 คะแนน ,ปฏิบัติบางครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติให้คะแนน 3 คะแนน การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองรปฏิบัติพบว่าเท่ากับ 0.73

**วิธีการดำเนินการวิจัย**

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการทดลอง นัดประชุมผู้ช่วยดำเนินงานวิจัยเพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งเกณฑ์การ

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการในกลุ่มทดลองตามโปรแกรม ตามที่แสดงในตารางที่ 1 แผนจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลการทดลอง ทำการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลหลังได้รับ โปรแกรม เพื่อวิเคราะห์ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อรายงานให้ผู้วิจัยทราบเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลต่อไป

2. ดำเนินการสำรวจข้อมูลผู้ป่วย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด สอบถามความสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน สมัครใจลงลายมือชื่อยินยอม

3. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนแล้ว ชี้แจงการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยให้ กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

**จริยธรรมการวิจัย**

ผู้วิจัยได้นำเสนอเค้าโครงวิจัยแก่จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่ REC 114/66 วันที่ 4 ธันวาคม 2566 จึงได้ดำเนินการศึกษาต่อ

**ผลการวิจัย**

การศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลปลาปาก อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติ แบ่งออกเป็น 3 ส่วนได้แก่

**1. ข้อมูลทั่วไป** จำนวนกลุ่มทดลอง 31 คน ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.1, มีอายุน้อยกว่า 60 ปี มากถึงร้อยละ 45.2, สถานภาพคู่ร้อยละ 51.6 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 77.4, ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 60.0, มีรายได้มากกว่า 5000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 54.8, ระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 11 - 14 ปี ร้อยละ 45.2

**2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน** ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การวิจัยพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานคะแนนความรู้อยู่ระดับพอใช้ ($\bar{X}$=

8.02 , S.D=3.21) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$= 16.77 , S.D=5.68 ) , ความรู้เรื่องอาการและอาการแสดงของโรค ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนระดับพอใช้ ($\bar{X}$ = 10.16 , S.D=3.38) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 16.42 , S.D=4.97 ) , ความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนระดับพอใช้ ($\bar{X}$ = 10.41 , S.D=3.92 ) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 16.53 , S.D=4.95 ) และความรู้เรื่องการบำบัดรักษา ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนระดับพอใช้ ($\bar{X}$ = 8.75, S.D=3.28 ) หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 16.95 , S.D=5.84 ) ตามสมมติฐานว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

**3. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน**

ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การปฏิบัติตัวการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหารเป็นบางครั้ง ($\bar{X}$ = 9.77 , S.D=7.12) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหารเป็นประจำ ($\bar{X}$ = 19.66 , S.D=3.48 ) , พฤติกรรมการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยาก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเป็นบางครั้ง ($\bar{X}$ = 8.07 , S.D=3.54) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยาเป็นประจำ ($\bar{X}$ = 13.7,S.D=3.45 ) , ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรม

การปฏิบัติตัวการดูแลตนเองเรื่องการออกกำลังกายเป็นบางครั้ง ($\bar{X}$ = 5.54 , S.D=2.69) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองเรื่องการออกกำลังกายเป็นประจำ ($\bar{X}$ = 8.13 , S.D=1.56 ) ,ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเป็นบางครั้ง ($\bar{X}$ = 13.0 , S.D=1.56) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเป็นประจำ ($\bar{X}$ = 19.06 , S.D=4.58 )

ตามสมุติฐานว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.05

**สรุปและอภิปรายผล**

โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้จัดทำขึ้นนั้นประกอบด้วย แผนการสอนเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และคู่มือในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งโปรแกรมนี้ จะดำเนินการเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้ารักษาตัวในตึกผู้ป่วยใน วันที่ 1,2 และก่อนการจำหน่าย 1 วัน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมจะมีการทำแบบประเมินเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งแบ่งเป็น

2.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ระดับพอใช้ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ระดับดีซึ่งสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเอง ของโอเร็ม[5]ที่กล่าวว่าการดูแลตนเองจะประสบผล สำเร็จได้ บุคคลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ตระหนักว่าสิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสม มีประสิทธิภาพและมีผลลัพธ์ตามที่ต้องการ ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจถูกต้องเหมาะสมต่อไป ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาผลของการให้ความรู้โรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นรายกลุ่มเทียบกับรายบุคคล ณ หน่วยบริการปฐมภูมิและคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์[7]

2.2 ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มทดลองก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นบางครั้ง หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเป็นประจำ ตามสมมุติฐานว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.05$[8] ดังนั้นควรมีการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการปฏิบัติตัว ที่เหมาะสมกับโรคจะช่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้[9]

**ข้อเสนอแนะ**

1. ควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยเบาหวานที่รับยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพยาบาลควรจัดโครงการหรือจัดกลุ่มอบรมเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานเพื่อที่ผู้ป่วยเบาหวานจะได้รับความรู้สามารถนำไปดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้องต่อไปทั้งในและนอกสถานบริการ

2. พยาบาลทำงานควรร่วมมือกับ สหวิชาชีพในการให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบครบวงจร เป็นแบบองค์รวม

3. ควรมีการศึกษาวิจัยติดตามระดับ น้ำตาลในเลือดและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้วเพื่อติดตามผลของโปรแกรมต่อค่าระดับน้ำตาลในเลือดและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วย
ผู้ป่วยเบาหวาน

4. ควรมีการร่วมกับทีมวิจัยกับทีม สหวิชาชีพและแผนกที่รับผิดชอบ ในเรื่องของการส่งต่อผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง และมีความเชื่อมโยงในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

**เอกสารอ้างอิง**

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.“รายงานประจำปี 2565”. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://thaincd.com/document/file/download/paper-manual.(26 May. 2020.
2. โรงพยาบาลปลาปาก. ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประจำปีงบประมาณ 2565. นครพนม: งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ,2565.
3. Brandit, & Weinert,The relationship between social support and depression in adolescents. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 1985, 4.1: 20-24.
4. กฤษณา คำลอยฟ้า.พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลแก้งสนามนาง อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา, วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล Vol. 17 No. 1: มกราคม-มิถุนายน 2554.
5. Orem, D.E. (1991). Nursing Concepts of Practece (2nd ed). New York: Mc Grawbill. Book Company. International Diabetes Federation. (2017). IDF Diabetes Atlas 8th Edition 2017 Country.
6. คะนึงนิด พาที. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลหนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด.วารสาร รพ.นครพนม ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 กุมภาพันธ์ 14, 2561.
7. กิเริ่น โซนี่, นลวันท์ เชื้อเมืองพาน, ภัทรี มณีรัตน์และอรทัย มหาวงศ์นันท์. (2560). ผลของการให้ความรู้โรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นรายกลุ่มเทียบกับรายบุคคล ณ หน่วยบริการปฐมภูมิและคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. เชียงรายเวชสาร, 9(2), 21-22.

8. Pender, N. J. Health Promotion in Nursing Practice/Nola J. Pender, with a contribution by Albert R. Pender. 2nd ed. New York : Appleton & Lange,1987.
9. Cobb,S. (1976). Social support as moderate of Life stress. Phychosomatic Medicine.

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน
ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 มีนาคม – เมษายน 2567

# การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา

# Nursing care for pregnant women with preterm labor: case study.

(Received: April 8,2024 ; Revised: April 12,2024 ; Accepted: April 13,2024)

**รักชนก สิงห์พานิชย์**[1]
**Rukchanok Singpanich**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด วิธีการศึกษาโดยทำการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 2 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ประเมินผู้ป่วยโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่ากรณีศึกษาที่1 เป็นสตรีตั้งครรภ์อายุ 39 ปี ตั้งครรภ์ $G_5P_2A_2L_2$ อายุครรภ์ $30^{+5}$ สัปดาห์ ตั้งครรภ์ร่วมกับมีรกเกาะต่ำภายหลังให้การพยาบาลให้ยายับยั้งการคลอดสามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้สำเร็จ สตรีตั้งครรภ์นอนโรงพยาบาลทั้งหมด 5 วัน สามารถกลับไปพักผ่อนต่อที่บ้านได้ กรณีศึกษาที่ 2 เป็นสตรีตั้งครรภ์อายุ 32 ปี $G_3P_1A_1L_1$ อายุครรภ์ $34^{+4}$ สัปดาห์ ตั้งครรภ์ร่วมกับตั้งครรภ์แฝดภายหลังการดูแลให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ได้รับยายับยั้งการคลอดจนถึงอายุครรภ์ $37^{+1}$ สัปดาห์ สตรีตั้งครรภ์ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกคลอดน้ำหนัก 2,510 กรัม และ 2,460 กรัม ย้ายไปดูแลต่อยังหออภิบาลทารกแรกเกิด อาการปลอดภัยทั้งแม่และลูก สรุปนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 21 วัน

**คำสำคัญ:** การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน, การพยาบาลมารดาระยะคลอด

**Abstract**

This study was case study aimed to provide nursing guidelines for pregnant women with preterm labor. Methods: Two case studies were conducted. Data were collected from patient medical records, observation, and interviews with patients and relatives. Assess patients using the Gordon Health Model framework. together with the use of the nursing process

The results of the study found that case study 1 She is a 39-year-old pregnant woman, $G_5P_2A_2L_2$, $30^{+5}$ weeks pregnant, with placenta previa. After nursing, birth control was able to successfully stop the labor pains. The pregnant woman stayed in the hospital for a total of 5 days and was able to return to rest at home. Case study 2 is a 32-year-old pregnant woman, $G_3P_1A_1L_1$, gestational age $34^{+4}$ weeks, pregnant with twins after providing nursing care to the pregnant woman. She received birth control medication until she was $37^{+1}$ weeks pregnant. The pregnant woman had a cesarean section and her babies weighing 2,510 grams and 2,460 grams were transferred to the neonatal intensive care unit for further care. Symptoms are safe for both mother and child. In total, the hospital stay was 21 days.

**Keywords:** premature labor, pregnant women with complications, nursing care for pregnancy stage

## บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดถือเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของการดูแลสตรีตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ในประเทศไทยพบถึงร้อยละ 12.5 ทารกที่คลอดก่อนกำหนด[1] จะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและทุพพลภาพ และยังส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว และระบบสาธารณสุขของประเทศ การพยาบาลที่เหมาะสมจะช่วยลดอุบัติการณ์คลอดก่อนกำหนด ลดอันตราย

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยพิเศษสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

และภาวะแทรกซ้อนรวมถึงลดอัตราการตายและทุพพลภาพของทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ[2]

ปัญหาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดถือเป็นปัญหาด้านสาธารณสุข และเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อย จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าในแต่ละปีมีจำนวนทารกคลอดก่อนเฉลี่ยถึง 12 ล้านคน สถิติในประเทศไทยทารกที่คลอดแรกเกิด 28 วัน มีอัตราการตายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.4 เป็นร้อยละ 4.8 ซึ่งสาเหตุหลักเกิดจากการคลอดก่อนกำหนด[3] ผลกระทบของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบ ดังนี้ 1) ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ ทางด้านร่างกาย ได้แก่ ผลจากการได้รับยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก ทำให้ใจสั่น มือสั่น คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ กระวนกระวาย แน่นน้ำอก หายใจไม่สุดรวมถึงการรบกวนการพักผ่อนจากการให้การพยาบาล และผลกระทบด้านจิตใจ ทำให้หงุดหงิดง่าย เกิดความเครียด ซึมเศร้า รู้สึกโดดเดี่ยวเบื่อหน่าย รู้สึกด้อยคุณค่าในตัวเอง 2) ผลกระทบต่อทารก เป็นสาเหตุทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 50-80 และทำให้ทารกเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตถึงร้อยละ 75 ทำให้ทารกน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน อวัยวะต่างๆ ไม่สมบูรณ์ไม่พร้อมทำงาน เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงตามมา 3) ผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม ต้องมีการปรับตัวเข้ากับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้เหมือนเดิม ทำให้เกิดความเครียดสัมพันธภาพกับสามีลดลงในรายที่ต้องนอนโรงพยาบาลนาน

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หมายถึง การเจ็บครรภ์คลอดที่มีการหดรัดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งมีผลทำให้เกิดการบางตัวลง และ/หรือการเปิดปากของมดลูกในช่วงอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ถึง 36 สัปดาห์[1] ส่วนการคลอดก่อนกำหนด คือการคลอดหลังอายุครรภ์ 28 สัปดาห์[1] หรืออาจอายุครรภ์น้อยกว่านั้นตามศักยภาพของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง และคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ การคลอดก่อนกำหนดส่งผลต่อภาวะทุพพลภาพและการตายของทารกถึงร้อยละ 75 ทำให้ทารกแรกเกิดมีภาวะระบบหายใจล้มเหลว ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะติดเชื้อในทางเดินอาหาร การติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะชักและเสียชีวิตในที่สุด การคลอดก่อนกำหนดยังพบว่าเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่ามาตรฐาน ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลเฉลี่ย 170,000 บาท/ราย เป็นการเพิ่มภาระรายจ่ายทั้งในระดับครอบครัวและระดับประเทศ

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาจเกิดได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ 1) ประวัติทางสูติกรรม ได้แก่ เช่นสตรีตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านอายุรศาสตร์ ด้านสูติศาสตร์ มีการติดเชื้อนอกมดลูก มีความผิดปกติของมดลูก เคยมีประวัติการคลอดก่อนกำหนดมาก่อนหรือสตรีตั้งครรภ์มีการใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ เช่น ความผิดปกติของรก มีภาวะรกเกาะต่ำหรือลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะครรภ์แฝดน้ำหรือถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด และ3) ปัจจัยด้านทารกในครรภ์ เช่น ทารกในครรภ์มีความผิดปกติ ภาวะครรภ์แฝดสอง หรือมากกว่า เป็นต้น[4]ส่วนปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แบ่งออกเป็น 1) ประวัติทางสูตินรีเวชกรรม ได้แก่ มีประวัติคลอดก่อนกำหนด, เคยได้รับการผ่าตัดบริเวณปากมดลูก เช่น LEEP, conization, เคยได้รับการขูดมดลูกหลายครั้ง และมดลูกผิดปกติ (uterine anomalies) 2) ด้านสตรีตั้งครรภ์เอง ได้แก่ อายุน้อยกว่า 17 ปี หรือมากกว่า 35 ปี, มีระดับการศึกษาต่ำหรือมีเศรษฐานะต่ำ, ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์สั้น เช่น น้อยกว่า 6 เดือน, BMI < 19 กก./ม$^2$ หรือน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 50 กก., ภาวะโภชนาการไม่ดี (poor nutritional status), ทำงานหนัก เช่น มากกว่า 80 ชม.ต่อสัปดาห์ หรือ ยืนนานกว่า 8 ชม.ต่อวัน 3) ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ได้แก่ ตั้งครรภ์โดยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (assisted reproductive technology), ครรภ์แฝด, ทารกมีความผิดปกติ เช่น โครโมโซมผิดปกติ, พิการแต่กำเนิด, โตช้าในครรภ์} เสียชีวิต, มีเลือดออกทางช่องคลอดขณะตั้งครรภ์, รกเกาะต่ำหรือรกลอกตัวก่อนกำหนด, น้ำคร่ำมากหรือน้อยผิดปกติ, มีโรคทาง

อายุรกรรม เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไทรอยด์หอบหืด, ได้รับการผ่าตัดในช่องท้องในครรภ์นี้, ปัญหาทางจิตใจ เช่น ภาวะเครียด หรือซึมเศร้า, การใช้สารเสพติด เช่น สูบบุหรี่, ดื่มแอลกอฮอล์, โคเคน, เฮโรอีน , การติดเชื้อ, ปากมดลูกสั้นในช่วง 14-28 สัปดาห์ และมีการหดรัดตัวของมดลูก[1]

อาการและอาการแสดงอาจแตกต่างกันออกไป โดยอาจจะมีอาการและอาการแสดง ดังนี้คือ เจ็บครรภ์ถี่ขึ้น มดลูกมีการหดรัดตัวอย่างสม่ำเสมอจนทำให้ปากมดลูกมีการบางตัวและเปิดขยายตัว ปวดหลังหรือปวดเอว ปวดหน่วงท้อง ปวดหน่วงลงช่องคลอด หรืออาจมีอาการท้องเสียร่วมด้วย มีสิ่งคัดหลั่ง ออกทางช่องคลอด เช่น มูก มูกเลือด น้ำเดิน เป็นต้น[4]

การวินิจฉัยการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือ ตรวจพบการหดรัดตัวของมดลูก อย่างน้อย 4 ครั้งใน 20 นาทีหรือ 8 ครั้งใน 60 นาทีร่วมกับมีการเปิดขยายของปากมดลูกมากกว่า 1 เซนติเมตร และมีการบางตัวของปากมดลูกอย่างน้อยร้อยละ 80 หรืออาจร่วมกับมีมูกเลือดหรือถุงน้ำคร่ำรั่ว ตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ (สำหรับในกรณีที่อายุครรภ์ไม่แน่นอนให้ยึดน้ำหนักตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไป) ถึงอายุครรภ์ 36 สัปดาห์[1]

การป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้สตรีตั้งครรภ์สามารถตั้งครรภ์ได้จนครบกำหนดคลอด หรือคลอดในระยะเวลาที่เหมาะสม การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่ได้ผลดี มี 2 วิธี คือ การใช้ยาโปรเจสเตอโรน (progesterone) เป็นฮอร์โมนมีฤทธิ์ยับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก แนะนำให้ใช้ยาโปรเจสเตอโรนในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด เช่น เคยมีประวัติการคลอดก่อนอายุครรภ์37 สัปดาห์ ซึ่งการใช้ยาโปรเจสเตอโรนนั้นสามารถใช้ได้หลายรูปแบบ ได้แก่ การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เหน็บทางช่องคลอดหรือแบบรับประทาน และการเย็บผูกปากมดลูก (cervical cerclage) เป็นหัตถการที่ใช้ในการรักษาภาวะปากมดลูกหลวมโดยการเย็บผูกปากมดลูก ซึ่งเป็นหัตถการที่เพิ่มความแข็งแรงให้กับปากมดลูก ในกรณีสตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดร่วมกับการตรวจพบความยาวของปากมดลูกน้อยกว่า 25 มิลลิเมตร[5]

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากมีผลกระทบต่อสุขภาพและความปลอดภัยของแม่และทารกได้ การดูแลพยาบาลและสนับสนุนจึงต้องเน้นที่การป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการรักษาอย่างถูกวิธี แบ่งเป็น 2 กรณี ดังนี้ 1) การพยาบาลในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ คือ การให้ความรู้การให้คำแนะนำในการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน การตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 2) การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาป้องกันการคลอดก่อนกำหนด มารดาจะต้องได้รับยาโปรเจสเตอโรนค่อนข้างยาวนาน ในระยะนี้จะต้องมีการดูแลที่มีความครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการคิด และตัดสินใจร่วมกับสตรีตั้งครรภ์ เพื่อช่วยกันประคับประคองให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลควรให้ความรู้คำแนะนำแก่สตรีตั้งครรภ์เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้สามารถประเมินอาการผิดปกติของตนเองและมาโรงพยาบาลได้อย่างทันท่วงที

เพื่อการพยาบาลสตรีที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต้องให้ความสำคัญในการป้องกันและการรักษารวมถึงการให้ความสนับสนุนทางร่างกาย และจิตใจอย่างเหมาะสมเพื่อให้สามารถรับมือกับสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย การดูแลพยาบาลเริ่มตั้งแต่การคัดกรองและวินิจฉัยที่ถูกต้อง เพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงและการจัดการที่เหมาะสม การให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น การได้รับยาโปรเจสเตอโรน

และผลของยาที่อาจเกิดขึ้นตลอดจนการดูแลให้กำลังใจประคับประคองเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอด ผู้ศึกษาได้นำเสนอกรณีศึกษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2 กรณีศึกษาเปรียบเทียบวางแผนการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน[6] มาใช้เป็นแนวทางการประเมินภาวะสุขภาพ และให้การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม[7]

**วัตถุประสงค์ในการศึกษา**

1. เพื่อศึกษาให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
2. เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจลดข้อร้องเรียน

**ขั้นตอนและวิธีดำเนินการ**

ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการตั้งครรภ์ร่วมการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในช่วงปีงบประมาณ 2566 มีขั้นตอนในการศึกษาดังนี้

1. เลือกกรณีศึกษาเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการตั้งครรภ์ร่วมการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในช่วงปีงบประมาณ 2566 จำนวน 2 ราย
2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการ ประวัติการเจ็บป่วย ประเมินความรู้ความเข้าใจ แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้ง ประเมินสภาพผู้ป่วยและตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
3. ศึกษาค้นคว้าความรู้ทางวิชาการ เพื่อใช้เป็นแหล่งความรู้ในการวางแผนการพยาบาล
4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมประเมินโดยใช้แบบแผนภาวะสุขภาพ (Functional Heath Pattern) 11 แบบ แผนของมาร์จอรีย์ กอร์ดอน[6] เป็นกรอบแนวคิดในการประมินภาวะสุขภาพของบุคคล และวางแผนให้การดูแลพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม
5. ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้
6. สรุปผลการพยาบาล และสรุปปัญหาอุปสรรคในการพยาบาล
7. รวบรวมจัดทำเป็นรูปเล่ม
8. ตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

**ผลการศึกษา**

**1. ข้อมูลผู้ป่วย และการวิเคราะห์ทางการพยาบาล เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ**

**ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย และการวิเคราะห์ทางการพยาบาล เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ**

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|
| **ข้อมูลทั่วไป:** สตรีตั้งครรภ์ อายุ 39 ปี มาด้วยอาการ 5 ชม.ก่อนมาโรงพยาบาล มีเลือดออกทางช่องคลอดขนาดเท่าเหรียญ 5 บาท จำนวน 3 ก้อนขณะเบ่งปัสสาวะ ร่วมกับมีท้องปั้น 5-6 ครั้ง ใน 2 ชม. Duration <1 นาที interval 30 นาที<br>**ประวัติการตั้งครรภ์:** $G_5P_2A_2L_2$ อายุครรภ์ $30^{+5}$ สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่ รพช. จำนวน 6 ครั้ง ผลการตรวจเลือดขณะตั้งครรภ์ปกติ<br>**การตรวจทางหน้าท้อง:** ระดับความสูงของมดลูก ¾ เหนือระดับสะดือ ฟังเสียงอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 148 ครั้ง/นาที ไม่ได้ตรวจภายใน<br>โรคประจำตัว: ปฏิเสธ<br>**การวินิจฉัย:** preterm contraction with placenta previa totalis<br>**การรักษาที่ได้รับ:** | **ข้อมูลทั่วไป:** สตรีตั้งครรภ์ อายุ 32 ปี<br>ประวัติการตั้งครรภ์: $G_3P_1A_1L_1$ อายุครรภ์ $34^{+4}$ สัปดาห์ ตั้งครรภ์แฝด ฝากครรภ์ที่คลินิก จำนวน 10 ครั้ง ได้รับวัคซีนกันบาดทะยัก 2 เข็ม ผลการตรวจเลือดขณะตั้งครรภ์ปกติ<br>**การตรวจทางหน้าท้อง:** ระดับความสูงของมดลูก ¾ เหนือระดับสะดือ ฟังเสียงอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ข้างซ้าย 148 ครั้ง/นาที ข้างขวา 156 ครั้ง/นาที ไม่ได้ตรวจภายใน<br>**โรคประจำตัว**: ปฏิเสธ<br>**การแพ้ยา:** ไม่มี<br>**การวินิจฉัย:** preterm contraction with Twins with previous cesarian section<br>**การรักษาที่ได้รับ:** |

**ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย และการวิเคราะห์ทางการพยาบาล เชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ**

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|
| - ได้รับยายับยั้งการคลอด Bricanyl 5 amp + 5%DW 500 ml vein drip rate 15 ml/hr.<br>- Dexamethasone 6 mg IM ทุก 12 hr. x 4 doses<br>- หลังให้ยายับยั้งการคลอดสามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดได้สำเร็จ สตรีตั้งครรภ์นอนโรงพยาบาลทั้งหมด 5 วัน สามารถกลับไปพักผ่อนต่อที่บ้านได้ | - ได้รับยายับยั้งการคลอด Bricanyl 5 amp + 5%DW 500 ml vein drip rate 15 ml/hr.<br>- Dexamethasone 6 mg IM ทุก 12 hr. x 4 doses<br>- ได้รับการยับยั้งการคลอดจนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ สตรีตั้งครรภ์ได้รับการพิจารณาให้คลอดด้วยวิธีการผ่าตัดคลอด ทารกคลอดน้ำหนัก 2,510 กรัม และ 2,460 กรัม ย้ายไปดูแลต่อยังหออภิบาลทารกแรกเกิด อาการปลอดภัยทั้งแม่และลูก สรุปนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 21 วัน |

## 2. แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

จากการประเมินแบบแผนสุขภาพโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน นำมาสรุปปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้ดังนี้

**ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล**

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์<br>**เป้าหมาย:** เพื่อลดความไม่สุขสบายจากการเจ็บครรภ์<br>**กิจกรรมการพยาบาล:**<br>1. อธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บครรภ์ และแนวทางการรักษาของแพทย์<br>2. ติดเครื่องบันทึกการบีบตัวของมดลูกและการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ เพื่อเฝ้าระวังภาวะการ เปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจของทารก ถ้าพบเสียงหัวใจทารกผิดปกติ หรือพบภาวะการลดลงของหัวใจทารกอย่างฉับพลัน<br>3. ดูแลให้นอนตะแคงซ้ายเพื่อลดการกดทับเบียดเส้นเลือดดำใหญ่ (inferior venecava) เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกได้ดีและทารกได้รับออกซิเจนเพียงพอ<br>4. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง<br>5. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มดลูกหดรัดตัวถี่ขึ้น หรือหดรัดตัวนานเกินไป (Tetanic Contraction) เฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด และรายงานแพทย์ทราบทันที<br>6. ประเมินความเจ็บปวด (Pain score) และลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวด ให้มารดาได้ ระบายรวมถึงสังเกตและบันทึกพฤติกรรม<br>7. สอนเทคนิคการหายใจและการผ่อนคลาย ดูแลให้นอนตะแคงซ้าย เมื่อมดลูกหดรัดตัวให้หายใจเข้าลึกๆ ทางจมูกช้าๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ<br>8. สอนการลูบ การคลึงเบาๆ บริเวณที่มีความเจ็บปวดเมื่อมดลูกหดรัดตัวให้ใช้อุ้งมือทั้งสองข้างลูบหรือนวดเบาๆ โดยเริ่มจากบริเวณหัวเหน่าขึ้นไปหายอดมดลูกในขณะหายใจเข้า และจากยอดมดลูก ผ่านมาที่จุดเริ่มต้นใหม่ขณะที่มีการหายใจออก เพื่อเป็นการผ่อนคลาย<br>9. ดูแลความสุขสบายทั่ว ๆ ไป เช่น เช็ดหน้าเช็ดตัว จัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทสะดวก และเครื่องนอน สะอาด ไม่เปียกชื้น เพื่อให้สุขสบายและสดชื่นขึ้น | **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์<br>**เป้าหมาย:** เพื่อลดความไม่สุขสบายจากการเจ็บครรภ์<br>**กิจกรรมการพยาบาล:**<br>1. อธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บครรภ์ และแนวทางการรักษาของแพทย์<br>2. ติดเครื่องบันทึกการบีบตัวของมดลูกและการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ เพื่อเฝ้าระวังภาวะการ เปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจของทารก ถ้าพบเสียงหัวใจทารกผิดปกติ หรือพบภาวะการลดลงของหัวใจทารกอย่างฉับพลัน<br>3. ดูแลให้นอนตะแคงซ้ายเพื่อลดการกดทับเบียดเส้นเลือดดำใหญ่ (inferior venecava) เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกได้ดีและทารกได้รับออกซิเจนเพียงพอ<br>4. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง<br>5. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มดลูกหดรัดตัวถี่ขึ้น หรือหดรัดตัวนานเกินไป (Tetanic Contraction) เฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด และรายงานแพทย์ทราบทันที<br>6. ประเมินความเจ็บปวด (Pain score) และลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวด ให้มารดาได้ ระบายรวมถึงสังเกตและบันทึกพฤติกรรม<br>7. สอนเทคนิคการหายใจและการผ่อนคลาย ดูแลให้นอนตะแคงซ้าย เมื่อมดลูกหดรัดตัวให้หายใจเข้าลึกๆ ทางจมูกช้าๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ<br>8. สอนการลูบ การคลึงเบาๆ บริเวณที่มีความเจ็บปวดเมื่อมดลูกหดรัดตัวให้ใช้อุ้งมือทั้งสองข้างลูบหรือนวดเบาๆ โดยเริ่มจากบริเวณหัวเหน่าขึ้นไปหายอดมดลูกในขณะหายใจเข้า และจากยอดมดลูกผ่านมาที่จุดเริ่มต้นใหม่ขณะที่มีการหายใจออก เพื่อเป็นการผ่อนคลาย<br>9. ดูแลความสุขสบายทั่ว ๆ ไป เช่น เช็ดหน้าเช็ดตัว จัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทสะดวก และเครื่องนอนสะอาด ไม่เปียกชื้นเพื่อให้สุขสบายและสดชื่นขึ้น<br>**ประเมินผล:** |

**ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล**

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|
| **ประเมินผล:**<br>หลังให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์มีสีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถเผชิญความปวดได้อย่างเหมาะสม คะแนนความปวดลดลงอยู่ที่ 3-4 คะแนน | หลังให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์มีสีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถเผชิญความปวดได้อย่างเหมาะสม คะแนนความปวดลดลงอยู่ที่ 3-4 คะแนน |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** เสี่ยงต่อการได้รับภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยายับยั้งการคลอด<br>**เป้าหมาย:** เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยายับยั้งการคลอด<br>**กิจกรรมการพยาบาล:**<br>1. แจ้งหญิงตั้งครรภ์ให้ทราบเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา<br>2. ให้ยาตามแผนการรักษา โดยใช้เครื่องควบคุมปริมาณสารน้ำ (Infusion pump)<br>3. ประเมินอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ ≥100 ครั้ง/นาที ค่าความดันโลหิต ≥ 90/60 มิลลิเมตรปรอท อาการใจสั่น อาการหายใจลำบาก/หอบเหนื่อย ≥ 24 ครั้ง/นาที นอนราบไม่ได้ ถ้าพบความผิดปกติดังกล่าวควรรายงานแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษา<br>4. จัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการพักผ่อนอย่างพียงพอ<br>5. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก และฟังเสียงอตราการเต้นของหัวใจทุก 1 ชั่วโมง<br>6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ<br>7. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกตามแผนการรักษา<br>8. on EFM ตามแผนการดูแลของแพทย์เพื่อติดตามภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์<br>**ประเมินผล:**<br>ภายหลังการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ไม่มีอาการมดลูกหดรัดตัว และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยายับยั้งการคลอด ประเมินได้จากอัตราการเต้นของหัวใจ 90-102 ครั้ง/นาที ค่าความดันโลหิตปกติ มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการใจสั่น ไม่มีอาการหายใจลำบาก ไม่มีหอบเหนื่อยนอนราบไม่ได้ | **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** เสี่ยงต่อการได้รับภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยายับยั้งการคลอด<br>**เป้าหมาย:** เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยายับยั้งการคลอด<br>**กิจกรรมการพยาบาล:**<br>1. แจ้งหญิงตั้งครรภ์ให้ทราบเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา<br>2. ให้ยาตามแผนการรักษา โดยใช้เครื่องควบคุมปริมาณสารน้ำ (Infusion pump)<br>3. ประเมินอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ ≥100 ครั้ง/นาที ค่าความดันโลหิต ≥ 90/60 มิลลิเมตรปรอท อาการใจสั่น อาการหายใจลำบาก/หอบเหนื่อย ≥ 24 ครั้ง/นาที นอนราบไม่ได้ ถ้าพบความผิดปกติดังกล่าว ควรรายงานแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษา<br>4. จัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการพักผ่อนอย่างเพียงพอ<br>5. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก และฟังเสียงอัตราการเต้นของหัวใจทุก 1 ชั่วโมง<br>6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ<br>7. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกตามแผนการรักษา<br>8. on EFM ตามแผนการดูแลของแพทย์เพื่อติดตามภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์<br>**ประเมินผล:**<br>ภายหลังการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ไม่มีอาการมดลูกหดรัดตัว และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยายับยั้งการคลอด ประเมินได้จากอัตราการเต้นของหัวใจ 90-100 ครั้ง/นาที ค่าความดันโลหิตปกติ มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการใจสั่น ไม่มีอาการหายใจลำบาก ไม่มีหอบเหนื่อยนอนราบไม่ได้ |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** วิตกกังวลเกี่ยวกับตนเองและบุตรในครรภ์เนื่องจากมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด<br>**เป้าหมาย:** ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทารกในครรภ์<br>**กิจกรรมการพยาบาล:**<br>1. สร้างสัมพันธภาพกับหญิงตั้งครรภ์ และประเมินความวิตกกังวล<br>2. เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ระบายความวิตกกังวล ซักถามข้อสงสัย พร้อมรับฟังปัญหา และร่วมรับรู้ความวิตกกังวล<br>3. อธิบายเหตุผลและแผนการพยาบาลให้ทราบ<br>4. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพร้อมทั้งวิธีการปฏิบัติตัว และการสังเกตอาการผิดปกติของทารกทั้งตอนที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน<br>**ประเมินผล:**<br>1. หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด<br>2. หญิงตั้งครรภ์มีสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล | **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** วิตกกังวลเกี่ยวกับตนเองและบุตรในครรภ์เนื่องจากมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด<br>**เป้าหมาย:** ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทารกในครรภ์<br>**กิจกรรมการพยาบาล:**<br>1. สร้างสัมพันธภาพกับหญิงตั้งครรภ์ และประเมินความวิตกกังวล<br>2. เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ระบายความวิตกกังวล ซักถามข้อสงสัย พร้อมรับฟังปัญหา และร่วมรับรู้ความวิตกกังวล<br>3. อธิบายเหตุผลและแผนการพยาบาลให้ทราบ<br>4. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพร้อมทั้งวิธีการปฏิบัติตัว และการสังเกตอาการผิดปกติของทารกทั้งตอนที่อยู่โรงพยาบาล<br>**ประเมินผล:**<br>1. หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด<br>2. หญิงตั้งครรภ์มีสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** เสี่ยงต่อการมีเลือดออกเพิ่มเนื่องจากมีภาวะรกเกาะต่ำ<br>**เป้าหมาย:** ป้องกันการมีเลือดออกเพิ่มจากการมีภาวะรกเกาะต่ำ | **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** วิตกกังวลกลัวการผ่าตัดคลอด<br>**เป้าหมาย:** ลดความกลัวการผ่าตัดคลอด<br>**กิจกรรมการพยาบาล:** |

**ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล**

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|
| **กิจกรรมการพยาบาล:**<br>1. อธิบายให้สตรีตั้งครรภ์ และครอบครัวทราบและเข้าใจภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้น แนวทางการรักษาพยาบาลและความจำเป็นที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการเลือดออกจนกว่าเลือดจะหยุด<br>2. ประเมินอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด เช่น อาการของการมีเลือดออกเพิ่มขึ้น การประเมินสัญญาณชีพเป็นระยะ บันทึกปริมาณสารน้ำ และการหดรัดตัวของมดลูก<br>3. ใส่ผ้าอนามัยเพื่อประเมินเลือดที่ออกทางช่องคลอด โดยคาดคะเนจากเลือดที่ชุ่มผ้าอนามัย แนะนำให้ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและเปลี่ยนผ้าอนามัยอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง หรือเมื่อสกปรก ถ้าพบเลือดออกมากผิดปกติให้รายงานแพทย์<br>4. ดูแลให้ได้รับยายับยั้งการคลอด Bricanyl 5 amp + 5%DW 500 ml vein drip rate 15 ml/hr. พร้อมทั้งเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา<br>5. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก และฟังเสียงอัตราการเต้นของหัวใจทุก 1 ชั่วโมง และให้นับลูกดิ้นหลังรับประทานอาหารจะต้องดิ้นไม่น้อยกว่า 10 ครั้ง/วัน<br>6. ดูแลให้สตรตั้งครรภ์รู้สึกผ่อนคลาย จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดกิจกรรมบางอย่างที่รบกวนสตรตั้งครรภ์เพื่อให้เกิดความรู้สึกสบายและสามารถพักผ่อนได้<br>**ประเมินผล:**<br>- หญิงตั้งครรภ์ไม่มีเลือดออกเพิ่มขึ้น ไม่มีอาการมดลูกหดรัดตัว เด็กดิ้นดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยายับยั้งการคลอด และสามารถพักผ่อนได้ | 1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นในการผ่าตัด และขั้นตอนต่าง ๆ ในการผ่าตัดรวมทั้งให้ความมั่นใจกับสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับทีมบุคลากรสุขภาพ ที่จะคอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทั้งก่อน และหลังผ่าตัดคลอด<br>2. เปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์ระบายความรู้สึกต่าง ๆ และซักถามข้อสงสัยโดยพยาบาลเป็นผู้ฟังที่ดี<br>3. แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์พูดคุยกับสตรีตั้งครรภ์รายอื่นที่ได้รับการผ่าตัดคลอดไปแล้ว และประสบความสำเร็จในการผ่าตัดคลอด<br>4. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล และให้กำลังใจสตรีตั้งครรภ์<br>5. เมื่อสตรีตั้งครรภ์พร้อมสอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดคลอด<br>**การประเมินผล**: สตรีตั้งครรภ์มีสีหน้าท่าทางดีขึ้นบอกว่าพร้อมที่จะได้รับการผ่าตัดคลอด |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวแรงขึ้นทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกน้อยลง<br>**เป้าหมาย:** เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวแรงขึ้นทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกน้อยลง<br>**กิจกรรมการพยาบาล:**<br>1. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงอาการและแนวทางการรักษาที่เข้าใจง่ายเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง<br>2. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ผ่อนคลายในขณะที่มดลูกหดรัดตัวโดยให้หายใจเข้าและออกช้าๆ และผ่อนคลายเป็นระยะ ๆ โดยการเพ่งสายตาไปที่จุดใดจุดหนึ่ง เช่น รูปภาพ ใช้อุ้งมือทั้งสองข้างลูบ หรือนวดเบาๆ โดยเริ่มจากบริเวณหัวหน่าวขึ้นไปทางยอดมดลูกในขณะที่มีการหายใจเข้า และจากยอดมดลูกลูบผ่านตรงลงมาที่จุดเริ่มต้นใหม่ ในขณะหายใจออก ดังนั้นเมื่อหายใจเข้าและออก 1 ครั้ง ก็จะลูบท้องเสร็จ 1 ครั้งไปพร้อมๆกัน<br>3. ประเมินความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวด เพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้องเหมาะสม<br>5. ดูแลให้หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคงซ้าย เพื่อให้สุขสบาย เลือดไหลเวียนสู่ทารกในครรภ์ได้ดี<br>6. ติดตามวัดสัญญาณชีพ และความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก 4 ชั่วโมง | **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** เสี่ยงต่อการได้รับภาวะแทรก ซ้อนจากการระงับความรู้สึก<br>**เป้าหมาย:** เพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก<br>**กิจกรรมการพยาบาล:**<br>1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของมารดา โดยการทดสอบขาทั้ง 2 ข้างด้วย แอลกอฮอล์เย็นทดสอบว่ารู้สึกเท่ากันหรือไม่ โดยการสอบถามจากมารดาพบว่าเย็นเท่ากันทั้ง 2 ข้าง<br>2. อธิบายให้มารดาทราบผลข้างเคียงของยาที่จะทำให้ความรู้สึกของร่างกายท่อนล่างลดลง และให้ระมัดระวังในเรื่องของอุบัติเหตุ<br>3. จัดท่าให้นอนราบหนุนหมอน ตะแคงตัวได้ 6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการปวดศีรษะและเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนอาการปวดจะบรรเทาเมื่อนอนราบ และรุนแรงขึ้นเมื่อนั่งหรือยืน ถ้ามีภาวะขาดน้ำในระดับรุนแรงหลังผ่าตัดคลอด จะทำให้อัตราการปวดศีรษะมากขึ้น<br>4. วัดและบันทึกสัญญาณชีพและความดันโลหิต ทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะคงที่ติดต่อกัน 2 ครั้ง และทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมงแรก เพื่อประเมินภาวะการทำงานของระบบหายใจ<br>5. สอบถามภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ เช่น ปวดศีรษะ หน้าชา |

**ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล**

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|
| 7. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาที โดย Monitor เครื่อง EFM และจับดู Contraction, relaxation และinterval, Duration หากพบผิดปกติ รายงานแพทย์ทันที<br>8. ประเมินสุขภาพทารกฟังเสียงหัวใจทารกทุก 30 นาที หากพบผิดปกติ รายงานแพทย์ทันที<br>9. ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ปลอดภัย ไม่รบกวนผู้คลอด<br>10. ดูแลให้ได้รับยายับยั้งการคลอด Bricanyl 5 amp + 5%DW 500 ml vein drip rate 15 ml/hr. ตามแผนการรรักษา พร้อมทั้งเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา<br>**ประเมินผล:**<br>ทารกในครรภ์ไม่มีภาวะภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวแรงขึ้นทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกน้อยลง ประเมินได้จากอัตราการเต้นของหัวใจทารก 150-160 ครั้ง/นาที หญิงตั้งครรภ์ไม่มีการหดรัดตัวของดลูก สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ | 6. ดูแลยกไม้กั้นเตียงขึ้น พร้อมตรวจสอบความแข็งแรงอุปกรณ์รอบเตียงเพื่อป้องกันไม้ กั้นเตียงชำรุด และป้องกันอุบัติเหตุจากการพลัดตกเตียง<br>7. ประเมินคะแนนความเจ็บปวด เพื่อประเมินประสิทธิภาพของหัตถการและระยะเวลาของยาชา<br>**ประเมินผล:**<br>มารดามีความรู้สึกตัวดี สามารถพูดคุยโต้ตอบได้ แจ้งว่าความรู้สึกปวดลดลงอย่างมาก แค่รู้สึกตึงๆ ชาๆความดันโลหิตตัวบน systolic อยู่ในช่วง 100-110 มิลลิเมตรปรอท และความดันตัวล่าง diastolic อยู่ในช่วง 50-70 มิลลิเมตรปรอท, ออกซิเจนในกระแส เลือดอยู่ในช่วง 96-98 เปอร์เซ็นต์, ชีพจรอยู่ในช่วง 70-90 ครั้งต่อนาที, อัตราการเต้นของหัวใจ 126-130 ครั้งต่อนาที มารดาและทารกไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ไม่ปวดศีรษะ รู้สึกตัวดี ผิวไม่ซีด เล็บมือเล็บเท้าไม่เขียว |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** ขาดความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน<br>**เป้าหมาย:** เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์เมื่อกลับไปอยู่บ้าน<br>**กิจกรรมการพยาบาล:**<br>1. ประเมินความรู้ความเข้าใจของสตรีตั้งครรภ์ เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด<br>2. สอนวิธีการประเมินอาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยให้นอนตะแคงใช้หมอนรองบริเวณหลัง วางนิ้วบนยอดมดลูกเหนือระดับสะดือ ตรวจดูการแข็งตัวของมดลูกใน 1 ชั่วโมงว่าเกิดทุก 10 นาทีหรือไม่<br>3. แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น ปวดท้อง หรือมีอาการปวดหลังร่วมด้วยหรือไม่ ถ้าพบว่ามีให้นอนพักอย่างน้อย 30 นาที โดยให้นอนตะแคงซ้ายหากมีอาการเจ็บครรภ์ และสังเกตว่ามีสิ่งขับหลั่งออกทางช่องคลอดด้วยหรือไม่ เช่น มูก มูกปนเลือด น้ำใสๆ ถ้ามีให้รีบพบแพทย์ทันที<br>4. ให้สังเกตการดิ้นของทารกในครรภ์ทุกวัน โดยนับจำนวนครั้งที่เด็กดิ้นภายหลังรับประทานอาหารว่าดิ้นน้อยลงหรือไม่ (ปกติควรดิ้นไม่น้อยกว่า 4 ครั้งภายหลังรับประทานอาหารแต่ละมื้อ)<br>5. ดูแลแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดย<br>5.1 นอนพักบนเตียงให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยให้นอนตะแคงข้าง<br>5.2 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และปริมาณเพียงพอ น้ำหนักควรเพิ่มขึ้นประมาณ ½ กิโลกรัม/สัปดาห์<br>5.3 ดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว ไม่ควรดื่มชาหรือกาแฟ และงดดื่มสุรา งดการสูบบุหรี่ เสพสารเสพติด หรือซื้อยารับประทานเอง<br>5.4 ไม่ควรกลั้นปัสสาวะ เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง<br>5.5 หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์ เช่น การกระตุ้นเต้านมขณะมีเพศสัมพันธุ์ และงดมีเพศสัมพันธ์เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ เพื่อหลีกเลี่ยงโอกาสที่มดลูกจะหดตัวมากขึ้น | **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากตั้งครรภ์แฝด<br>**เป้าหมาย:** เพื่อป้องการตกเลือดหลังคลอด<br>**กิจกรรมการพยาบาล:**<br>1. ให้มารดาหลังคลอดนอนพัก ลดการใช้พลังงานและงดอาหาร และน้ำทางปาก<br>2. สังเกตระดับความรู้สึกตัวและอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ซีด เพื่อประเมินการตอบสนองของร่างกายต่อปริมาณเลือดที่ลดลงในระบบไหลเวียนเลือด<br>3. ตรวจนับชีพจรและวัดความดันโลหิตทุก 15 นาที หรือบ่อยกว่านี้ตามความจำเป็นเพื่อประเมินภาวะภาวะเสียเลือด<br>4. ให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา<br>5. ตรวจดูการหดรัดตัวของมดลูก และระดับยอดมดลูก<br>6. ดูแลให้ยาเพิ่มการหดรัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษาคือ Oxytocin 20 ยูนิต ผสมใน 5%DN/2 1,000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำในอัตรา 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง<br>7. ติดตามค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง เพื่อประเมินอัตราการเสียเลือด<br>8. ดูแลความสุขสบายทั่วไปให้ความอบอุ่น ดูแลสิ่งแวด ล้อม ให้สงบสะอาด<br>**ประเมินผล:**<br>ภายหลังการผ่าตัดคลอดมารดาหลังคลอดไม่มีอาการตกเลือดหลังหลอดประเมินได้จาก ไม่มีเลือดออกผิดปกติ มดลูกหดรัดตัวดี ค่าความเข้มข้นของเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 38-43 vol% |
| | **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด<br>**เป้าหมาย:** เพื่อบรรเทาอาการปวดให้มารดาสุขสบายขึ้นและปวดแผลลดลง<br>**กิจกรรมการพยาบาล:**<br>1. ประเมินความเจ็บปวดของอาการปวดแผลผ่าตัดด้วยการสอบถามสังเกตจากสีหน้าท่าทาง และใช้การประเมินจากตัวเลขบอกระดับความ |

**ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล**

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|
| 5.6 ให้บุคคลในครอบครัวทำงานแทน เช่น งานบ้าน การยกของหนัก การอุ้มบุตรให้อุ้มในท่าที่เหมาะสม<br>**การประเมินผล:**<br>- หญิงตั้งครรภ์บอกวิธีการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและวิธีปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดได้ถูกต้อง<br>- หญิงตั้งครรภ์ไม่เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ | ปวด (Pain score) เพื่อเป็นข้อมูลในการช่วยเหลือและเลือกวิธีบรรเทาอาการปวด<br>2. แนะนำให้นอนในท่าที่สบายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและเมื่อมารดารู้สึกตัวดีจัดให้นอนท่าศีรษะสูงชันเข่าเพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัวลดการดึงรั้งของแผลช่วยให้อาการปวดทุเลาลง<br>3. แนะนำให้ใช้มือ หรือหมอนประคองแผลผ่าตัดขณะไอหรือมีการเคลื่อนไหวและแนะนำให้เคลื่อนไหวช้าๆ ใช้มือประคองแผลขณะลุกนั่งหรือเดิน เพื่อลดการกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด<br>4. สอนเทคนิคการหายใจลดปวดโดยให้หายใจเข้าทางจมูกลึกๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปากเพราะการหายใจสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ โดยเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจมาที่การควบคุมหายใจเข้าออก<br>5. ให้การพยาบาลแก่มารดาด้วยความนุ่มนวล ช่วยให้อาการปวดแผลลดลงได้<br>6.ในระยะที่มารดายังงดน้ำและอาหาร และมีอาการปวดแผลมาก ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา<br>7. พูดคุยให้กำลังใจ เพื่อลดความวิตกกังวลมารดาผ่อนคลายช่วยให้บรรเทาความเจ็บปวดลดลง<br>**ประเมินผล:**<br>มารดาหลังคลอดมีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส และไม่บ่นเจ็บปวดแผลผ่าตัดหลังได้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ระดับความปวดลดลง (Pain score = 3 คะแนน) |
| | **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่** 8 วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพบุตรเนื่องจากคลอดก่อนกำหนด<br>**เป้าหมาย:** เพื่อให้มารดาหลังคลอดคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุตร<br>**กิจกรรมการพยาบาล:**<br>1. สร้างสัมพันธ์ภาพกับมารดาหลังคลอดแสดงท่าทางเป็นมิตรและเปิดโอกาสให้มารดาหลังคลอดซักถาม<br>2. อธิบายมารดาหลังคลอดและญาติให้รับทราบอาการของบุตรและสาเหตุที่ทารกมีน้ำหนักตัวน้อย และการดูแลทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อย<br>3. เปิดโอกาสให้มารดาได้ไปเยี่ยมดูแลบุตรที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดเพื่อให้ติดตามผลการรักษาของบุตร<br>**ประเมินผล:** มารดาหลังคลอดมีสีหน้าคลายความวิตกกังวลลงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของบุตรสามารถตอบคำถามย้อนกลับได้ |
| | **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่** 10 ขาดความรู้ในการดูแลตนเองหลังคลอดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน<br>**เป้าหมาย:** เพื่อให้มารดาหลังคลอดมีความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน<br>**กิจกรรมการพยาบาล:**<br>1. ประเมินความรู้ความเข้าใจของมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอดบุตร<br>2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ในเรื่องดังต่อไปนี้ |

**ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล**

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|
| | 2.1 การดูแลแผลผ่าตัด โดยแนะนำให้อาบน้ำได้ปกติ หลีกเลี่ยงไม่ให้แผลโดนน้ำ หลังอาบน้ำควรซับแผลให้แห้ง แผลจะหายเป็นปกติประมาณ 7 วัน<br>2.2 การรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เพื่อส่งเสริมให้สารอาหารเพียงพอต่อการสร้างน้ำนมให้ลูก ควรรับประทานผักผลไม้จะช่วยไม่ให้ท้องผูก<br>2.3 การพักผ่อน ควรพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง โดยเฉพาะในช่วง 2 สัปดาห์แรก เนื่องจากมารดาสูญเสียเลือดและพลังงานในขณะคลอด<br>2.4 การทำความสะอาดร่างกาย แนะนำสามารถอาบน้ำได้ตามปกติ ไม่ควรแช่อ่าง พราะจะทำให้แผลติดชื้อได้ ภายหลังอุจจาระหรือปัสสาวะควรล้างให้สะอาดและซับให้แห้ง และความเปลี่ยนผ้าอนามัยวันละ 2 ครั้ง หรือเมื่อชุ่ม<br>2.5 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอดงดทำงานหนัก งดออกแรง และไม่ควรยกของหนักเพราะอาจเจ็บแผลผ่าตัดและมดลูกเคลื่อนต่ำลงได้<br>2.6 น้ำคาวปลา แนะนำสังเกตความผิดปกติของน้ำคาวปลา ในช่วงแรกควรมีสีแดงสดและจะสีจางลงเรื่อย ๆ จนเป็นสีน้ำตาลอ่อน และลดปริมาณลงเรื่อย ๆ จนหมดไป และมดลูกเข้าอู่ประมาณ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด หากน้ำคาวปลามีกลิ่นและสีแดงสด และมีกลิ่นเหม็น ควรรีบมาพบแพทย์ทันที<br>3. แนะนำการดูแลเต้านม เมื่อเต้านมคัดควรสวมเสื้อชั้นในกระชับเพื่อพยุงเต้านมไว้ และแนะนำวิธีการให้นมลูกอย่างถูกวิธี<br>4. แนะนำการมาตรวจหลังคลอดตามนัด เพื่อดูความว่าแม่หลังคลอดเข้าสู่ภาวะปกติหรือยัง การตรวจภาวะแทรกซ้อน การตรวจภายใน การตรวจมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งการแนะนำการคณมกำเนิด เพื่อไม่ให้ตั้งครรภ์ใหม่เร็วเกินไป<br>**การประเมินผล:**<br>- มารดาหลังคลอดบอกวิธีการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้<br>- มารดาหลังคลอดสีหน้าคลายความวิตกกังวล |

**สรุปและอภิปรายผล**

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 กรณีซึ่งเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กรณีศึกษาที่ 1 เป็นสตรีตั้งครรภ์อายุ 39 ปี ตั้งครรภ์ $G_5P_2A_2L_2$ อายุครรภ์ $30^{+5}$ สัปดาห์ ตั้งครรภ์ร่วมกับมีรกเกาะต่ำ มาด้วยอาการมีเลือดออกทางช่องคลอดร่วมกับมีอาการมดลูกหดรัดตัว 5-6 ครั้งต่อ 2 ชั่วโมง Interval 30 นาที Duration 30 วินาที จากการวิเคราะห์เป็นการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดชนิด early preterm labor คือ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนอายุครรภ์ 33 สัปดาห์[1] สาเหตุปัจจัยการเกิดอาจเกิดจากการที่มารดาตั้งครรภ์อายุมาก 39 มี ซึ่งปัจจัยในด้านอายุที่จะกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดคือน้อยกว่า 17 ปี และอายุมากกว่ากว่า 35 ปี [1] แนวทางการดูแลที่ได้รับ คือ การดูแลรับไว้ในโรงพยาบาล ดูแลประคับประคองให้นอนพัก และให้ยายังยั้งการคลอดจนกว่าจะไม่มีอาการมดลูกหดหัดตัว ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 เป็นสตรีตั้งครรภ์อายุ 32 ปี $G_3P_1A_1L_1$ อายุครรภ์ $34^{+4}$ สัปดาห์ ตั้งครรภ์ร่วมกับตั้งครรภ์แฝด จากการวิเคราะห์เป็นการเจ็บครรภ์คลอดชนิด late preterm labor คือ เป็นการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตั้งแต่อายุครรภ์ 34 สัปดาห์

ถึง 36 สัปดาห์[1] ปัจจัยกระตุ้นน่าจะเกิดจากสตรีตั้งครรภ์เป็นครรภ์แฝดเมื่ออายุครรภ์มากขึ้นมดลูกมีการขยายตัวมากขึ้นจะกระตุ้นให้มดลูกมีการหดรัดตัวมากขึ้นสำหรับการเจ็บครรภในระยะนี้แนวทางการดูแลพิจารณาที่ทารกในครรภ์เป็นหลักเนื่องจากทารกในครรภ์จะมีการเจริญเติบโตของอวัยวะต่างๆมากขึ้น อาจพิจารณาให้ยายับยั้งการคลอดร่วมกับการให้ corticosteroids แบบ single course และพิจารณาให้คลอดได้เมื่อยา corticosteroids ครบ ดังนั้นสำหรับกรณีศึกษานี้จึงได้รับการพิจารณาให้คลอดแต่รอจนถึงอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ และต้องมีการเตรียมความพร้อมทีมกุมารแพทย์สำหรับการดูแลทารกแฝดที่จะเกิดมาด้วย

สรุปได้ว่าบทบาทการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ควรเริ่มตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพกับสตรีตั้งครรภ์เพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคยให้เกิดความไว้วางใจ และหลังจากนั้นจะเป็นการคัดกรองปัญหาและปัจจัยที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อให้การวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม บทบาการดูแลให้ยายับยั้งการคลอดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น บทบาทการให้ความรู้คำแนะนำที่ถูกต้องและเหมาะสม ให้เหมาะแต่ละบุคคลเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถนำความรู้และคำแนะนำไปปฏิบัติในการดูแลตนเองทั้งตอนอยู่ที่โรงพยาบาลและตอนกลับไปอยู่ที่บ้าน เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ พร้อมทั้งการให้กำลังใจแก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวในการช่วยกันดูแลประคับประคอง เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอดได้

**ข้อเสนอแนะ**

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นเร่งด่วนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้นควรมีแนวทางการให้ความรู้คำแนะนำที่ถูกต้อง และเหมาะสมในแต่ละบุคคล แก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว จึงเป็นสิ่งจำเป็นมากเพื่อสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวได้นำความรู้ และคำแนะนำต่างๆ ไปใช้ดูแลตนเองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจในระหว่างที่ตั้งครรภ์สามารถสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

**เอกสารอ้างอิง**

1. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2566). **การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด**: แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2565-2567.
2. ชลทิชา รักษาธรรม. (2561). **แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง.** วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
3. ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ 2565. **กลุ่มรายงานมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก.** Available at: https://hdcservice.moph.go.th/ hdc/reports/ report.php?source= formatted/format1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id= ecdbfc8b4725386c34623ce9 9f0f4b8d (Accessed on 25 March 2024).
4.ประไพรัตน์ แก้วศิริ, ศิริภรณ์ เหมะธุลิน, พิมลพรรณ อันสุข และพรรณยุพา เนาว์ศรีสอน. (2563). การส่งเสริมศักยภาพแก่สตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: บทบาทพยาบาล. **ศรีนครินทร์เวชสาร 2563**; 35(2); หน้า 238-245.
5. ฐิรวรรณ บัวแย้ม, เพียงบุหลัน ยาปาน, สุจิตตรา พงศ์ประสบชัย, Tirawan Buayaem, Piengbulan Yapan, Suchitra Pongprasobchai (2562). **การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด**. Retrieved from: https://repository.li.mahidol.ac.th/handle/123456789/56869.
6. Gordon, M. (1994). **Nursing diagnosis: Process and Application**. New York: McGraw-Hill.
7. Orem DE. **Nursing: concepts of practice**. 6th ed. Saint Louis: Mosby; 2001.

# รูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม
# A Model Environmentally Friendly Management of Land Parcel Delivery for Small and Medium Enterprises in Thailand
# Model of environmentally friendly domestic small land parcel transport.

(Received: April 8,2024 ; Revised: April 12,2024 ; Accepted: April 14,2024)

**ธัญญพัทธ์ แสนศรีเศรษฐกุล**[1], **บุญเลิศ วงค์โพธิ์**[2], **วินัย วีระวัฒนานนท์**[2], **ธัศษณพัฒน์ ปานพรม**[2]
**Thunyaphat Sansrisetthakul**[1], **Bunlert Wongpho**[2], **Vinai Veravatnanond**[3]
**and Thassanaphat Parnprom**[2]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1)ศึกษาสภาพปัญหาการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศ 2) พัฒนารูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม 3) ศึกษาความคิดเห็นของผู้ประกอบการ พนักงานประจำร้าน พนักงานขนส่งพัสดุต่อรูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นพนักงานของธุรกิจบริการขนส่งพัสดุทางบก ในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 300 แห่ง กลุ่มตัวอย่างที่ให้สัมภาษณ์ข้อมูลสำคัญ จำนวน 90 คน ใช้วิธีการเลือกแบบโควต้า เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถามความคิดเห็น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติทดสอบเอฟ และข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์สรุปความตามเนื้อหาโดยวิธีพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า 1) สภาพปัญหาส่วนใหญ่ของธุรกิจบริการรับส่งพัสดุทางบกภายในประเทศ พบประเด็นปัญหา 4 ด้าน คือ ด้านระบบการจัดการบริหารด้านการขนส่งพัสดุที่ไม่มีประสิทธิภาพ ด้านการขนส่ง ยานพาหนะและอุปกรณ์ หรือในส่วนที่เป็นสภาพรถที่ใช้ขนส่งไม่มีความพร้อมต่อการใช้งานรวมทั้งปัญหาสภาพแวดล้อมการจราจร ด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน และด้านอาคาร/สำนักงาน สำหรับบริการรับส่งพัสดุ 2) รูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก และ 3) ความคิดเห็นของผู้ประกอบการ พนักงานประจำร้าน พนักงานขนส่งพัสดุที่มีต่อรูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมาก

**คำสำคัญ** : รูปแบบการขนส่งพัสดุ การบริหารจัดการ ความมิตรกับสิ่งแวดล้อม

**Abstract**

This research was action research. The objectives of this study were 1) to study the problems of transporting small land parcels within the country, 2) to develop model for transporting small land parcels within the country that is environmentally friendly, and 3) to study the opinions of entrepreneurs. Store employee Parcel delivery personnel following the mode of parcel transport via small land within the country that is environmentally friendly. Population using In the research were employees of the land parcel delivery business in Samut Prakan Province 300 places, the sample group that provided important information interviewed was 90 people using Quota selection method. The instrument used in the research from, interviews guide and opinion questionnaires. Statistics used for data analysis were mean, standard deviation, and F-test, Qualitative data were Analyze by content analysis.

The research results revealed that 1) most of the problems in the domestic land parcel delivery service business were found to be: management system, inefficient transportation, vehicles and equipment,

[1] นักศึกษา หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
[2] อาจารย์, หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

operation personnel and office building side for parcel delivery services, 2) a model environmentally friendly management of land parcel delivery for small and medium enterprises in thailand was considered at a high level by those submitting qualification, and 3) the total opinions of store employee, parcel delivery personal in a model environmentally friendly management of land parcel delivery for small and medium enterprises in thailand at a high level.

**Keywords:** Parcel Transportation Model, Management, Environmentally friendly.

**บทนำ**

ปัจจุบันความก้าวหน้าของเทคโนโลยีส่งผลให้การซื้อขายสินค้าและบริการเป็นไปอย่างกว้างขวางมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการซื้อขายสิ้นค้าผ่านระบบออนไลน์ หรือที่เรียกว่า ธุรกิจพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์หรือ E-Commerce ซึ่งเป็นธุรกิจที่มีการติดต่อซื้อขายระหว่างผู้ขายกับผู้ซื้อผ่านแพล็ตฟอร์ม หรือแอพพลิเคชั่น และทำการจัดส่งสินค้าด้วยระบบขนส่ง โดยสำนักงานพัฒนาธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน) หรือ ETDA ได้ประเมินมูลค่าการซื้อขายสินค้าผ่านระบบออนไลน์ในปี 2561 มีมูลค่ากว่า 3.2 ล้านล้านบาท และมีมูลค่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เป็นเพราะพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนได้เปลี่ยนแปลงไป โดยเน้นความรวดเร็ว และความสะดวกสบายเป็นหลัก การสั่งซื้อสินค้าทางระบบออนไลน์ จึงตอบสนองผู้บริโภคได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ธุรกิจระบบการขนส่งเพิ่มพัสดุทางบกเพิ่มจำนวนมากขึ้นเช่นกัน เพราะการขนส่งเป็นตัวขับเคลื่อนเศรษฐกิจที่สำคัญ ที่ดำเนินการขนส่งสิค้าจากต้นทางเพื่อกระจายสินค้าไปยังผู้บริโภค ช่วยอำนวยความสะดวกในการเดินทางของผู้คน เป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายและปัญหาการจราจร ได้เป็นอย่างดี แต่ในขณะเดียวกันกิจกรรมการขนส่งมีการใช้พลังงานมากที่สุดและมีการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เป็นอันดับต้น ๆ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Climate Change) และด้วยระบบการจัดการด้านการขนส่งที่ยังมีข้อจำกัด จึงทำให้ผู้ประกอบธุรกิจบริการขนส่งต้องประสบปัญหาหลายประการ เช่น การเกิดอุบัติเหตุ การบรรทุกพัสดุที่ไม่เหมาะสม พัสดุมีน้อยเกินไป การเดินรถเที่ยวเปล่ากลับไปยังต้นทางเพื่อรองรับการให้บริการขนส่งสินค้าเที่ยวใหม่[1] ซึ่งถือเป็นความสูญเสียและเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการลงทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ รวมทั้งยังมีส่วนสร้างปัญหามลพิษทางอากาศ ปัญหาฝุ่น PM 2.5 และปัญหาโลกร้อนอีกด้วย

การมุ่งสู่โลจิสติกส์เพื่อสิ่งแวดล้อมหรือ กรีนโลจิสติกส์ นับเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งที่ประเทศไทยควรเร่งสนับสนุนให้ผู้ประกอบการขนส่ง ควรมีความพร้อมเพื่อการพัฒนาขีดความสามารถในการบริหารระบบ โลจิสติกส์ให้เกิดผลสำเร็จได้อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อสร้างความได้เปรียบด้านการแข่งขันที่ในอนาคต ที่มีการแข่งขันมากขึ้น รวมทั้งมาตรการการกีดกันทางการค้าในรูปแบบต่าง ๆ ดังนั้นการบริหารจัดการห่วงโซ่อุปทานให้มีประสิทธิภาพเพื่อให้สอดคล้องกับกติกาใหม่ที่สัมพันธ์ไปกับกระแสสิ่งแวดล้อมโลก จึงควรมีแนวทางการบริหารจัดการระบบโลจิสติกส์ ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่สำคัญในการช่วยลดต้นทุน และเพิ่มขีดความสามารถ เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าทั้งในด้านเวลา และคุณภาพ และเพิ่มประสิทธิภาพในการแข่งขัน ให้กับธุรกิจได้เป็นอย่างดี[2] อย่างไรก็ตาม การจัดการโลจิสติกส์ ได้มีการพัฒนารูปแบบในการจัดการมาอย่างต่อเนื่อง ทั้งมิติด้านการจัดการเพื่อบริหารจัดการต้นทุน มิติด้านการจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า และมิติการจัดการแบบเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งมิติด้านการบริหารจัดการที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ถือเป็นแนวทางการพัฒนาธุรกิจที่ได้รับการสนใจทั้งในระดับองค์กร รวมถึงการตอบสนองตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ซึ่งปฏิเสธไม่ได้ว่าตัวแปรที่สำคัญที่จะชักนำไปสู่การพัฒนาสู่การจัดการโลจิสติกส์ คือ การ

จัดการด้านวัตถุดิบ และการจัดการด้านพลังงาน[3] ดำเนินงานดังกล่าว ควรเน้นการวางแผนและการบริหารจัดการ ให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด ลดการสูญเสีย ลดปริมาณมาณการใช้พลังงาน หรือการใช้พลังงานให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งนี้ การดำเนินการดังกล่าวจะเกิดผลสัมฤทธิ์สูงสุดได้ จำเป็นต้องเกิดจากความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อส่วนรวม

จากประเด็นข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้สนใจในการศึกษารูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม โดยทำการศึกษารูปแบบของระบบการขนส่งพัสดุตั้งแต่ต้นทางไปถึงปลายทางของระบบการขนส่ง รวมทั้งคุณภาพในการให้บริการ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการขนส่งพัสดุภายในประเทศ ให้อยู่บนหลักการที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงการลดต้นทุนการขนส่ง การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

**วัตถุประสงค์**

1.เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการขนส่งทางบกขนาดย่อมภายในประเทศ

2.เพื่อพัฒนารูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

3.เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อรูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตร ต่อสิ่งแวดล้อม

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา ที่ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method Research) โดยใช้ทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ แบ่งการวิจัยออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสัมภาษณ์ ผู้ประกอบการ พนักงานประจำร้าน พนักงานขนส่งสินค้า ที่ทำงานในบริษัทขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อม ในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 90 คน ด้วยวิธีการคัดเลือกแบบกำหนดโควต้า (Quota Selection) โดยการกำหนดสัดส่วนผู้ให้สัมภาษณ์ทั้ง 6 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเมืองสมุทรปราการ อำเภอพระประแดง อำเภอบางพลี อำเภอพระสมุทรเจดีย์ อำเภอบางเสาธงและอำเภอบางบ่อ อำเภอละ 15 คน เพื่อเก็บข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ประเด็นสภาพปัญหา

ระยะที่ 2 นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้รวบรวมมาทั้งหมด 90 ฉบับ มาวิเคราะห์ประเด็นสภาพปัญหาจากการประกอบธุรกิจขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศ มาทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการสรุปข้อมูลสภาพปัญหาได้เป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านการบริหารจัดการเชิงนโยบาย 2) ด้านการขนส่ง 3) ด้านการพัฒนาบุคลากร และ 4) ด้านการบริหารจัดการอาคาร/สำนักงานจุดให้บริการรับส่งพัสดุ

ระยะที่ 3 นำข้อมูลสภาพปัญหาการประกอบธุรกิจขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศ ทั้ง 4 ด้าน มาทำการประชุมสนทนากลุ่มกับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เพื่อจัดทำ (ร่าง) รูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ได้ตัวบ่งชี้รวมทั้งสิ้น 20 ตัวบ่งชี้ ประกอบด้วย 1) ด้านการบริหารจัดการเชิงนโยบาย จำนวน 5 ตัวบ่งชี้ 2) ด้านการจัดการขนส่ง จำนวน 5 ตัวบ่งชี้ 3) ด้านการพัฒนาบุคลากร จำนวน 5 ตัวบ่งชี้ และ 4) ด้านการบริหารจัดการอาคาร/สำนักงานจุดให้บริการรับส่งพัสดุ จำนวน 5 ตัวบ่งชี้ โดยทำการทบทวน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนสมบูรณ์ของเนื้อหา และทำการประเมินความเหมาะสมโดยวิธีฉันทามติ

ระยะที่ 4 นำรูปแบบการประกอบธุรกิจขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ไปสอบถามความคิดเห็น กับผู้ประกอบการ พนักงานประจำร้าน พนักงานขนส่งพัสดุ ที่ทำงานในบริษัทที่ประกอบธุรกิจขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศ ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกันกับการวิจัยระยะที่ 1

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร ได้แก่ ผู้ประกอบการ พนักงานประจำร้าน พนักงานขนส่งพัสดุ ที่ปฏิบัติงานในบริษัทประกอบธุรกิจขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศ ในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 300 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ประกอบการ พนักงานประจำร้าน พนักงานขนส่งพัสดุ ที่ปฏิบัติงานในบริษัทประกอบธุรกิจขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศ ในจังหวัดสมุทรปราการ ด้วยวิธีการคัดเลือกแบบกำหนดโควต้า (Quota Selection) โดยการกำหนดสัดส่วนผู้ให้สัมภาษณ์ทั้ง 6 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเมืองสมุทรปราการ อำเภอพระประแดง อำเภอบางพลี อำเภอพระสมุทรเจดีย์ อำเภอบางเสาธงและอำเภอบางบ่อ อำเภอละ 15 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 90 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

การวิจัยนี้ มีเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ผู้ประกอบการ พนักงานประจำร้าน พนักงานขนส่งพัสดุ ที่ปฏิบัติงานในบริษัทประกอบธุรกิจขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศ ในจังหวัดสมุทรปราการ เกี่ยวกับประเด็นสภาพปัญหาในการประกอบธุรกิจ

2. แบบประเมินความเหมาะสมต่อรูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

3. แบบสอบถามความคิดเห็นผู้ประกอบการพนักงานประจำร้าน พนักงานขนส่งพัสดุ ต่อรูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

การทดสอบเครื่องมือ นำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนด้านภาษา ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้าง จากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญ ด้านเนื้อหา ด้านการวัดและประเมินผล จำนวน 5 คน พิจารณาความเหมาะสมของข้อคำถาม ความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามที่กำหนดไว้ และความเที่ยงตรง (Validity) แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of Congruence) การคัดเลือกข้อคำถามโดยพิจารณาเฉพาะข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.50 ขึ้นไป สำหรับนำไปใช้เก็บข้อมูล ผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสัมภาษณ์มีค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.84 จึงได้นำไปจัดทำเป็นแบบสอบถามเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูล

2. แบบประเมินความเหมาะสมและแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ประกอบการพนักงานประจำร้าน พนักงานขนส่งพัสดุต่อรูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

2.1 ศึกษาทฤษฎี หลักการ และวิธีการสร้างแบบสอบถามความคิดเห็น

2.2 สร้างแบบประเมินความเหมาะสมต่อรูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทำการประเมิน ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 20 ตัวบ่งชี้ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามวิธีของลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยกำหนดหลักการให้น้ำหนักคะแนน ดังนี้ (พรนภา เตียสุทธิกุล และคณะ)

| | | |
|---|---|---|
| มากที่สุด | กำหนดให้ | 5 คะแนน |
| มาก | กำหนดให้ | 4 คะแนน |
| ปานกลาง | กำหนดให้ | 3 คะแนน |
| น้อย | กำหนดให้ | 2 คะแนน |
| น้อยที่สุด | กำหนดให้ | 1 คะแนน |

มีเกณฑ์ที่ใช้ในการแปลความหมายค่าเฉลี่ยของคะแนน ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2545)

4.51 – 5.00 หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด

3.51 – 4.50 หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับมาก

2.51 – 3.50 หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับปานกลาง

1.51 – 2.50 หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับน้อย

1.00 – 1.50 หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับน้อยที่สุด

2.3 สร้างแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ประกอบการ พนักงานประจำร้าน พนักงานขนส่งพัสดุต่อรูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 20 ตัวบ่งชี้ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามวิธีของ ลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยกำหนดหลักการให้น้ำหนักคะแนน ดังนี้

มากที่สุด กำหนดให้ 5 คะแนน
มาก กำหนดให้ 4 คะแนน
ปานกลาง กำหนดให้ 3 คะแนน
น้อย กำหนดให้ 2 คะแนน
น้อยที่สุด กำหนดให้ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ที่ใช้ในการแปลความหมายค่าเฉลี่ยของคะแนน ดังนี้

4.51 – 5.00 หมายถึง มีความคิดเห็นต่อรูปแบบการขนส่งในระดับมากที่สุด

3.51 – 4.50 หมายถึง มีความคิดเห็นต่อรูปแบบการขนส่งในระดับมาก

2.51 – 3.50 หมายถึง มีความคิดเห็นต่อรูปแบบการขนส่งในระดับปานกลาง

1.51 – 2.50 หมายถึง มีความคิดเห็นต่อรูปแบบการขนส่งในระดับน้อย

1.00 – 1.50 หมายถึง มีความคิดเห็นต่อรูปแบบการขนส่งในระดับน้อยที่สุด

2.4 นำแบบสอบถามความคิดเห็นของพนักงานขนส่งพัสดุต่อรูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ชุดเดิม จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์การเรียนรู้ (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยเกณฑ์ที่เหมาะสมในการตัดสินที่จะนำไปใช้ในการพิจารณา ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ซึ่งผลโดยรวมของแบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.90 จึงได้นำไปจัดทำเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัย

**วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย**

ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยออกเป็น ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทำการสอบถามกับผู้ประกอบการ พนักงานประจำร้าน พนักงานขนส่งสินค้า ที่ปฏิบัติงานในบริษัทประกอบธุรกิจขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศ ในจังหวัดสมุทรปราการ จนครบจำนวน 90 คน โดยประสานความร่วมมือกับบริษัทที่ประกอบธุรกิจขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อม ทั้ง 6 อำเภอ ในจังหวัดสมุทรปราการ ให้กับกลุ่มตัวอย่างที่อาสาสมัครให้ข้อมูลด้วยความเต็มใจ และกำหนดนัดหมายรวบรวมข้อมูลส่งกลับให้กับผู้วิจัย

2. ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ไปทำการสอบถามกับผู้ประกอบการ พนักงานประจำร้าน พนักงานขนส่งสินค้า ที่ปฏิบัติงานในบริษัทประกอบธุรกิจขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศ ในจังหวัดสมุทรปราการ จนครบจำนวน 90 คน โดยประสานความร่วมมือกับบริษัทที่ประกอบธุรกิจขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อม ทั้ง 6 อำเภอ ในจังหวัดสมุทรปราการ ให้กับกลุ่มตัวอย่างที่อาสาสมัครซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกันกับการสัมภาษณ์ และกำหนดนัดหมายรวบรวมข้อมูลส่งกลับให้กับผู้วิจัย แล้วนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วน ลงรหัสข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากการสัมภาษณ์ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหาเชิงคุณภาพ (Content Analysis) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการจัดเป็นหมวดหมู่และแยกประเด็นข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของสภาพปัญหากับ

วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อเชื่อมโยงไปสู่การศึกษาแนวคิดและทฤษฎี โดยสรุปผลแบบบรรยายเชิงพรรณนา

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ที่ได้จากการสอบถามความคิดเห็น วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติเอฟ

**สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล**

สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติทดสอบผลและสมมติฐาน F-test One Way (ANOVA)

**ผลการวิจัย**

จากการศึกษาและพัฒนารูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม สรุปผลตามวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาสภาพสภาพปัญหาของระบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาปัญหาและเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ประกอบการ พนักงานประจำร้าน และพนักงานขนส่งสินค้า พบว่า ปัญหาหลักที่เกิดขึ้น คือ 1) ระบบการบริหารจัดการการขนส่งพัสดุที่ไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการขนส่งพัสดุแต่ละเส้นทางไม่สามารถใช้รถขนส่งร่วมกันระหว่างเส้นทางได้ และปัญหาที่มีทั้งการรับและการส่งพัสดุ ไม่สามารถใช้รถคันเดียวกันได้ จึงทำให้เกิดการเดินรถเที่ยวเปล่าเพื่อไปรับพัสดุมายังคลังสินค้าเพื่อทำการคัดแยก ทำให้เกิดปัญหาการใช้รถขนส่งไม่เกิดประสิทธิภาพสูงสุด 2) ด้านการขนส่ง อุปกรณ์หรือยานพาหนะ เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการที่สภาพรถไม่พร้อมใช้งาน ซึ่งอาจมีการชำรุดเสียหายตามกาลเวลาและการใช้งานที่หนัก รวมทั้งระบบการจัดการด้านอุปกรณ์หรือยานพาหนะ ยังไม่มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน ปัญหาดังกล่าวจึงส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการให้บริการ จำนวนรถที่ส่งพัสดุมีไม่เพียงพอต่อปริมาณของพัสดุที่ต้องจัดส่ง ระบบถนนและปริมาณการจราจร การซ่อมแซมถนนที่ชำรุด ช่องทางถนนที่แคบเกินไปในบางช่วง การขับขี่รวมทั้งผู้ใช้รถใช้ถนนจำนวนมากที่ไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร ทำให้เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง ส่งผลกระทบต่อการนำส่งพัสดุที่ล่าช้า และเพิ่มมากขึ้นในแต่ละเที่ยวเกิดการคงค้างของพัสดุลูกค้าไม่พอใจและเกิดการร้องเรียนจากลูกค้าเป็นจำนวนมาก 3) สภาพปัญหาด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน สาเหตุหลักที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากพนักงานไม่สามารถปฏิบัติงานตามหน้าที่ได้ เนื่องจากขาดความรู้ในส่วนงานที่ได้รับผิดชอบ ขาดแรงจูงใจในการทำงานและไม่ทำตามกฎระเบียบที่ตกลงกันไว้ และ 4) ด้านอาคาร/สำนักงานรับส่งพัสดุ ขาดความเป็นระเบียบ ความสะอาด และสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานรวมทั้งผู้มารับบริการจัดส่งพัสดุ

2. ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำแนกตามรายด้านและภาพรวม พบว่า รูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมมีความเหมาะสมโดยรวมที่ระดับเหมาะสมมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.63, S.D.= 0.49) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่ามีระดับความเหมาะสมมากที่สุดทุกด้าน

3. ผลการศึกษาความคิดเห็นของผู้ประกอบการ พนักงานประจำร้านและพนักงานขนส่งพัสดุที่มีต่อรูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม พบว่า ผู้ประกอบการ พนักงานประจำร้านและพนักงานขนส่งพัสดุ มีความเห็นต่อรูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม โดยรวม อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก ($\overline{X}$ = 4.03, S.D.= 0.70) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่ามีความเห็นอยู่ในระดับมากทุกด้าน

**ตารางที่ 1** แสดงผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ประกอบ พนักงานประจำร้านและพนักงานขนส่งพัสดุต่อรูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

| แหล่งความแปรปรวน | df | SS | MS | F | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| ด้านการบริหารจัดการเชิงนโยบาย | | | | | |
| ระหว่างกลุ่ม | 4 | 0.49 | 0.13 | 1.49 | 0.19 |
| ภายในกลุ่ม | 265 | 36.11 | 0.09 | - | - |
| รวม | 269 | 36.60 | - | - | - |
| ด้านการจัดการขนส่ง | | | | | |
| ระหว่างกลุ่ม | 4 | 0.80 | 0.16 | 0.53 | 0.23 |
| ภายในกลุ่ม | 265 | 33.60 | 0.71 | - | - |
| รวม | 269 | 34.40 | - | - | - |
| ด้านการพัฒนาบุคลากร | | | | | |
| ระหว่างกลุ่ม | 4 | 0.53 | 0.11 | 1.24 | 0.29 |
| ภายในกลุ่ม | 265 | 33.81 | 0.09 | - | - |
| รวม | 269 | 34.34 | - | - | - |
| ด้านการบริหารจัดการอาคาร/สำนักงาน จุดให้บริการรับส่งพัสดุ | | | | | |
| ระหว่างกลุ่ม | 4 | 0.55 | 0.11 | 1.28 | 0.27 |
| ภายในกลุ่ม | 265 | 33.88 | 0.08 | - | - |
| รวม | 269 | 34.43 | - | - | - |

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ประกอบ พนักงานประจำร้าน และพนักงานขนส่งพัสดุ ต่อรูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One – Way ANOVA) ทดสอบ พบว่า มีความคิดเห็นไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**สรุปและอภิปรายผล**

จากจากการศึกษาและพัฒนารูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมในครั้งนี้ มีประเด็นสำคัญที่พบจากการวิจัย โดยนำมาอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. สภาพสภาพปัญหาของระบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการขนส่งสินค้า พนักงานประจำร้าน และพนักงานขนส่งพัสดุ เกี่ยวกับประเด็นปัญหาของระบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศ ทำการวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงโดยใช้แผนผังสาเหตุหรือผังก้างปลา (Causes and effect diagram) เพื่อแสดงถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 4 ประเด็น คือ

ประเด็นที่ 1 ระบบการจัดการบริหารด้านการขนส่งพัสดุที่ไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากสภาพปัญหาในการจัดเส้นทางเดินรถขนส่ง และกระบวนการกระจายสินค้าไม่มีมาตรฐานและกฎเกณฑ์ที่ชัดเจน ทำให้เกิดปัญหาการใช้รถขนส่งไม่เกิดประสิทธิภาพสูงสุด รวมไปถึงต้นทุนที่สูงขึ้นจากปัจจัยราคาน้ำมันที่ต้องใช้ในการขนส่งพัสดุ สอดคล้องกับงานวิจัยของปิยะฉัตร จารุธีรศานต์[4]ที่ได้ศึกษาการเพิ่มประสิทธิภาพการขนส่งของธุรกิจซื้อมาขายไปในประเทศไทย พบปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ประกอบการขนส่งที่ให้บริการขนส่งสินค้าใน

ธุรกิจซื้อมาขายไป ประกอบด้วย ความรู้ด้านการขนส่งและมุมมองด้านการพัฒนาการขนส่ง ด้านมาตรฐานการบริการ มีผลต่อการสร้างความพึงพอใจให้กับลูกค้ามากที่สุด รองลงมาคือ ไม่มีการวางแผนเส้นทางเดินรถ การจัดระบบงาน และการควบคุมงานทุกครั้งที่ขนย้ายสินค้าจากสถานที่แห่งหนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่ง ส่งผลให้ต้นทุนที่ใช้ในการขนส่งสูงตามไปด้วย

ประเด็นที่ 2 ด้านอุปกรณ์ หรือยานพาหนะในส่วนที่เป็นสภาพรถที่ใช้ขนส่ง ไม่มีความพร้อมต่อการใช้งาน ขาดการซ่อมบำรุง การดูแลรักษา และการตรวจสอบสภาพรถก่อนการใช้งานขนส่ง ซึ่งในแต่ละบริษัทที่ประกอบธุรกิจขนส่งยังไม่มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการให้บริการ เมื่อรถที่กำลังใช้งานเกิดการชำรุดเสียหาย รวมทั้งจำนวนรถที่ส่งพัสดุไม่เพียงพอต่อปริมาณของพัสดุที่ลูกค้าจัดส่ง ทำให้เกิดความเสียหายต่อการให้บริการของบริษัท สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฉมามาศ ประยงค์[5] ที่ได้ทำการศึกษาการปรับปรุงเพิ่มประสิทธิภาพการขนส่งและกระจายสินค้า กรณีศึกษาบริษัท ซี-ปี โลจีสติกส์ แอนด์ ดิสทริบิวชั่น จำกัด จากการวิเคราะห์ปัญหาที่อาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานของบริษัท คือปัญหาความสามารถในการให้บริการมีไม่เพียงพอต่อความต้องการของลูกค้า ซึ่งมีสาเหตุจากรถของบริษัทไม่สามารถให้การบริการได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ปัญหารถขนส่งเกิดอุบัติเหตุจากการให้บริการและปัญหาระยะเวลาในการซ่อมแซม เมื่อพิจารณาค่าความเสียโอกาสทั้งหมด ในระยะเวลาหนึ่งปี คิดเป็นจำนวนเงินสูงถึง 95 ล้านบาท ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 40 ของรายได้รวมทั้งหมดของบริษัท ถือเป็นค่าความเสียหายจำนวนมากเมื่อเทียบกับรายได้ของบริษัท

ประเด็นที่ 3 ปัญหาอุปสรรคด้านสภาพแวดล้อม เช่น ระบบถนนและการจราจร การซ่อมแซมถนนที่ชำรุด ช่องทางถนนที่แคบเกินไป อีกทั้งยังมีสาเหตุมาจากผู้ขับขี่และผู้ใช้รถใช้ถนนจำนวนมาก ไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร ส่งผลกระทบต่อการขนส่งพัสดุให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด ที่เป็นเช่นนี้เพราะเขตจังหวัดสมุทรปราการ ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่อุตสาหกรรม ทำให้มีการจราจรที่หนาแน่นในช่วงเวลาเร่งด่วน เช่น ช่วงเวลาเช้าและเย็น นอกจากนี้ยังมีรถขนส่งสินค้าเป็นจำนวนมากที่กระจุกตัวในคลังสินค้า ทำให้เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง

ประเด็นที่ 4 ปัญหาอุปสรรคด้านบุคลากร ปัญหาที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับพนักงานไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามหน้าที่ เนื่องจากขาดความรู้ในส่วนงานที่รับผิดชอบ ไม่ทำตามกฎระเบียบของบริษัท และขาดแรงจูงใจในการทำงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของประจักษ์ พรมงาม[6] ที่ได้ศึกษาแนวทางพัฒนาการลดความล่าช้าในการขนส่งสินค้าปูนซีเมนต์ผง กรณีศึกษา บริษัท มีนาทรานสปอร์ต จำกัด ซึ่งพบปัญหาสำคัญคือ 1) ปัญหาด้านสภาพยานพาหนะไม่ได้มาตรฐาน และไม่พร้อมให้บริการ 2) ปัญหาด้านการควบคุมติดตามยานพาหนะระหว่างการขนส่งสินค้า 3) ปัญหาด้านสภาพเส้นทาง และระยะทางในการขนส่ง 4) ปัญหาด้านพนักงานขับรถพักผ่อนอย่างเพียงพอ 5) ปัญหาด้านโครงข่ายเส้นทางที่สามารถเชื่อมโยงได้สะดวก และรวดเร็ว 6) ปัญหาด้านการอบรมให้ความรู้เพิ่มทักษะการขับขี่ที่ปลอดภัย 7) ปัญหาด้านทักษะ และความสามารถ ความชำนาญในการขับขี่ 8) ปัญหาการติดตามประสานงานแก้ปัญหาที่รวดเร็วและถูกต้อง 9) ปัญหาด้านพนักงานดื่มสุราหรือสารกระตุ้นก่อนหรือขณะขับขี่ยานพาหนะ และ 10) ปัญหาด้านอัตราค่าตอบแทนและสวัสดิการพนักงานขับรถ

2. ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ในส่วนของการพัฒนารูปแบบ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลสภาพปัญหามาจัดทำเป็นรูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม โดยจัดแบ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1)ด้านการบริหารจัดการเชิงนโยบาย มี

5 ตัวบ่งชี้ 2)ด้านการจัดการขนส่ง มี 5 ตัวบ่งชี้ 3) ด้านการพัฒนาบุคลากร มี 5 ตัวบ่งชี้ และ 4) ด้านการบริหารจัดการอาคาร/สำนักงานจุดให้บริการรับส่งพัสดุ มี 5 ตัวบ่งชี้ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทำการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบก่อนนำไปใช้ ซึ่งในแต่ละด้านมีระดับคะแนนความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ทุกด้าน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการประกอบธุรกิจในสภาวการณ์ปัจจุบันที่ต้องคำนึงถึงความสำคัญของการบริหารจัดการด้านการขนส่งเพื่อลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม เช่น การลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการประกอบธุรกิจในภาพรวม และยังสอดคล้องกับนโยบายของภาครัฐที่ขับเคลื่อนรูปแบบเศรษฐกิจใหม่หรือ BCG Model ซึ่งประกอบด้วย เศรษฐกิจชีวภาพ (Bio Economy) มุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรชีวภาพเพื่อสร้างมูลค่าเพิ่ม เน้นการพัฒนาทรัพยากรที่มีอยู่สร้างผลิตภัณฑ์มูลค่าสูง เชื่อมโยงกับ เศรษฐกิจหมุนเวียน (Circular Economy) คือการนำวัสดุต่าง ๆ กลับมาใช้ประโยชน์ให้มากที่สุด ซึ่งทั้งสองส่วนนี้ อยู่ภายใต้เศรษฐกิจสีเขียว (Green Economy) ซึ่งเป็นการพัฒนาเศรษฐกิจที่ไม่ได้มุ่งเน้นเพียงการพัฒนาเศรษฐกิจเท่านั้น แต่ต้องพัฒนาควบคู่ไปกับการพัฒนาสังคมและการรักษาสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุล เพื่อให้เกิดความมั่นคงและยั่งยืนไปพร้อมกัน

3. ผลการศึกษาความคิดเห็นของผู้ประกอบการ พนักงานประจำร้าน และพนักงานขนส่งพัสดุ ต่อรูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม จากการศึกษาความคิดเห็นของผู้ประกอบการ พนักงานประจำร้าน และพนักงานขนส่งพัสดุ ที่ปฏิบัติงานในบริษัทที่ประกอบธุรกิจขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศ ต่อรูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม พบว่า มีระดับความคิดเห็น อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.03, S.D. = 0.70) และเมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ประกอบ พนักงานประจำร้าน และพนักงานขนส่งพัสดุต่อรูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม พบว่า มีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม เป็นรูปแบบที่ได้พัฒนาจากกระบวนการมีส่วนร่วมของตัวแทนที่ปฏิบัติงานในบริษัทประกอบธุรกิจการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศ ที่ให้ข้อมูลที่เกิดจากสภาพจริงในการปฏิบัติงาน และเมื่อนำมาจัดทำเป็นตัวบ่งชี้ในแต่ละด้าน ทำให้เกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่งบริษัทขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมต้องปฏิบัติตามตัวบ่งชี้ให้ครบทั้ง ด้านการบริหารจัดการเชิงนโยบาย ด้านการจัดการขนส่ง ด้านการพัฒนาบุคลากร และด้านการบริหารจัดการอาคาร/สำนักงานจุดให้บริการรับส่งพัสดุ เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการบริหารจัดการในช่วงเวลาที่ผ่านมา สอดคล้องกับงานวิจัยของ Aleksandr Rakhmangulov, Nikita Osintsev[6] ซึ่งเป็นกิจกรรมเริ่มต้นของกรีนโลจิสติกส์ ที่ออกแบบภายใต้แนวปฏิบัติระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม และการรวมปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเข้ากับการปฏิบัติงานด้านโลจิสติกส์ โดยมีหลักการสำคัญ 4 ประการ คือ 1) การเกิดผลกระทบน้อยที่สุด คือการลดผลกระทบด้านลบต่อธรรมชาติตลอดวงจรการผลิตการขนส่ง โดยการใช้วัสดุโดยตรง และการรีไซเคิล 2) การใช้นวัตกรรม คือ การนำนวัตกรรมเทคโนโลยีเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม มาใช้เพื่อลดแรงกดดันต่อสิ่งแวดล้อม 3) การมีเหตุผล คือ การใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างมีเหตุผลเกิดความคุ้มค่าและใช้เต็มศักยภาพของการขนส่งนั้นๆ 4) การลำดับชั้น คือการจัดลำดับความสำคัญของทางเลือกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยการจัดลำดับชั้นของการพัฒนาที่ยั่งยืน ได้แก่ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรม

**ข้อเสนอแนะ**

1.ข้อมูลสนเทศในด้านสภาพปัญหาการบริหารจัดการการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศ สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน

สำหรับภาคธุรกิจที่ดำเนินกิจการขนส่งขนส่งพัสดุขนาดย่อมภายในประเทศ ได้นำไปใช้ประโยชน์ในด้านการวางแผนการดำเนินงาน เพื่อกำหนดการบริหารจัดการเส้นทางเดินรถขนส่งพัสดุที่เหมาะสม เพื่อสามารถนำไปพัฒนาระบบให้สามารถตัดสินใจได้ในระดับเชิงลึก เช่น ระบบที่สามารถโต้ตอบกับผู้ใช้งานได้ตามข้อมูลที่ทำการระบุ หรือสามารถวางแผนแบบเรียลไทม์จากจุดที่รถขนส่งอยู่ ณ ขณะนั้นได้

2. ควรมีการวิจัยต่อยอดถึงการพัฒนาเกณฑ์ชี้วัดรูปแบบการขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม สำหรับใช้ในการดำเนินงานและประเมินองค์กรให้มีประสิทธิภาพ ให้สอดคล้องกับข้อกำหนดตามที่กฎหมายกำหนดไว้

3. ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมในทุกๆภาคพื้นที่ของประเทศ เพราะธุรกิจการให้บริการขนส่ง มีครอบคลุมทั่วทุกภาคของประเทศอาจมีความแตกต่างได้ในระดับความพึงพอใจ และด้านพฤติกรรมในการใช้บริการ เพื่อนำมาปรับปรุงคุณภาพการให้บริการขนส่งและการกระจายสินค้าให้เหมาะสมกับลูกค้าในแต่ละภูมิภาค

4. ผู้ประกอบการควรมีการปรับตัว โดยการสร้างสรรค์วิธีการขนส่งให้มีต้นทุนต่ำแต่ต้องอยู่ภายใต้การบริการที่ลูกค้าพึงพอใจ เช่น การสร้างเครือข่ายการขนส่งร่วมกัน หรือ มีจุดพักสินค้าร่วมกับผู้ประกอบการรายอื่น เพื่อลดการขนส่งเที่ยวเปล่า

## เอกสารอ้างอิง

1. วิภาวรรณ พันธุ์สังข์. (2554). **การพัฒนาระบบวางแผนการขนส่งเพื่อลดการเดินรถบรรทุกเที่ยวเปล่า.** วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
2. พิชัย เหลี่ยวเรืองรัต. (2557). **โลหะสีเขียวเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน.** มหาวิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น. ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 (2558): ธันวาคม 2557 - พฤษภาคม 2558.
3. Thaiforklift. (2556). **โลจิสติกสเพื่อรักษาสิ่งแวดลอม. (Green Logistics)** สืบค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2565 จาก http://pcnforklift2556.blogspot.com/2013/04/green-logistics.html
4. ปิยะฉัตร จารุธีรศานต์. (2563). **การเพิ่มประสิทธิภาพการขนส่งของธุรกิจ ซื้อมาขายไปในประเทศไทย.** วารสารวิทยาการจัดการ, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2563, 7(2), 81–95.
5. ฉมามาศ ประยงค์. (2555). **การปรับปรุงเพิ่มประสิทธิภาพการขนส่งและกระจายสินค้า กรณีศึกษาบริษัท ซี-โปร โลจีสติกส์ แอนด์ ดิสทริบิวชั่น จำกัด.** วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัย หอการค้า.
6. Aleksandr Rakhmangulov, Nikita Osintsev. (2017). **Green Logistics: Element of the Sustainable Development Concept.** Retrieved October 26, 2022, From https://www.researchgate.net/publication/ 320898692 Green Logistics Element of the Sustainable Development Concept Part 1

# การศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตในปีแรก และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายที่ไม่รุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมง และหลัง 72 ชั่วโมงใน โรงพยาบาลโพธาราม

# Comparing first-year mortality rates and complications in elderly hip fracture patients who undergo surgery within 72 hours and after 72 hours in Photharam hospital,

(Received: April 9,2024 ; Revised: April 12,2024 ; Accepted: April 14,2024)

**ธัญทัต เลื่องเลิศ**[1]
**Tunyatut Luanglert**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตในปีแรก และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ที่ได้รับการผ่าตัดภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมง และหลัง 72 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลโพธารามและ 2) ศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมง และหลัง 72 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลโพธาราม การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์จากเหตุไปหาผล โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่ากระดูกสะโพกหักชนิด Closed Femoral neck fracture, Close Intertrochanteric fracture จากอุบัติเหตุภยันตรายที่ไม่รุนแรง (Fragility fracture)และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโพธาราม ระหว่าง เดือน พฤษภาคม 2562 – เดือนพฤษภาคม2565 จำนวน 125 คน แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง จำนวน 41 คน และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายหลัง 72 ชั่วโมงจำนวน 84 คน แล้วเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตในปีแรกหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายระหว่างนอนโรงพยาบาล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงแบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง ได้แก่ independent t-test และ Chi-square test

ผลการศึกษา: ผลการเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตในปีแรกและภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง กับกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายหลัง 72 ชั่วโมง ในผู้ป่วยสูงอายุข้อสะโพกหักจากภยันตรายที่ไม่รุนแรง ที่รักษาด้วยการผ่าตัด พบว่า อัตราการเสียชีวิตในปีแรกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72ชั่วโมงมีแนวโน้มน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลัง72 ชั่วโมง ร้อยละ2.4และ 14.3ตามลำดับ p=0.059 ส่วนภาวะแทรกซ้อนโดยรวมที่พบหลังผ่าตัด ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่เป็นแผลกดทับ ปอดติดเชื้อ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะหลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน พบว่าอัตราการเกิดไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายหลัง 72 ชั่วโมง แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า ทั้งภาวะแทรกซ้อนภาพรวมที่พบหลังการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่เป็นแผลกดทับ ปอดติดเชื้อ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในกลุ่มผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงจะมีอัตราการเกิดน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายหลัง 72 ชั่วโมง ผลการเปรียบเทียบระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและ ค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง กับกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายหลัง 72 ชั่วโมงพบว่า จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยอยู่ที่ 12.8 ± 4.191และ 18.3 ± 6.328วัน และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเฉลี่ยอยู่ที่ 81,955.31และ 92,027.40บาท โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( P<0.05 ทั้งคู่)

**คำสำคัญ:** การผ่าตัดกระดูกสะโพก การเสียชีวิตในปีแรก ภาวะแทรกซ้อน กระดูกสะโพกหักจากภยันตรายที่ไม่รุนแรง

**Abstract**

The objective of this study was to compare first-year mortality rates and complications in elderly hip fracture patients who undergo surgery within 72 hours and after 72 hours. This study was to retrospectively collect data from medical records in patients aged 50 years and over who were diagnosed with closed femoral neck fracture, close intertrochanteric fracture due to fragility fracture and were treated by surgery that was admitted

[1] พ.บ.,ว.ว. ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี

to Photharam Hospital from May 2019 to May2022. The total of 125 cases were included and then divided to 41 patients who received surgery within 72 hours and 84 patients who received surgery after 72 hours. Then compare the mortality rate in the first year after surgery, complications, length of hospital stay and expenses during hospital stay. The statistics used to analyze the data consisted of descriptive statistics such as frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and reference statistics: independent t-test and Chi-square test.

Result: There was no significant difference in general information between two population groups. The mortality rate in the first year in patients undergoing surgery before 72 hours was less likely than patients undergoing surgery after 72 hours (p=0.059). The report of overall complications found after surgery and complications such as pressure sores, pneumonia, urinary tract infections, deep vein thrombosis was no statistically significant difference in both groups of study, however pressure sores, lung infections, and urinary tract infections were less incidence among patients who had surgery within 72 hours than those who had surgery after 72 hours. In addition, duration and cost of hospitalization was statistically significant difference (P<0.05) between the surgery group within 72 hours and the group undergoing surgery after 72 hours.

Keywords: Hip surgery, Mortality rate in the first year, Complication, Fragility hip fracture

**บทนำ**

ปัญหากระดูกสะโพกหักจากภยันตรายที่ไม่รุนแรง ( Fragility fracture) ในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุจากภยันตรายที่ไม่รุนแรงดังกล่าว สัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพ และมักส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง พร้อมทั้งยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา เช่น แผลกดทับ ปอดติดเชื้อ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ หลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน [1,2,3,4] เพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และเพิ่มอัตราการเสียชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายในหนึ่งปีแรกหลังการเกิดกระดูกหัก โดยพบอัตราตายปีแรกในประเทศต่างๆแตกต่างกัน โดยอยู่ระหว่างร้อยละ 20 ถึง 30 [5,6,7,8,9]

ปัจจุบันการรักษาที่รวดเร็วโดยการผ่าตัดเป็นวิธีที่จะช่วยลดอัตราการการตาย และลดภาวะแทรกซ้อนข้างต้น โดยการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักในผู้ป่วยสูงอายุ แนะนำให้ผ่าตัดภายใน 24-72 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษาซึ่งสามารถลดอัตราการตายปีแรกและลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด[10,11,12] ระยะเวลาในการผ่าตัดที่รวดเร็วแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการดูแลหลังผ่าตัด แต่ในปัจจุบันยังเป็นที่ถกเถียงกันถึงระยะเวลาที่เหมาะสมของระยะเวลารอก่อนผ่าตัด

ที่ผ่านมา โรงพยาบาลโพธารามมีการรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหักจากภยันตรายที่ไม่รุนแรงด้วยวิธีการผ่าตัด โดยโรงพยาบาลโพธารามจัดเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ M1 ซึ่งระยะเวลา 72 ชั่วโมง เป็นระยะเวลาที่สอดคล้องกับศักยภาพในการผ่าตัดได้ และยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาเปรียบอัตราการตายในปีแรกและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างกลุ่มที่ผ่าตัดภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมง และหลัง 72ชั่วโมงในโรงพยาบาลโพธารามมาก่อน ผู้ทำวิจัยจึงมีความสนใจทำการศึกษาเปรียบเทียบอัตราการตายการตายในปีแรกและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยทั้ง2กลุ่มนี้ เพื่อใช้เป็นแนวทางการรักษาต่อไป

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตในปีแรก และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ที่ได้รับการผ่าตัดภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมง และหลัง 72 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลโพธาราม
2. ศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมง และหลัง 72 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลโพธาราม

**วิธีการศึกษา**

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาจากเหตุไปหาผลโดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากผู้ป่วย (Retrospective cohort analytic study) และเพื่อให้การวิจัยครั้งนี้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยได้กำหนดระเบียบวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

**ประชากรในการวิจัย**

ดำเนินการศึกษาวิจัยกับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักอายุ >50 ปี จากอุบัติเหตุภยันตรายที่ไม่รุนแรง (Fragility fracture) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโพธาราม ระหว่าง เดือน พฤษภาคม 2562 – เดือนพฤษภาคม 2565โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายหลัง 72 ชั่วโมง

**เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าการศึกษา (Inclusion criteria)** ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ50 ปี ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากอุบัติเหตุภยันตรายที่ไม่รุนแรง (Fragility fracture)

**เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)** ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากอุบัติเหตุที่รุนแรง เคยได้รับการผ่าตัดที่กระดูกสะโพกมาก่อน เวชระเบียนไม่สมบูรณ์

**เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิจัยครั้งนี้คือ แบบเก็บข้อมูลการผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลโพธาราม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ เพศ, อายุ, โรคประจำตัว, ชนิดการหักของกระดูก, การรักษา ,ระยะเวลาการผ่าตัด, ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด,ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล,ค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาล,การเสียชีวิตใน1ปีแรกหลังได้รับการผ่าตัด ผู้วิจัยได้สร้างแบบบันทึกเก็บข้อมูลเพื่อรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ โดยมีขั้นตอนดังนี้ ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบเก็บข้อมูลกำหนดขอบเขตเนื้อหาของแบบเก็บข้อมูลตามรายละเอียดของตัวแปร

**การดำเนินงานวิจัย**

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินงานตามขั้นตอนต่อไปนี้

ผู้วิจัยขอหนังสือผ่านจริยธรรมจากโรงพยาบาลโพธาราม

ค้นหารายชื่อผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักตามเกณฑ์ข้างต้นจากโปรแกรมบันทึกเวชระเบียน ในโรงพยาบาลโพธาราม ระหว่าง เดือน พฤษภาคม 2562 – เดือนพฤษภาคม 2565โดยสืบค้นภาวะกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) จะใช้การค้นหารหัส ICD 9,10 หรือคำวินิจฉัย อย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

a. กระดูกคอสะโพกหัก(Femoral neck fracture S72.000-.019)

b. กระดูกหักผ่านแนวปุ่ม(Intertrochanter fracture S72.100-101, S72.110-111)

คัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าการศึกษา (Inclusion criteria) โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายหลัง 72 ชั่วโมง

จดบันทึกข้อมูลต่างๆ ลงในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

นำผลการวิจัยมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติมาสรุปและอภิปรายผล

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายที่ไม่รุนแรง โดยใช้สถิติจำนวน, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, chi square test และ independent t- test การศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตในปีแรก

และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายที่ไม่รุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมง และหลัง 72 ชั่วโมงในโรงพยาบาลโพธารามโดยใช้ chi square test การศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายที่ไม่รุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมง และหลัง 72 ชั่วโมงในโรงพยาบาลโพธารามโดยใช้ independent t-test

**ผลการศึกษา**

ผลการเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตในปีแรกและภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง กับกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายหลัง 72 ชั่วโมง ในผู้ป่วยสูงอายุข้อสะโพกหักจากภยันตรายที่ไม่รุนแรง ที่รักษาด้วยการผ่าตัด พบว่า อัตราการเสียชีวิตในปีแรกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72ชั่วโมงมีแนวโน้มน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลัง72ชั่วโมง ร้อยละ2.4และ 14.3 ตามลำดับ p=0.059 และพบอัตราการเสียชีวิตภายหลัง1ปี ร้อยละ 97.6และ85.7ตามลำดับ

ส่วนภาวะแทรกซ้อนโดยรวมที่พบหลังผ่าตัดตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่เป็นแผลกดทับ ปอดติดเชื้อ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะหลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน พบว่าอัตราการเกิดไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายหลัง 72 ชั่วโมง แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า ทั้งภาวะแทรกซ้อนภาพรวมที่พบหลังการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่เป็นแผลกดทับ ปอดติดเชื้อ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในกลุ่มผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงจะมีอัตราการเกิดน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายหลัง 72 ชั่วโมง ดังแสดงในตารางที่ 3

ผลการเปรียบเทียบระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและ ค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง กับกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายหลัง 72 ชั่วโมงพบว่า จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยอยู่ที่ 12.8 ± 4.191และ 18.3 ± 6.328วัน และ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเฉลี่ยอยู่ที่ 81,955.31และ 92,027.40บาท โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( P<0.05 ทั้งคู่) ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง กับกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายหลัง 72 ชั่วโมง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

| **ข้อมูลทั่วไป** | กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง | กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายหลัง 72 ชั่วโมง | P |
|---|---|---|---|
| | $\overline{X} \pm$ S.D | $\overline{X} \pm$ S.D | |
| อายุ (ปี) | 76.41 ± 9.346 | 76.71 ± 9.020 | 0.863 |

Independent t-test

**ตารางที่ 2** จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง กับกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายหลัง 72 ชั่วโมง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง | | กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายหลัง 72 ชั่วโมง | | P |
|---|---|---|---|---|---|
| | **จำนวน** | **ร้อยละ** | **จำนวน** | **ร้อยละ** | |
| **เพศ** | | | | | 0.401 |
| ชาย | 9 | 22.0 | 26 | 31.0 | |

**ตารางที่ 2** จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง กับกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายหลัง 72 ชั่วโมง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง | | กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายหลัง 72 ชั่วโมง | | P |
|---|---|---|---|---|---|
| | **จำนวน** | **ร้อยละ** | **จำนวน** | **ร้อยละ** | |
| หญิง | 32 | 78.0 | 58 | 69.0 | |
| **ชนิดของกระดูกข้อสะโพกหัก** | | | | | 0.974 |
| กระดูกคอสะโพกหัก | 16 | 39 | 31 | 36.9 | |
| กระดูกหักผ่านแนวปุ่ม | 25 | 61 | 53 | 63.1 | |
| **โรคประจำตัว** | | | | | |
| ความดันโลหิตสูง | | | | | 0.669 |
| เป็น | 23 | 56.1 | 52 | 61.9 | |
| ไม่เป็น | 18 | 43.9 | 32 | 38.1 | |
| **โรคไตเรื้อรัง** | | | | | 0.717 |
| เป็น | 3 | 7.3 | 5 | 6 | |
| ไม่เป็น | 38 | 92.7 | 79 | 94 | |
| **โรคหัวใจ** | | | | | 0.059 |
| เป็น | 1 | 2.4 | 12 | 14.3 | |
| ไม่เป็น | 40 | 97.6 | 72 | 85.7 | |
| **โรคหลอดเลือดสมอง** | | | | | 0.100 |
| เป็น | 1 | 2.4 | 10 | 11.9 | |
| ไม่เป็น | 40 | 97.6 | 74 | 88.1 | |
| **โรคจิตเวช** | | | | | 0.393 |
| เป็น | 3 | 7.3 | 3 | 3.6 | |
| ไม่เป็น | 38 | 92.7 | 81 | 96.4 | |
| **โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง** | | | | | 1.000 |
| เป็น | 1 | 2.40 | 2 | 2.40 | |
| ไม่เป็น | 40 | 97.60 | 80 | 97.60 | |
| **วิธีการผ่าตัด** | | | | | 0.286 |
| เหล็กแกนดามกระดูก | 22 | 53.7 | 36 | 46.40 | |
| เหล็กแผ่นดามกระดูก | 3 | 7.3 | 15 | 17.90 | |
| ข้อสะโพกเทียมชนิดครึ่งข้อ | 16 | 39.00 | 30 | 35.70 | |
| | | | | | |

P-value (Chi-Square)

**ตารางที่ 3** แสดงการเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตในปีแรกหลังผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง และกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายหลัง 72 ชั่วโมง

| **อัตราการเสียชีวิตในปีแรกภาวะแทรกซ้อน** | กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง | | กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายหลัง 72 ชั่วโมง | | **P** |
|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | |
| **ข้อมูลอัตราการเสียชีวิต** | | | | | 0.059 |
| เสียชีวิตภายใน1ปี | 1 | 2.4 | 12 | 14.3 | |
| เสียชีวิตหลังภายหลัง1ปี | 40 | 97.6 | 72 | 85.7 | |
| **ภาวะแทรกซ้อน** | | | | | 0.192 |
| มี<br>ไม่มี | 3<br>38 | 7.3<br>92.7 | 15<br>69 | 17.9<br>82.1 | |
| **แผลกดทับ** | | | | | 1.000 |
| เป็น | 0 | 0.00 | 2 | 2.40 | |
| ไม่เป็น | 41 | 100.00 | 82 | 97.60 | |
| **ปอดติดเชื้อ** | | | | | 0.171 |
| เป็น | 0 | 0 | 5 | 6.00 | |
| ไม่เป็น | 41 | 100 | 79 | 94 | |
| **ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ** | | | | | 0.319 |
| เป็น | 3 | 7.30 | 13 | 15.50 | |
| ไม่เป็น | 38 | 92.70 | 71 | 84.50 | |
| **ภาวะหลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน** | | | | | NA |
| เป็น | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | |
| ไม่เป็น | 41 | 100 | 84 | 100 | |

P-value (Chi-Square)

**ตารางที่ 4** การวิเคราะห์เปรียบเทียบระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง กับกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายหลัง 72 ชั่วโมง

| ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล | กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง | กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายหลัง 72 ชั่วโมง | t | p |
|---|---|---|---|---|
| | $\overline{X} \pm$ S.D | $\overline{X} \pm$ S.D | | |
| ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล | 12.8 ± 4.191 | 18.3 ± 6.328 | -5.774 | 0.000 |
| ค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล | 81,955.3171 ± 16,262.37224 | 92,027.4048 ± 24,029.72401 | -2.759 | 0.007 |

* (P < 0.05) P-value (Independent t-test)

**สรุปและอภิปรายผล**

1. จากการศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตในปีแรก ในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจาก

ภยันตรายที่ไม่รุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมง และหลัง 72 ชั่วโมงในโรงพยาบาลโพธาราม พบว่าการเสียชีวิตในปีแรกหลังการผ่าตัดเท่ากับ13คน จากจำนวนผู้ป่วย 125 ราย คิดเป็น 10.4% ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sa-Ngasoongsong, P.และคณะ ที่ได้ผลลัพธ์ของการรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหักโดยวิธีผ่าตัด โดยทำการศึกษาแบบ Prospective Cohort Study พบว่าร้อยละ14.3% มีอัตราการเสียชีวิตในปีแรกหลังได้รับการผ่าตัด[13] และสอดคล้องกับการศึกษาของ Stoddart et alพบอัตราเสียชีวิตในปีแรก 17.4%[14] และเมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มการรักษาโดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง และกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายหลัง72ชั่วโมง พบว่า อัตราการเสียชีวิตในปีแรกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72ชั่วโมงมีแนวโน้มน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลัง72ชั่วโมง ร้อยละ2.4และ 14.3 ตามลำดับ (p=0.059) สอดคล้องกับหลายการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วนด้วยวิธีการผ่าตัดภายใน48-72ชั่วโมงสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ[10,11,12]

2. ภาวะแทรกซ้อนโดยรวมที่พบหลังผ่าตัด ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่เป็นแผลกดทับ ปอดติดเชื้อ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะหลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน พบว่าอัตราการเกิดไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายหลัง 72 ชั่วโมง แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า ทั้งภาวะแทรกซ้อนภาพรวมที่พบหลังการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่เป็นแผลกดทับ ปอดติดเชื้อ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ในกลุ่มผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงจะมีอัตราการเกิดน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายหลัง 72 ชั่วโมงซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา [15,16,17,18]

3. ผลการเปรียบเทียบระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและ ค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง กับกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายหลัง 72 ชั่วโมง พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงจะมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายหลัง 72 ชั่วโมง ($P<0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าระยะเวลานอนโรงพยาบาลน้อยลงในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเร็ว[19,20] และสอดคล้องกับสอดคล้องกับการศึกษาของ Shabat S[21] ที่พบว่าค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลน้อยลงกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเร็ว

ผลการเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตในปีแรกและภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง กับกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายหลัง 72 ชั่วโมง ในผู้ป่วยสูงอายุข้อสะโพกหักจากภยันตรายที่ไม่รุนแรง ที่รักษาด้วยการผ่าตัด พบว่า อัตราการเสียชีวิตในปีแรกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72ชั่วโมงมีแนวโน้มน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลัง72ชั่วโมง รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนภาพรวมที่พบหลังการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่เป็นแผลกดทับ ปอดติดเชื้อ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในกลุ่มผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงจะมีอัตราการเกิดน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายหลัง 72 ชั่วโมง

**กิตติกรรมประกาศ**

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ หัวหน้าศูนย์ฝึกอบรมและแพทยศาสตรศึกษา ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยอย่างยิ่ง ขอขอบคุณผู้บริหาร แพทย์ พยาบาล และบุคลากรโรงพยาบาลโพธาราม ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัย และข้อมูลจากเวชระเบียนผู้สูงอายุข้อสะโพกหักที่รักษาโดยการผ่าตัดเพื่อการดำเนินการศึกษาวิจัยครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. Forte ML, Virnig BA, Swiontkowski MF, Bhandari M, Feldman R, Eberly LE, Kane RL. Ninety-day mortality after intertrochanteric hip fracture: does provider volume matter? J Bone Joint Surg Am. 2010 Apr;92(4):799-806. doi: 10.2106/JBJS.H.01204. PMID: 20360501.
2. Curtis EM, Moon RJ, Harvey NC, Cooper C. The impact of fragility fracture and approaches to osteoporosis risk assessment worldwide. Bone. 2017 Nov;104:29-38. doi: 10.1016/j.bone.2017.01.024. Epub 2017 Jan 22. PMID: 28119181; PMCID: PMC5420448.
3. Lefaivre KA, Macadam SA, Davidson DJ, Gandhi R, Chan H, Broekhuyse HM (2009) Length of stay, mortality, morbidity and delay to surgery in hip fractures. J Bone Joint Surg Br 91(7):922–927
4. Cushner F, Agnelli G, FitzGerald G, Warwick D. Complications and functional outcomes after total hip arthroplasty and total knee arthroplasty: results from the Global Orthopaedic Registry (GLORY). Am J Orthop (Belle Mead NJ). 2010 Sep;39(9 Suppl):22-8. PMID: 21290028.
5. Vaseenon, T., et al., Long-term mortality after osteoporotic hip fracture in Chiang Mai, Thailand. J Clin Densitom, 2010. 13(1): p. 63-67.
6. Dettoni F, Peveraro A, Dettoni A, Rossi R, Castoldi F, Zareh A et al (2012) Epidemiology of hip fractures in northwestern Italy: a multicentric regional study on incidence of hip fractures and their outcome at 3-year follow-up. Musculoskelet Surg 96(1):41–46
7. Lin C, Ou Y, Chen S, Liu Y, Lin J (2010) Comparison of artificial neural network and logistic regression models for predicting mortality in elderly patients with hip fracture. Injury 41(8):869–873
8. Cenzer IS, Tang V, Boscardin WJ, Smith AK, Ritchie C, Wallhagen MI et al (2016) One-year mortality after hip fracture: development and validation of a prognostic index. J Am Geriatr Soc 64(9):1863–1868
9. Haleem S, Lutchman L, Mayahi R, Grice JE, Parker MJ (2008) Mortality following hip fracture: trends and geographical variations over the last 40 years. Injury 39(10):1157–1163
10. Simunovic N, Devereaux PJ, Sprague S, Guyatt GH, Schemitsch E, Debeer J, Bhandari M. Effect of early surgery after hip fracture on mortality and complications: systematic review and meta-analysis. CMAJ. 2010 Oct 19;182(15):1609-16. doi: 10.1503/cmaj.092220. Epub 2010 Sep 13. PMID: 20837683; PMCID: PMC2952007.
11. Khan SK, Kalra S, Khanna A, Thiruvengada MM, Parker MJ. Timing of surgery for hip fractures: a systematic review of 52 published studies involving 291,413 patients. Injury. 2009 Jul;40(7):692-7. doi: 10.1016/j.injury.2009.01.010. Epub 2009 May 18. PMID: 19450802.
12. Shiga T, Wajima Z, Ohe Y. Is operative delay associated with increased mortality of hip fracture patients? Systematic review, meta-analysis, and meta-regression. Can J Anaesth. 2008 Mar;55(3):146-54. doi: 10.1007/BF03016088. PMID: 18310624.
13.Sa-Ngasoongsong, P., Kulachote, N., Sirisreetreerux, N., Chanplakorn, P., Laohajaroensombat, S., Seeraprom, J., Suphachatwong, C., Kawinwonggowit, V., & Wajanavisit, W. (2017). Outcome of Early Hip Fracture Surgery in Elderly Patients in Ramathibodi Hospital: A Prospective Cohort Study. Ramathibodi Medical Journal, 36(1), 3–12
14. Stoddart J, Horne G, Devane P (2002) Influence of preoperative medical status and delay to surgery on death following a hip fracture. ANZ J Surg 72(6):405–407
15. Al-Ani AN, Samuelsson B, Tidermark J, Norling A, Ekström W, Cederholm T, Hedström M. Early operation on patients with a hip fracture improved the ability to return to independent living. A prospective study of 850 patients. J Bone Joint Surg Am. 2008 Jul;90(7):1436-42. doi: 10.2106/JBJS.G.00890. PMID: 18594090.

16. Mariconda M, Costa GG, Cerbasi S, Recano P, Aitanti E, Gambacorta M, Misasi M. The determinants of mortality and morbidity during the year following fracture of the hip: a prospective study. Bone Joint J. 2015 Mar;97-B(3):383-90. doi: 10.1302/0301-620X.97B3.34504. PMID: 25737523

17 Tulic G, Raspopovic E, Vujadinovic S, Sopta J, Todorovic A, Manojlovic R. Prolong pre-operative hospital stay as a predictive factor for early outcomes and mortality after geriatric hip fracture surgery: a single institution opens prospective cohort study. International orthopedics (SICOT) (2018) 42:25-31 DOI 10.1007/s00264-017-3643-7

18. Grimes JP, Gregory PM, Noveck H, Butler MS, Carson JL (2002) The effects of time-to-surgery on mortality and morbidity in patients following hip fracture. Am J Med 112(9):702–709

19. Shabat S, Heller E, Mann G, Gepstein R, Fredman B, Nyska M (2003) Economic consequences of operative delay for hip fractures in a non-profit institution. Orthopedics 26(12):1197–1199, discussion 1199

20. Hamilton BH, Hamilton VH, Mayo NE (1996) What are the costs of queuing for hip fracture surgery in Canada? J Health Econ 15(2):161–185

21. Shabat S, Heller E, Mann G, Gepstein R, Fredman B, Nyska M. Economic consequences of operative delay for hip fractures in a non-profit institution. Orthopedics. 2003;26:1197–9.

# การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง
# Development of Nursing Practice Guidelines for Early Warning Sign Surveillance System in High-Risk Patients.

(Received: April 9,2024 ; Revised: April 12,2024 ; Accepted: April 14,2024)

**ประภัสสร หิรัญรัตน์** [1]
**Prapassorn Hiranrat**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development)เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลหนองหาน กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ 11 คน และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง 45 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการทบทวนการดูแลผู้ป่วย แบบสอบถามความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย($\bar{X}$) ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา ระยะที่ 1 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงต้องช่วยชีวิตที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าผู้ป่วยเสียชีวิตในหอผู้ป่วย ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการติดตามอาการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงด้วยแบบประเมินสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยสามัญ (SMEWS) และการรายงานแพทย์ตามแนวทางการสื่อสารแบบเอสบา (SBAR) ระยะที่ 3 ความเห็นของพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการใช้ SMEWS โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$= 3.86, S.D. = 0.19)

**คำสำคัญ:** แนวปฏิบัติการพยาบาล ระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

ABSTRACT

This research was research and development aimed to develop and study the results of nursing guidelines for monitoring systems for warning signs of entering a crisis in high-risk patients. Nong Han Hospital The sample group consisted of 11 professional nurses and 45 high-risk patients. The tools used were: Group discussion recording form Patient care review record form Questionnaire on feasibility of guidelines Qualitative data were analyzed by content analysis. Quantitative data used descriptive statistics, including mean($\bar{x}$), percentage, and standard deviation.

The results of Phase 1 of the study found an incidence of patients deteriorating and requiring resuscitation that was not anticipated in advance. Patients died in the ward. Phase 2 developed guidelines for monitoring the symptoms of high-risk patients using a model. Assess warning signs of crisis in ordinary patients (SMEWS) and report to doctors according to the SBA communication guidelines (SBAR) Phase 3. Nurses' opinions on the feasibility of using SMEWS were overall at a level. Very ($\bar{x}$= 3.86, S.D. = 0.19)

**Keywords:** nursing practice, guidelines Crisis warning system, High-risk patients

## บทนำ

การเจ็บป่วยวิกฤตเป็นภาวะเจ็บป่วยรุนแรงและคุกคามต่อชีวิต เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและพยาธิสภาพอย่างรวดเร็ว ทำให้การทำงานของอวัยวะหลายระบบล้มเหลวอย่างเฉียบพลันเป็นผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงโดยส่วนใหญ่มักพบสัญญาณเตือนนำมาก่อนเช่นการเปลี่ยนแปลงของชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต ความอิ่มตัวของออกซิเจนและระดับความรู้สึกตัว เป็นต้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนั้นจะนำไปสู่เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงอย่างรวดเร็วได้แก่ การไหลเวียนเลือดล้มเหลวระบบหายใจล้มเหลว นำไปสู่ภาวะช็อคภาวะหัวใจหยุดเต้นและเสียชีวิตในสุด การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด นำไปสู่เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์[1] กระบวนการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ประกอบด้วยการเข้าถึงและการเข้ารับบริการการประเมินผู้ป่วย การวางแผน การดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลและเสริมพลังรวมถึงการดูแลต่อเนื่อง (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล [องค์การมหาชน], 2564) เมื่อผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การประเมินอาการผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรก สอดคล้องในการนำกระบวนการพยาบาล (Nursing Process)ที่เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลโดยมีขั้นตอนการประเมินผู้ป่วย (Assessment) ที่เป็นขั้นตอนแรกมาใช้พบว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความสามารถในการประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนถึงร้อยละ 70[1]

แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤ(Modified Early Warning Scores System (MEWS)) (Baines & Kanagasundaram, 2008)เป็นเครื่องมือในการช่วยประเมินอาการผู้ป่วยที่ใช้กันอย่างกว้างขวาง[2] สามารถแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วยนำไปสู่การการตัดสินใจในการให้การดูแลรักษาตามแนวทางเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากที่สุด[3]ประกอบด้วยระดับความรู้สึกตัว อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ค่าอุณหภูมิกายระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดและปริมาณปัสสาวะใน 4 ชั่วโมงในการประเมินสภาพผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วยการประเมินสัญญาณชีพเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (Modified Early Warning Sign)[4] เป็นเครื่องมือที่ประเมินจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจากการเปลี่ยนแปลงของ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) อัตราการหายใจ2) อัตราการเต้นของหัวใจ 3) ความดันโลหิต 4) อุณหภูมิกาย 5) จำนวนปัสสาวะ(มล./กก/ชม.) 6) ระดับความรู้สึกตัวเพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังและติดตามอย่างต่อเนื่อง การประเมินอวัยวะล้มเหลวจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเร็ว (quick Sepsis Organ Failure Assessment)[5] โดยเกณฑ์การประเมินอวัยวะล้มเหลวเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประกอบด้วยอาการที่สงสัยว่าผู้ป่วยติดเชื้อร่วมกับเกณฑ์การประเมินรวมคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน การประเมินความรุนแรงหรือระดับความเจ็บป่วย เพื่อพยากรณ์ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต โดยใช้แบบประเมิน APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health EvaluationII)[5] ภายใน 24 ชั่วโมง และแบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS5 ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ แบบประเมินด้านความสมดุลของน้ำ (Fluid balance) แบบประเมินด้านการหายใจ (Aeration) แบบประเมินด้านโภชนาการ (Nutrition) แบบประเมินด้านการติดต่อสื่อสาร (Communication) แบบประเมินด้านการทำกิจกรรม (Activity) และแบบประเมินด้านการกระตุ้น (Stimulation)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยยังไม่มีผลการศึกษาว่า MEWS ดีกว่า SOS score แม้ในต่างประเทศมีรายงานการนำ MEWS มาใช้เป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวังประเมินอาการของผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต โดยพบว่าได้ผลดีและได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย[6]แต่สำหรับการศึกษาการนำ MEWS มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยในประเทศไทยยังพบน้อย และส่วนใหญ่นำมาใช้ประเมินผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ในความเห็นของผู้วิจัยผลจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบอีกว่าการนำ MEWS และ SOS SCORE มาใช้เป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะ Sepsis นั้น แล้วแต่บริบทของโรงพยาบาลที่จะนำมาประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินอาการของผู้ป่วยรายใหม่หรือนำมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลต่อไป โดยมุ่งหวังว่าจะช่วยให้สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤต

จากข้อมูลสถิติเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงอย่างรวดเร็วได้แก่การไหลเวียนเลือดล้มเหลว ระบบหายใจล้มเหลว นำไปสู่ภาวะช็อคภาวะหัวใจ

หยุดเต้นและเสียชีวิต ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหนองหาน พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยที่อาการทรุดลงและต้องช่วยฟื้นคืนชีพ 15 ราย ใส่ท่อช่วยหายใจ 80 ราย ย้ายเข้ารับการรักษาห้องผู้ป่วยหนัก 115 ราย เสียชีวิต 40 รายการทบทวนพบว่า เกิดจากการประเมินและเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยเน้นการประเมินสัญญาณชีพ ไม่มีการใช้เครื่องมือเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตและพยาบาลระดับปฏิบัติ ส่วนใหญ่มีสมรรถนะจำกัดในการเฝ้าระวังภาวะวิกฤต จึงจำเป็นต้องพัฒนาการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตอย่างเร่งด่วนประกอบกับมีข้อเสนอแนะจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่โรงพยาบาลต้องพัฒนา คือ การประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง การพัฒนาบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง และการปรับระบบประเมินสมรรถนะบุคลากร[7,8]

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงได้สนใจพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์แนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงขึ้น จึงนำ Search out severity score (SOS score) ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตมาเฝ้าระวังเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วย ควบคู่กับการใช้ MEWS เป็น SMEWS Model ของโรงพยาบาลหนองหาน โดยหวังว่าจะสามารถตรวจพบความผิดปกติเพื่อวินิจฉัยและให้การรักษาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย เพื่อนำไปเป็นแนวทางการปฏิบัติและพัฒนาสมรรถนะพยาบาลระดับปฏิบัติให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดอุบัติการณ์ทรุดลงและเสียชีวิตที่ไม่คาดคิด

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

2. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

**วิธีการวิจัย**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลหนองหาน กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ 11 คน และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง 45 คน ดำเนินการระหว่างเดือนเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 – มีนาคม พ.ศ. 2565 โดยดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1**วิเคราะห์ปัญหาจากการปฏิบัติงานในคลินิก ความรู้ และบริบทที่เกี่ยวข้องเป็นการศึกษาบริบทการพยาบาลสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โดยการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ การทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ตามรูปแบบ C3THER (Care, Communication, Continuity, Human resource, Environment/ Equipment, Record)

**ระยะที่ 2** ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกและยกร่างแนวปฏิบัติ

2.1) สืบค้นจากเอกสารวิชาการงานวิจัยทั้งภาษาไทยและอังกฤษที่ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ ค.ศ. 2010–2020

2.2) กำหนดขอบเขตและคำสำคัญตามกรอบ PICO(อัจฉรา คำมะทิตย์ และมัลลิกา มากรัตน์, 2559) ดังนี้ P (Participant) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง I (Phenominal of interest) หมายถึงการประเมิน การติดตาม การให้คะแนนสัญญาณเตือนก่อนวิกฤต (early warning signs early warning system early warning score) Co (Context) หมายถึง setting ที่ใช้สัญญาณเตือนก่อนวิกฤตในโรงพยาบาล ได้แก่ หอผู้ป่วยวิกฤต (intensive care unit: ICU) ห้องฉุกเฉิน (emergency room) โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเลคทรอนิกส์ ได้แก่ Joanna

Briggs, google scholar, Science Direct, PubMed, CINAHLและThailist

2.3) นำหลักฐานเชิงประจักษ์มาแบ่งระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์(อัจฉรา คำมะทิตย์และมัลลิกา มากรัตน์, 2559) ดังนี้ระดับ 1 การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Designs) ที่มีการออกแบบโดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง (randomized controlled trial; RCT) ระดับ 2 วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi–experimental Designs) ระดับ 3 การวิจัยเชิงสังเกตเชิงการสังเคราะห์ (Observational Analytic Designs) แยกเป็น 3a งานวิจัยแบบศึกษาไปข้างหน้า (cohort study) 3b งานวิจัยแบบศึกษาย้อนหลัง ระดับ 4 กรวิจัยเชิงสังเกตแบบพรรณา (Observational Descriptive Studies) ระดับ 5 ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Expert consensus) นำสาระสำคัญจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นมายกร่างแนวปฏิบัติตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 4 ท่าน ได้แก่ แพทย์ 3 ท่านและอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน

**ระยะที่ 3** พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและการนำไปทดลองใช้ ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ยกร่างไปศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

3.1) พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญ ที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 6 เดือนทุกคน จำนวนทั้งหมด 11 คน

3.2) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง อายุ 15 ปีขึ้นไป ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 -เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 จำนวน 45 ราย

**ระยะที่ 4** นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence–Based phase) และเผยแพร่

**เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

**เครื่องมือเชิงคุณภาพ** ได้แก่ 1) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม 2) แนวคำถามการสนทนากลุ่มเป็นเป็นคำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้าง ตัวอย่างแนวคำถามหลัก “หน่วยงานพบอุบัติการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง อาการทรุดลงเป็นอย่างไรบ้าง...” 3) แบบบันทึกการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ 4) แบบบันทึกการทบทวนการดูแลผู้ป่วย C3THER ตามแนวทางโรงพยาบาลหนองหาน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติ 1 ท่าน อายุรแพทย์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของแนวคำถามและความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์การวิจัย

**เครื่องมือเชิงปริมาณ** ได้แก่ แบบสอบถามความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบสอบถามใช้มาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert scale) มี 5 ข้อ 5 ระดับ ช่วงคะแนน 1–5 (ค่าคะแนนน้อยที่สุดถึงมากที่สุด) และมีคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นและขอเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ 2 ท่าน และ อาจารย์พยาบาลอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ จำนวน 1 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.98 และค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.8

**กระบวนการดำเนินการวิจัยและเก็บ**

การวิจัยครั้งนี้ ใช้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องต่างๆ ร่วมกัน ได้แก่ 1) แนวคิดการประเมินผู้ป่วยวิกฤตของราชวิทยาลัยการแพทย์ประเทศอังกฤษ (Royal College of Physicians., 2017) ร่วมกับแนวคิดของดัลแคล และคณะ[9] ประกอบด้วย สัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต 7 พารามิเตอร์ ได้แก่ การหายใจ ชีพจร ความดันโลหิต

ซีสโตลิก อุณหภูมิร่างกาย ความรู้สึกตัว ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และจำนวนปัสสาวะที่ออกและการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 7 พารามิเตอร์ ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ ระบบหายใจ ระบบไหลเวียน ระบบประสาทและสมอง ยาและความต้องการช่วยชีวิตและอุปกรณ์ทางแพทย์ที่ใช้ในการรักษาดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 – มีนาคม พ.ศ. 2564 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงจากการเข้าร่วมวิจัย

2. ศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (เดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 - เดือนธันวาคม พ.ศ. 2563) ผู้วิจัยดำเนินการโดยการโดยการสนทนากลุ่ม พยาบาลวิชาชีพ การทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ตามรูปแบบ C3THER ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จำนวน 52 ราย ผลการวิเคราะห์พบประเด็นที่เกี่ยวข้องและนำไปสู่การพัฒนารูปแบบ ดังนี้ 1) ด้านการประเมินและการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน และไม่มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน 2) ด้านสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ยังไม่มีการกำหนดสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่ชัดเจน ที่จะนำไปสู่การพัฒนาสมรรถนะที่ตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง และ 3) ด้านการนิเทศทางคลินิกยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน และการนิเทศไม่ครอบคลุมการประเมินสัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต จากนั้นทำการทบทวนเอกสาร งานวิจัย และสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง แนวคิดการประเมินผู้ป่วยวิกฤตการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต สมรรถนะพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต และการนิเทศงาน เพื่อนำมาออกแบบการพัฒนารูปแบบการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต

3. การพัฒนารูปแบบการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (เดือนมกราคม พ.ศ. 2564 -เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2564) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากข้อที่ 2 มาออกแบบรูปแบบ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต 2) สมรรถนะพยาบาลวิกฤต และ 3) การนิเทศทางคลินิก ผู้วิจัยได้สร้างแนวทางเพื่อเป็นคู่มือในการใช้รูปแบบทั้ง 3 องค์ประกอบผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิปรับแก้ตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้

4. การทดลองใช้รูปแบบและการประเมินผลเบื้องต้น (เดือนเมษายน พ.ศ. 2564 - เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564) ผู้วิจัยนำรูปแบบไปทดลองใช้ (pilot study) ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลหนองหาน และนำมาปรับปรุงรูปแบบและผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้ง

5. การนำรูปแบบไปใช้ในสถานการณ์จริง (เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564-เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564) ผู้วิจัยนำรูปแบบที่ปรับปรุงใหม่ไปใช้จริงโดยการสุ่มแบบเจาะจงในหอผู้ป่วยสามัญ

6. ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ(เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 - มีนาคม พ.ศ.2565)

วงล้อที่ 1 ผลสะท้อนการปฏิบัติจากการสอนงาน การตรวจสอบเวชระเบียน และการสนทนาแกนนำ พบว่า พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทางประเมินและเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตร้อยละ 25.0 การแปลผล-คะแนนไม่ถูก การบันทึกค่าพารามิเตอร์ขาดความครอบคลุม ขาดการนำคะแนนความรู้สึกตัวมาวิเคราะห์และแปลค่า การบันทึกค่าคะแนนระดับความรุนแรงไม่ถูกต้อง ไม่ต่อเนื่อง และไม่พบการลงคะแนน SMEWS ในแบบประเมินผู้ป่วยวิกฤต จึงร่วมออกแบบช่องบันทึกค่าระดับความรู้สึกตัว และช่องบันทึกคะแนน SMEWS ในแบบประเมินผู้ป่วยวิกฤต และร่วมกับแกนนำกำหนดเป้าหมายการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต และการบันทึกตามมาตรฐานการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤต

วงล้อที่ 2 ผลสะท้อนการปฏิบัติจากการนิเทศหน้างาน การตรวจสอบเวชระเบียน และการสนทนาแกนนำพบว่า พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยเบาหวานทรุดและย้ายเข้าหน่วยวิกฤติ โดยค่าคะแนน SMEWS <3 คะแนน จึงวิเคราะห์ปัญหา จัดทำคู่มือ early warning signs ในผู้ป่วยเสี่ยงสูงแต่ละสาขา กำหนดเป้าหมายการดูแล และนิเทศ สอนงานพยาบาลหน้างาน และจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยวิกฤต แนวทางการประเมินผู้ป่วยวิกฤต สัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ห่วงโซ่การป้องกันภาวะหัวใจหยุดเต้น การรายงานแพทย์แบบเอสบาร์ (SBAR) แก่หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน 3 รุ่น ครอบคลุม 100%

วงล้อที่ 3 สะท้อนผลการปฏิบัติจากการนิเทศหน้างาน การตรวจสอบเวชระเบียน และการสนทนาแกนนำพยาบาลวิชาชีพในการประเมินอาการ การเปลี่ยนแปลงและจับดักอาการผิดปกติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที และมีข้อเสนอแนะควรเพิ่มค่าคะแนนในพารามิเตอร์ชีพจรเป็น 3 คะแนนในผู้ป่วยที่ใช้ยาความเสี่ยงสูง (high alert drug) ที่ต้องเฝ้าระวังใกล้ชิด เช่น ยากลุ่มโรคหัวใจ ยาลดความดันโลหิตที่ต้องเฝ้าระวัง ระยะทดลองปฏิบัติใหม่ (re-plan)

นำผลจากการพัฒนา 3 วงล้อมาวางแผนร่วมกับทีมวิจัยและพยาบาลแกนนำของหน่วยงาน โดย 1) ปรับแนวทางเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตโดยเพิ่มเกณฑ์การให้คะแนนการใช้ยาความเสี่ยงสูงที่ต้องเฝ้าระวังใกล้ชิดในช่องพารามิเตอร์ชีพจรเป็น 3 คะแนน และการใช้เครื่องช่วยหายใจในช่องพารามิเตอร์หายใจ เป็น 2 คะแนน และปรับแนวทางการบันทึก SMEWS 2) พัฒนาสมรรถนะการสอนงานแบบ GROW model แก่หัวหน้าหอผู้ป่วยและแกนนำ ฝึกทักษะการประเมินและการจัดการแก้ไขภาวะวิกฤตแก่พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยในทั้งหมด นำสู่การปฏิบัติ ติดตามตรวจสอบ และประเมินผลการปฏิบัติจริง

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

**จริยธรรมการวิจัย**

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากสาธารณสุขจังวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมถึงให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริงผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

**ผลการวิจัย**

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติประยุกต์ตามกรอบของซูคัพ 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะวิเคราะห์ปัญหาจาการปฏิบัติงานในคลินิก ความรู้และบริบทที่เกี่ยวข้องเป็นการศึกษาบริบทการพยาบาลสัญญาณเตือนการเปลี่ยนแปลงก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โดยการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ การทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ตามรูปแบบ C3THER พบว่าโรงพยาบาลหนองหาน ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง อายุ 15 ปีขึ้นไป สถิติบริการมีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน ปีพ.ศ. 2560–2561 จำนวน 9,201 รายและ 6,387ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยสามัญที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตรับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ 1,800 รายและ 1,120ราย คิดเป็นร้อยละ 19.56 และ 17.53ตามลำดับผู้ป่วยผู้ใหญ่โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลงได้ง่าย มีผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่รับไว้ในหอผู้ป่วยสามัญและต้องย้ายเข้ารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ19.4เป็นร้อยละ22.3 พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลเฝ้าติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดมีเกณฑ์การจำแนกประเภทและเกณฑ์การ

รายงานแพทย์แต่พบว่าระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนก่อนวิกฤตยังไม่ชัดเจน พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงต้องช่วยฟื้นคืนชีพ 3 ราย

2. ระยะค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ผู้วิจัยยกร่างแนวปฏิบัติดังนี้

2.1) รูปแบบการประเมินสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตแสดงดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1**รูปแบบการประเมินสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤต

Search Out Severity Score (SOS Score)

| PHYSIOLOGICAL PARAMETERS | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Temperature (°C) (อุณหภูมิ) | | ≤ 35 | 35.1-36.0 | 36.1-38.0 | 38.1-38.4 | ≥ 38.5 | |
| Systolic BP (ความดันโลหิต ตัวบน) | ≤ 80 | 81-90 | 91-100 | 101-180 | 181-199 | ≥ 200 | *ใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต |
| Heart Rate (ชีพจร: Pulse) | ≤ 40 | | 41-50 | 51-100 | 101-120 | 121-139 | ≥ 140 |
| Respiration Rate (อัตราการหายใจ) | ≤ 8 | ใส่เครื่องช่วยหายใจ | | 9-20 | 21-25 | 26-35 | ≥ 35 |
| Level of Consciousness (ระดับความรู้สึกตัว) | | | สับสน (กระสับกระส่ายที่เพิ่งเกิดขึ้น) | ตื่นดี (พูดคุยรู้เรื่อง) | ซึม (เรียกแล้วลืมตา สลึมสลือ) | ซึมมาก (ต้องกระตุ้นจึงจะลืมตา) | ไม่รู้สึกตัว (แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม) |
| Urine (ปัสสาวะ) เป็น CC. | | | | | | | |
| ปัสสาวะ/วัน (24 ชั่วโมง) | | ≤ 500 | 501-999 | ≥ 1,000 | | | |
| ปัสสาวะ/12 ชั่วโมง | | ≤ 250 | 251-499 | ≥ 500 | | | |
| ปัสสาวะ/8 ชั่วโมง | | ≤ 160 | 161-319 | ≥ 320 | | | |
| ปัสสาวะ/4 ชั่วโมง | | ≤ 80 | 81-159 | ≥ 160 | | | |
| ปัสสาวะ/2 ชั่วโมง | | ≤ 40 | 41-79 | ≥ 80 | | | |
| ปัสสาวะ/1 ชั่วโมง | | ≤ 20 | 21-39 | ≥ 40 | | | |

* ยากระตุ้นความดันโลหิต (Vasopressor) = Dopamine, Levophed, Dobutamine, Adrenaline

| แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังสัญญาณเตือน | แนวทางพัฒนาสมรรถนะเฝ้าระวังสัญญาณเตือน |
|---|---|
| 1.ประเมินผู้ป่วยทันทีที่รับใหม่ รับย้ายโดยใช้แบบประเมินสัญญาณเตือน (SOS score) และปฏิบัติตามมาตรฐานระดับความเสี่ยงต่ำ(SOS sore 0 คะแนน)กลาง(SOS score1 -3 คะแนน) สูง(SOS score >4 คะแนน)<br>2.บันทึกคะแนน SOS score ในฟอร์มปรอทและแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลหรือฟอร์มบันทึกผู้ป่วยวิกฤติ<br>3.ประเมินและเฝ้าระวังสัญญาณเตือน อย่างต่อเนื่องตามความถี่ของค่าคะแนน MEWS/PEWS<br>4.ค้นหาความสาเหตุ จัดการแก้ไขภาวะคุกคาม รายงานแพทย์ตามหลัก SBAR<br>บันทึกอุบัติการณ์ทรุดอย่างไม่คาดคิด และทบทวนเมื่อเกิดอุบัติการณ์ | 1.แนวทางพัฒนาสมรรถนะแบบ GROW model โดยพยาบาลแกนนำโค้ชพยาบาลระดับปฏิบัติดังนี้<br>1.1 กำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงร่วมกัน (Goal: G)1<br>1.2 วิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความเสี่ยงปัจจุบัน (Reality: R)<br>1.3 การกำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหาให้สำเร็จบรรลุเป้าหมาย (Option: O)<br>1.4 การกำหนดสิ่งที่จะทำต่อไป (Way forward: W)<br>2. สมรรถนะเฝ้าระวังสัญญาณเตือน<br>2.1 การเรียนรู้เรื่องโรค สัญญาณเตือน เกณฑ์การรายงานแพทย์การช่วยเหลือเบื้องต้น<br>2.2 การเฝ้าติดตามอาการ<br>2.3 การรับรู้ภาวะอันตราย<br>2.4 การเรียกขอความช่วยเหลือ<br>2.5 การตอบสนอง |

2.2) การพยาบาลที่สอดคล้องอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ได้แก่ การให้ออกซิเจน การดูดเสมหะ

2.3) การรายงานแพทย์ตามหลัก SBAR (Situation: สถานการณ์ที่ทำให้ต้องรายงาน Background: ข้อมูลภูมิหลังเกี่ยวกับสถานการณ์ Assessment: การประเมินสถานการณ์ความรุนแรงของปัญหาในมุมมองของพยาบาล และ Recommendation: ความกังวลต่อปัญหาและความต้องการแก้ไขปัญหานั้น)

3) ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและการนำไปทดลองใช้การนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาได้ไปทดลองใช้ โดยการศึกษานำร่องมีกระบวนการดังนี้

3.1) ผู้วิจัยยกร่างแนวปฏิบัติ แล้วตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ0.98 ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญจากนั้น นำเสนอแนวปฏิบัติในที่ประชุมทีมดูแลผู้ป่วย (Patient care team: PCT) นำข้อเสนอจาก PCT ในการนำรูปแบบการประเมินสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตสู่การปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย ได้แก่ การทำป้ายเตือนการบันทึกค่าสัญญาณชีพที่ต้องรายงานไว้ในฟอร์มปรอทของเวชระเบียนผู้ป่วย

3.2) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย จำนวน11 คน ระยะเวลา 1 วัน อธิบายทำความเข้าใจและฝึกทักษะขั้นตอนการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้แบบประเมินสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤต และการรายงานแพทย์ตามหลัก SBAR

3.3) พยาบาลวิชาชีพนำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วยในหอผู้ป่วย และประเมินผลแนวปฏิบัติด้านกระบวนการประเมินจากความยุ่งยากซับซ้อนปัญหาอุปสรรคการใช้แนวปฏิบัติ ด้านผลลัพธ์อุบัติการณ์อาการทรุดลงที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าและการรักษาล่าช้าขณะรักษาในหอผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แนวปฏิบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญ จำนวน 11คน พบว่าเป็นเพศหญิงทั้งหมด สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 27 ปี (S.D. = 5.64) ประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเฉลี่ย 5.54 ปี (S.D. = 6.36) จากการนำแนวปฏิบัติไปใช้พบว่าพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติมีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ร้อยละ 97.9

**ตารางที่ 2** ความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (n = 11)

| ความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของแนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤต | $\bar{X}$ | S.D. | ระดับความคิดเห็น |
|---|---|---|---|
| มีความง่าย/สะดวกในการปฏิบัติ | 3.58 | 1.68 | มาก |
| ขั้นตอนชัดเจนและเข้าใจง่าย | 4.00 | 0.00 | มาก |
| เนื้อหาสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง | 3.75 | 1.29 | มาก |
| เนื้อหาครอบคลุมในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต | 4.00 | 0.00 | มาก |
| เนื้อหามีประโยชน์ในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต | 4.00 | 0.00 | มาก |
| **คะแนนเฉลี่ยรวมทุกด้าน** | **3.86** | **0.19** | **มาก** |

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นโดยรวมต่อระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.86 ) ทั้งในด้านความสะดวกในการปฏิบัติมีขั้นตอนชัดเจนและเข้าใจง่าย เนื้อหาสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงครอบคลุมในการประเมินอาการ

เปลี่ยนแปลงก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต และมีประโยชน์ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงไปใช้กับผู้ป่วยจำนวน 45 ราย เป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่คือร้อยละ 54.2 เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 51 -60 ปี ร้อยละ 25342 การเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญมากที่สุด คือ โรคปอดบวมร้อยละ 60.17 รองลงมาเป็นโรค sepsisร้อยละ10.17การเจ็บป่วยที่รุนแรงทำให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย พบว่าพยาบาลสามารถประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยได้รวดเร็วเพิ่มขึ้น (early detect) และผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา(early treatment) ก่อนเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะช็อค ดังเช่นจากการสนทนากลุ่มพยาบาลให้ความเห็นว่า "..พอเรามีตัวกำหนดว่าต้องสังเกตอะไรเมื่อเห็นการเปลี่ยนแปลง....และคนไข้ก็ได้รับการช่วยเหลือเร็ว..." (Nu7-20) และ "อย่างเคสที่ต้องCPR เรารู้จากสัญญาณเตือนและจะเตรียมการ....ไม่ได้รอจนหัวใจหยุดเต้น..." (NU2-5) และไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงต้องช่วยชีวิตที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า

**สรุปและอภิปรายผล**

แนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่พัฒนาขึ้นนี้ เป็นการใช้สัญญาณชีพและอาการแสดงทางคลินิกที่จำเพาะเกี่ยวกับระบบที่สำคัญต่อชีวิต ได้แก่ ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด ความรู้สึกตัว ใช้เป็นสัญญาณเตือนพยาบาลผู้ปฏิบัติให้การพยาบาลผู้ป่วยว่าผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงเข้าสู่ภาวะช็อค ภาวะหายใจล้มเหลว หรือภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ เป็นแบบใช้ข้อความไม่ต้องให้คะแนน ดังเช่นข้อเสนอแนะในการศึกษา systematic review ของ Lamber การใช้ SPEWS โดยพยาบาลเจ้าของไข้เป็นการช่วยให้พยาบาลมีการรับรู้และตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยและเป็นเครื่องมือช่วยการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพได้ดีขึ้น ไม่มีข้อร้องเรียน ช่วยให้ลดอัตรา unplanned CPR และ readmitted ICU ใน 72 ชั่วโมง[10,11]

ประสิทธิภาพการทำนายความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของ EWS สำหรับผู้ป่วยในประเทศที่ไม่ได้ร่ำรวย (low or middle-income countries) อยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีข้อจำกัดในการสอบเทียบเครื่องมือ จึงควรมีการพัฒนาปรับปรุง EWS อย่างต่อเนื่องรวมถึงการตรวจสอบเครื่องมือโดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยจำนวนมากหรือมีภาระงานมาก ต้องดูแลผู้ป่วยหลายกลุ่มโรคและหลายประเภทในหอผู้ป่วยเดียวกัน เช่น ในโรงพยาบาลของรัฐบาล ซึ่งอาจทำให้เกิดความล่าช้าในการรวมคะแนนในแต่ละหัวข้อตามรูปแบบ EWS ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน EWS ที่มีหัวข้อการประเมินจำนวนมาก แม้กระทั่งของ MEWS เอง อาจสับสนในการเฝ้าระวังทั้งแบบการเฝ้าระวังทั่วไป และการเฝ้าระวังเฉพาะโรค ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้เครื่องมือ การคำนวณค่าคะแนน รวมทั้งแนวทางการตอบสนองที่ไม่ชัดเจน[12,13]

ซึ่งการนำ ESW ไปใช้อาจแตกต่างกับโรงพยาบาลในต่างประเทศและโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยของไทยจากการรวบรวมข้อดีและข้อกำจัดของการใช้งานในแต่ละรูปแบบและคำนึงถึงการตอบสนองต่อ service plan ของกระทรวงสาธารณสุขในด้านลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยทั้งสามโรคสำคัญข้างต้นร่วม

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ เพื่อเป็นเครื่องมือในการรายงานอาการและการประเมินอาการที่เหมาะสมและครอบคลุม ทำให้รายงานอาการได้อย่างรวดเร็ว เป็นระบบและสามารถนำไปสู่การจัดการอาการเปลี่ยนแปลงได้ unplannedCPR, readmitted ICU

2. ด้านการศึกษาวิจัย สามารถขยายผลการใช้เครื่องมือดังกล่าวไปใช้ในการศึกษาวิจัยผลลัพธ์การใช้แบบประเมิน

3. ด้านการเรียนการสอน สามารถใช้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงในเด็กและการรายงานสื่อสารโดยใช้รูปแบบ SBAR ในกลุ่มของนักศึกษาพยาบาลนักศึกษาแพทย์และกลุ่มนักศึกษาอื่น

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2020).Cardiovascular Diseases. RetrievedJanuary19, 2021fromhttp://www.who.int/topics/ cardiovascular diseases/en/.
2. Semico, M. (2009).TheUse of Modified Early Warning Scores by a Rapid Response Team forThe Purpose of Code Reduction in the Non-ICU Patient Population.ANCC National Magnet Conference. Retrieved January19, 2021fromhttps://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/en/
3. Gardner-Thorpe,J., etal. (2006). The Value of Modified Early Warning score (MEWS) in surgical In-patients: A prospective observational study. Annals of the Royal College of Surgeons of England, 88, 571-575.
4. Chuaychang,S. (2018). Effects of using the assessment of the modified early warning signs (MEWS) in the assessment and monitoring change symptom of patients in cardiac catheterization lab, Trang hospital. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursin,29(1), 72-83.
5. Kaewsingha, P., Akavipat, P., Prasertsong, K., &Pannak, S. (2012). Neurosurgical Intensive Care Unit ffective outcomes measurement with AcutePhysiology and Chronic Health Evaluation(APACHE)III. Medical Journal of SrisaketSurinBurirum Hospital, 27(3), 205-216.
6. Mehtap B,etal. (2013). The comparison of modified early warning score with rapidEmergency medicine score: a prospective multicenter observational cohort studyon medical and surgical patients presenting to emergency department. Emergency Medicine Journal, 31(6), 476-481.
7. อัจฉรา คำมะทิตย์ และมัลลิกา มากรัตน์. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: วิธีการปฏิบัติทีละ ขั้นตอน Using the Systematic Review to Provide a Complete Summary on a Research Question in Evidence–Based Practice: A 3–Step Method. ว. เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและ การสาธารณสุขภาคใต้. 2559;3(3):246–59
8. สมไสวอินทะชุบ. ประสิทธิผลการใช้ MEWS ( SOS Score)ต่อการเกิด Severe Sepsis and Septic Shock ในผู้ป่วย Sepsis โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี.มกราคม -เมษายน 2560; 25(1).90-91.
9. Duncan K D., McMullan C, Barbara M Mills. Early warning signs. Nursing. 2012;42(2): 38-44.
10. จุรีรัตน์ เกิดโสพส. กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลันกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลวังหิน อำเภอวังหิน จังหวัดศรีษะเกษ. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. มกราคม - เมษายน 2563; 3(1).58-62.
11. นิตยาภรณ์ จันทร์นคร. ทัศนีย์ แดขุนทด. อุไรวรรณ ศรีดา-มา, ปิยนุช บุญกอง. การพัฒนารูปแบบการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต สำหรับผู้ป่วยหนัก วัยผู้ใหญ่ โรงพยาบาลสกลนคร. วารสารกองการพยาบาล [อินเทอร์เนต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 2022 Jan 3];47:39-60. แหล่งข้อมูล: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JND/article/view/242610/164904
12. รัชนีย์พิมพ์ใจชน. (2560). ผลของการใช้รูปแบบเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและสัญญาณเตือนของผู้ป่วยต่อการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤติโดยไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลชลบุรี.ม.ป.ท. ม.ป.พ.
13. รุจา ปิ่นน้อย, พรนภา บุญชูเชิด, นภารัตน์ บัวลาดและจินตนา ทองเพชร. (2564).การพัฒนาระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงด้วยแบบบันทึกสัญญาณเตือน พระจอมเกล้ามิวสกอร์ ในผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง.วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข, 1(3), 72-88.

# การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด : กรณีศึกษา 2 ราย

# Nursing care of Pregnant women who are risk for premature contraction : Two case studies

(Received: April 9,2024 ; Revised: April 12,2024 ; Accepted: April 14,2024)

**ศิรประภา ทาธิ[1],รุ่งทิวา ขันธมูล[2]**
**Siraprapa Thati[1], Rungtiwa Khantamoon[2]**

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นการศึกษารายกรณี มีวัตถุประสงค์เพื่อ1) ศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 2 ราย และ 2) ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด2 ราย คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจงเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชื่นชม จังหวัดมหาสารคามที่มีผลตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์เป็นบวกและผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเข้าเกณฑ์ตามแนวทางการคัดกรอง

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1หญิงไทยวัย 22 ปี G5P1A3L1c Previous C/S LMP 16 พ.ค.2565 EDC 22 ก.พ. 2566 เคยแท้งไม่ทราบสาเหตุ 3 ครั้ง BMI 25.21 kg/$m^2$ ตรวจร่างกายปกติ ตรวจครรภ์ปกติ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ คัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนพบความเสี่ยง ได้แก่ 1) เคยแท้ง 3 ครั้งติดต่อกันหรือมากกว่า 2) เคยผ่าตัดอวัยวะในระบบสืบพันธุ์ (ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง) 3) BMI >23 kg/$m^2$ 2) แพทย์วินิจฉัย R/O Inevitable Abortion ได้รับการส่งตัวไป รพ.มหาสารคาม ได้วัดความยาวปากมดลูกทางช่องคลอด(Transvaginal cervical length : TVCL) ผลปกติ ปากมดลูกไม่สั้น ได้รับยาProluton 250 mg. IM เริ่มฉีดอายุครรภ์ $18^{+3}$wk.ถึง $29^{+3}$weeks(รวม 12 ครั้ง)ฝากครรภ์ตามนัดสม่ำเสมอ น้ำหนักเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ 30 กิโลกรัม คลอด C/S GA $38^{+3}$weeksby U/S วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 07.25 น. ทารกเพศชาย น้ำหนัก 3,890 กรัม Apgar score 9-10-10 หลังคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งแม่และลูก สรุปการวินิจฉัยโรค G5P1A3L1 GA $38^{+3}$wk. C/S due to Previous C/S กรณีศึกษารายที่ 2หญิงไทยวัย 18 ปีG1P0A0L0 LMP 14 ก.พ.2566 EDC 21 พ.ย. 2566 ฝากครรภ์ครั้งแรก GA $15^{+1}$weeks.BMI 16.80 kg/$m^2$ ปฏิเสธโรคประจำตัว เคยผ่าตัดถุงน้ำในรังไข่ข้างซ้ายตรวจร่างกายปกติ ตรวจครรภ์ปกติ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติปกติ ประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด พบรายการความเสี่ยง ดังนี้ 1) เคยผ่าตัดอวัยวะในระบบสืบพันธุ์ (ผ่าตัดถุงน้ำที่รังไข่) 2) BMI <16.80 kg/$m^2$3) เป็นครรภ์แรก และ 4) อายุน้อยกว่า 20 ปี ไม่มาฝากครรภ์ตามนัดตลอดการตั้งครรภ์ฝากครรภ์ 2 ครั้ง น้ำหนักขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ 6 kg. เมื่ออายุครรภ์ $34^{+2}$weeks.มีอาการเจ็บครรภ์ท้องปั้นถี่ เป็นก่อนมา 1 ชั่วโมง ตรวจครรภ์พบ Interval 3 – 5 นาที Duration 40 – 60 วินาที PVCervix dilate 3 cm. effacement 75 % Membrane MI station -2 MI มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นในภาวะวิกฤติที่รพ.ชื่นชมและส่งตัวไปรักษาต่อรพ.มหาสารคามที่รพ.มหาสารคามทารกในครรภ์มีภาวะ Fetal distress ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องวันที่ 11 ตุลาคม 2566 เวลา 19.45 น. ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 1,800 กรัม Apgar score 9-10-10 ทารกมีภาวะ Gastroschisis ได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ สรุปการวินิจฉัยโรค G1P0A0L0 GA $34^{+2}$weeks.by U/S Late ANC Teenage pregnancy Pre-term labor คลอด C/S due to fetal distress

**คำสำคัญ:** การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์, ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

**ABSTRACT**

This study is a case study with the objectives of 1) study the nursing care of two pregnant women at risk of preterm delivery and 2) study and compare the differences in nursing care of two pregnant women at risk of preterm delivery.TwoSample is picked by select specific target group of pregnant women visited the prenatal care at the prenatal clinic, Chuen Chom Hospital, Mahasarakham Province, who have a positive urine pregnancy test and were being at risk of preterm delivery according to screening guidelines.

The study found: Case study number1:22-year-old Thai woman G5P1A3L1,c Previous C/S, LMP 16 May 2022,EDC 22 February 2023.She had three previous miscarriages of unknown cause, BMI 25.21 kg/$m^2$.Physical

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชื่นชม

examination, pregnancy examination, and laboratory tests were normal.She was identified as at risk for preterm delivery due to1) three or more consecutive miscarriages, 2) previous reproductive organ surgery (C/S), and 3) BMI > 23 kg/$m^2$.She was diagnosed with R/O Inevitable Abortion and sent to Mahasarakham Hospital to measureTVCL (Transvaginal cervical length) with normal result, the cervix is not short. She received Proluton 250 mg intramuscularly (IM) from $18^{+3}$weeks.to $29^{+3}$ weeks. of gestation, attended regular antenatal care visits, gained 30 kilograms during pregnancy, and delivered C/S GA 38+3 by U/S on 5 February 2023 at 7.25 a.m. The baby, a male, weighed 3,890 grams with Apgar scores of 9-10-10, and there were no complications for both the mother and the baby. Case study number 2:18-year-old Thai woman G1P0A0L0,LMP 14 February 2023,EDC 21 November 2023,first antenatal care GA $15^{+1}$weeks. BMI 16.80 kg/$m^2$. She denied any medical illnesses but had a history of surgery for left ovarian cystectomy. Physical examination, pregnancy examination, and laboratory tests were normal.She was identified as at risk for preterm delivery due 1) previous reproductive organ surgery (left ovarian cystectomy), 2) BMI < 16.80 kg/m2, 3) primigravida, and 4) age less than 20 years old. She missed antenatal care appointments throughout her pregnancy, gained 6 kilograms by $34^{+2}$ weeks of gestation, and presented with preterm labor symptoms 1 hour until arrived at hospital.On examination, her cervix was dilated 3 cm, with 75% effacement and -2 station, mucus and vaginal bleeding was found. She was initially managed at Chaing Chom Hospital and then referred to Mahasarakham Hospital due to fetal distress.She delivered via C/S on October 11, 2566, at 19:45, delivering a female baby weighing 1,800 grams with Apgar scores of 9-10-10. The baby hadgastroschisis andwas sent to Srinagarind Hospitalfor further treatment. Summary of diagnosis G1P0A0L0, GA $34^{+2}$ weeks. by U/S Late ANC Teenage pregnancy Pre-term labor, C/S due to fetal distress.

**Keywords**: Antenatal care nursing,Risk of premature birth

**บทนำ**

การคลอดก่อนกำหนด (preterm birth)เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขอันดับต้นๆของทุกประเทศ เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกแรกเกิดเสียชีวิต (neonatalmortality) และต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ในช่วงตั้งครรภ์อีกด้วย(antenatal hospitalization) การคลอดก่อนกำหนดทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการต่อทารกทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้แก่ ภาวะการหายใจล้มเหลวภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะติดเชื้อในทางเดินอาหารภาวะชัก ระบบประสาทที่ผิดปกติหรือพัฒนาการช้า โดยอายุครรภ์ที่ทารกคลอดยิ่งน้อยยิ่งทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น รวมถึงในด้านเศรษฐกิจครอบครัวต้องรับภาระปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกตั้งแต่แรกเกิดและการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะยาวจากภาวะทุพพลภาพอีกด้วย[1]

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (pretermlabour) หมายถึง ภาวะมดลูกมีการหดรัดตัวอย่างสม่ำเสมอ มีผลทำให้ปากมดลูกเปิดก่อนอายุครรภ์37 สัปดาห์ภาวะการคลอดก่อนกำหนด (preterm birth)หมายถึง การคลอดที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 20 สัปดาห์ขึ้นไปจนถึงก่อนอายุครรภ์37 สัปดาห์ สำหรับประเทศไทยโดยราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยนิยามการคลอดก่อนกำหนดหมายถึง การคลอดทารกตั้งแต่อายุครรภ์ 24สัปดาห์ถึง 36สัปดาห์ อุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนด (pretermbirth rate) ต่ออัตราการคลอดในประเทศที่พัฒนาแล้วพบได้ประมาณร้อยละ 5 ถึงร้อยละ 7 ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนาเช่นแอฟริกาและเอเชียมีอุบัติการณ์เท่ากับร้อยละ11.9และ9.1ตามลำดับ สำหรับในประเทศไทยนั้นมีอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ12 โดยจัดอยู่ในลำดับที่ 55 จาก 184 ประเทศทั่วโลกของสถิติปีพ.ศ. 2558–2560 โรงพยาบาลศิริราชพบอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดต่อจำนวนคลอดทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 12.986, 13.527, และ 13.808ตามลำดับจะเห็นได้ว่าการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้อาจเกิดจากรูปแบบการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไปของสตรีตั้งครรภ์ เช่น การทำงานนอกบ้าน

มากขึ้น ต้องเดินทางไกลเพื่อไปทำงาน การสูบบุหรี่ การใช้ชีวิตที่รีบเร่ง ทำให้เกิดภาวะเครียดสตรีตั้งครรภ์ยุคใหม่มีแนวโน้มการตั้งครรภ์ในอายุที่เพิ่มมากขึ้น และมีการนำเทคโนโลยีที่ช่วยการเจริญพันธุ์มาใช้ ทำให้เกิดภาวะครรภ์แฝดสองหรือมากกว่านั้นมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีโอกาสที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้นในปัจจุบันยังไม่มีการรักษาที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ[2]

โรงพยาบาลชื่นชม เป็นโรงพยาบาลขนาด F2 ยังไม่เปิดให้บริการห้องคลอด ดูแลประชากรในพื้นที่จำนวน 24,880 คน เป็นพื้นที่ชนบท แบ่งการปกครองออกเป็น 4 ตำบล ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ทำนา ทำสวน ทำไร่อ้อย ไร่มันสำปะหลัง อยู่ห่างจากตัวจังหวัดมหาสารคาม 67 กิโลเมตร และห่างจากจังหวัดขอนแก่น 47 กิโลเมตร มีเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 6 แห่ง ข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง (ปีงบประมาณ 2554 -2556)สถิติการฝากครรภ์ จำนวน 110,120 และ 135 รายตามลำดับ มีหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 3, 3 และ 4 ราย ตามลำดับ ซึ่งจะพบได้ว่า การคลอดก่อนกำหนดยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารก รวมถึงครอบครัวและสังคม[2]

ดังนั้น พยาบาลผู้ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในหน่วยฝากครรภ์ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีความรู้ในด้านการค้นหาปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดบทบาทของพยาบาลในด้านการดูแลสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงแบบองค์รวม โดยการให้ความรู้คำแนะนำในด้านการดูแลตนเองการสังเกตอาการผิดปกติการปฏิบัติตนเมื่อได้รับยาป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เพื่อประคับประคองการตั้งครรภ์ให้มีอายุครรภ์เพิ่มมากขึ้น หรือสามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนดได้

**วัตถุประสงค์**

1.เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กรณีศึกษา 2 ราย

2.เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กรณีศึกษา 2 ราย

**วิธีการศึกษา**

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ รพ.ชื่นชม ที่มีผลการทดสอบการตั้งครรภ์เป็นผลบวกและผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเข้าเกณฑ์ โดยมีรายละเอียดวิธีการศึกษา ดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อคัดเลือกกรณีศึกษารายที่เป็นปัญหายุ่งยากซับซ้อนมาก

2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon) 11 แบบแผนและแนวคิดแนนดา (NANDA)

3. รวบรวมข้อมูล จากการสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ สามีหรือผู้ดูแล สหวิชาชีพและจากสมุดฝากครรภ์ แบบบันทึกการฝากครรภ์บร1ต.อ3 ทะเบียนฝากครรภ์ ข้อมูลจากเวชระเบียน ระบบHos.xp

4. การวิเคราะห์ข้อมูลนำผลการศึกษาที่ได้จากการศึกษารายกรณี 2 ราย มาวิเคราะห์เปรียบเทียบประมวลความรู้ที่ได้เพื่อแสดงถึงประเด็นปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อนมากในการให้การพยาบาล

5. จัดทำรายงานการศึกษาและเผยแพร่วิชาการผลการศึกษา

การศึกษากรณีศึกษาในครั้งนี้ ได้ศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา 2 ราย ที่ได้รับการดูแลในระยะตั้งครรภ์ ที่แผนกฝากครรภ์ รพ.ชื่นชม ร่วมกับการส่งตัวไปฝากครรภ์ที่รพ. มหาสารคาม ดำเนินการศึกษาระหว่าง วันที่ 1 กรกฎาคม 2565 ถึงวันที่ 1 ธันวาคม 2566 โดยมีรายละเอียดของการศึกษาสรุปได้ดังนี้

**ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล**

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|
| **วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 : หญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด**<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล**<br>1. หญิงตั้งครรภ์คลอดครบกำหนดและปลอดภัยจากภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>1. ไม่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การตั้งครรภ์ดำเนินไปจนครบตามเกณฑ์อายุครรภ์ อย่างน้อย 37 สัปดาห์ขึ้นไป<br>2. การตั้งครรภ์ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารก<br>**กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผลทางการพยาบาล**<br>1. เมื่อหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรก ต้องซักประวัติให้ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม และตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ ให้ถูกต้องครอบคลุม เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนด<br>2. พยาบาลห้องฝากครรภ์คัดกรองและคัดแยกกลุ่มเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติเป็น spontaneous preterm labour (GA < 37 สัปดาห์) หรือมีการแท้งในไตรมาสที่ 2 โดยไม่ทราบสาเหตุในครรภ์ก่อนหน้านี้ รวมถึงพิจารณาถึงปัจจัยอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้รับการดูแลแบบหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เข้า Preterm clinic<br>3. คัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ตามแนวทางของ 1)WHO 2) Health Area 7 Model classifying pregnancy 3) แบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ก่อนกำหนด (at ANC clinic) ตามแนวทางของรพ.มหาสารคาม เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด<br>4. ให้การดูแลตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพ<br>5. รวบรวมและวิเคราะห์ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการคัดกรองความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อ ให้ข้อมูลต่อแพทย์ ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้ได้คุณภาพ<br>6. ดูแลให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการส่งตัวไปยังรพ.มหาสารคาม เพื่อพบสูติแพทย์และเข้า Preterm clinic โดยดูแลการออกใบส่งตัวให้ พร้อมอธิบายเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องไปรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ที่คลีนิกฝากครรภ์<br>**การประเมินผล**<br>หญิงตั้งครรภ์ได้รับการส่งตัวไปรพ.มหาสารคาม พบสูติแพทย์ได้รับการวัดความยาวปากมดลูกทางช่องคลอด ผลปกติ ปากมดลูกไม่สั้น และได้รับยา Proluton250 mg. IM ตามแผนการรักษา เริ่มฉีดตั้งแต่อายุครรภ์ $18^{+3}$สัปดาห์จนถึงอายุครรภ์ $29^{+3}$สัปดาห์ รวมได้รับยาฉีดจำนวน 12 ครั้งหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ตามนัดสม่ำเสมอที่รพ.ชื่นชมและรพ.มหาสารคาม ไม่ขาดนัด ตรวจครรภ์ไม่พบความผิดปกติ ทารกดิ้นดี ไม่มีเจ็บครรภ์จนกระทั่ง GA $38^{+3}$สัปดาห์ รับการส่งตัวไปรพ.มหาสารคามตามนัดเพื่อคลอด C/S GA $38^{+3}$สัปดาห์by U/S วันที่ 5 ก.พ. 2566 เวลา 07.25 น. ทารกเพศชาย น้ำหนัก 3,890 กรัม Apgar score 9-10-10 หลังคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งแม่และลูก | **วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 : หญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด**<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล**<br>1. หญิงตั้งครรภ์คลอดครบกำหนดและปลอดภัยจากภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>1. ไม่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การตั้งครรภ์ดำเนินไปจนครบตามเกณฑ์อายุครรภ์ อย่างน้อย 37 สัปดาห์ขึ้นไป<br>2. การตั้งครรภ์ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารก<br>**กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผลทางการพยาบาล**<br>1. เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก ต้องซักประวัติให้ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม และตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ ให้ถูกต้องรอบคลุม เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนด<br>2. พยาบาลห้องฝากครรภ์คัดกรองและคัดแยกกลุ่มเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติเป็น spontaneous preterm labour (GA < 37 สัปดาห์) หรือมีการแท้งในไตรมาสที่ 2 โดยไม่ทราบสาเหตุในครรภ์ก่อนหน้านี้ รวมถึงพิจารณาถึงปัจจัยอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้รับการดูแลแบบหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เข้า Preterm clinic<br>3. คัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ตามแนวทางของ 1)WHO 2) Health Area 7 Model classifying pregnancy 3) แบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ก่อนกำหนด (at ANC clinic) ตามแนวทางของโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด<br>4. ให้การดูแลตามแนวทางการฝากครรภ์<br>5. รวบรวมและวิเคราะห์ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการคัดกรองความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อ ให้ข้อมูลต่อแพทย์ ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้ได้คุณภาพ<br>6. ติดตามเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์เพื่อติดตามเคสหญิงตั้งครรภ์ ให้มาฝากครรภ์ตามนัด<br>**การประเมินผล**<br>หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์$15^{+3}$สัปดาห์ ได้รับการตรวจร่างกาย ซักประวัติและคัดกรองความเสี่ยง จัดกลุ่มความเสี่ยงเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่จัดอยู่ในกลุ่ม High risk และพบความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้รับการดูแลครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพที่โรงพยาบาลชื่นชม โดยเน้นย้ำการมาฝากครรภ์ตามนัดและเรื่องภาวะโภชนาการ<br>ตลอดการตั้งครรภ์ฝากครรภ์ 1 ครั้ง ไม่มาฝากครรภ์ตามนัด น้ำหนักขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ 6กิโลกรัม เนื่องจากย้ายไปทำงานร้านอาหารที่อำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราดหญิงตั้งครรภ์ถูกส่งตัวไปรักษาต่อรพ.มหาสารคามที่รพ.มหาสารคามทารกในครรภ์มีภาวะ Fetal distress ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง วันที่ 11 ตุลาคม 2566 เวลา 19.45 น. ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 1,800 กรัม Apgar score 9-10-10 ทารกมีภาวะ Gastroschisis ได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ สรุปการวินิจฉัยโรค G1P0A0L0 GA 34+2 สัปดาห์ by U/S Late ANC Teenage pregnancy Pre-term labor คลอด C/S due to fetal |

**ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล**

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|
| | distress |
| **บทวิเคราะห์**<br>ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ มีความสำคัญอย่างยิ่งที่บุคลากรผู้ให้บริการในหน่วยฝากครรภ์ ต้องมีความรู้ความสามารถในการคัดกรองค้นหาปัจจัยเสี่ยง ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ตั้งแต่ visit แรกๆ เพื่อวางแผนการดูแลและแก้ไขปัญหาร่วมกับสหวิชาชีพให้เหมาะสมกับปัญหาของหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย ในกรณีศึกษาทั้งสองรายนี้ มีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แต่จะเป็นประเด็นปัญหาที่แตกต่างกัน จึงต้องพิจารณาการดูแลรักษาตามแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป ในกรณีศึกษารายแรก มีประวัติเคยแท้ง 3 ครั้ง แพทย์ R/O Inevitable Abortion ส่งต่อเข้า Preterm clinic ได้รับการวัดความยาวปากมดลูกทางช่องคลอดและฉีดยาProluton หญิงตั้งครรภ์มีความตระหนัก มีความรู้ความตั้งใจในการปฏิบัติตัว จนคลอดครบกำหนด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารก ส่วนในกรณีศึกษารายที่ 2 เป็นมารดา G1 ไม่เคยแท้งแต่พบปัจจัยเกี่ยวกับ Teenage pregnancy แม้จะได้รับการติดตามและเยี่ยมบ้านให้มาฝากครรภ์ ยังขาดความตระหนักในการดูแลครรภ์ Late ANC, Poor ANC ส่งผลทำให้คลอดก่อนกำหนด | |
| **วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 : หญิงตั้งครรภ์และญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด**<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล**<br>1. หญิงตั้งครรภ์และสามีคลายความวิตกกังวล เข้าใจสภาวะการตั้งครรภ์และมีความพร้อมในการปฏิบัติตัว<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>1. หญิงตั้งครรภ์และสามีมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษา<br>2. คะแนน ST5 อยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน (ความเครียดน้อย) และประเมิน 2Q ผล Negative<br>**กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผลทางการพยาบาล**<br>1. แสดงความเป็นมิตร พูดคุยให้รู้สึกอบอุ่น เพื่อคลายความวิตกกังวล สร้างความมั่นใจว่ามีคนคอยดูแลช่วยเหลือตลอดการตั้งครรภ์อย่างเต็มใจ<br>2. เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และสามีได้พูดคุย ระบายความรู้สึก ซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งติดตาม ให้กำลังใจ<br>3. การส่งเสริมการปรับตัวเพื่อให้เกิดการยอมรับพร้อมทั้งสร้างความมั่นใจให้แก่สตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับการดูแลการตั้งครรภ์ครั้งนี้ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดซ้ำ<br>4. อธิบายถึงคำจำกัดความของการคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ที่สามารถคลอดได้โดยที่ไม่ถือว่าเป็นการคลอดก่อนกำหนด สาเหตุของปัจจัยเสี่ยง<br>5. ประเมินความสนใจและการยอมรับของหญิงตั้งครรภ์และสามี<br>6. ยกตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ที่สามารถตั้งครรภ์และคลอดได้ปลอดภัยโดยการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดกำลังใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล<br>**การประเมินผล**<br>หญิงตั้งครรภ์และสามีมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษา ประเมินความเครียด คะแนน ST5 2 คะแนน (ความเครียดน้อย) และประเมิน 2Q ผล Negativeคลายความวิตกกังวล เข้าใจสภาวะการตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและพร้อมในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ เพื่อให้การตั้งครรภ์ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน<br>**วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 : หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด** | **วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 : หญิงตั้งครรภ์ขาดความตระหนักเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด**<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล**<br>1. หญิงตั้งครรภ์มีความตระหนักในการดูแลครรภ์เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด<br>2. หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด<br>3. หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>1. หญิงตั้งครรภ์รับฟังคำแนะนำด้วยสนใจความตั้งใจ<br>2. หญิงตั้งครรภ์ตอบคำถามเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง<br>3. หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ อย่างน้อย 5 ครั้ง<br>4. จากการซักถามเมื่อมาฝากครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสมในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์<br>**กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผลทางการพยาบาล**<br>1. ประเมินความคิด ทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจ ต่อการตั้งครรภ์ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ได้พูดคุย ซักถามปัญหาข้อสงสัย<br>2. เสริมสร้างพลังอำนาจ ให้กำลังใจ เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในครั้งนี้ พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด<br>3. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เกี่ยวกับหมายถึง สาเหตุปัจจัยเสี่ยง<br>4. ให้ความรู้ ให้คำแนะนำในการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์ 1) การมาตรวจตามนัดทุกครั้ง 2) การรับประทานยาบำรุงเลือด 3) แนะนำการเพิ่มน้ำหนักตัวในขณะตั้งครรภ์ที่เหมาะสม 4) การรักษาความสะอาดร่างกายทั่วไป 5) การดูแลสุขภาพช่องปากควรแปรงฟัน 6) ควรงดการดื่มสุรา การสูบบุหรี่หรือสารเสพติดอื่นๆ 7)สามารถทำงานได้ตามปกติถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน 8) เพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ปกติไม่มีข้อห้ามแต่ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ควรงดการมีเพศสัมพันธ์ 9) การผ่อนคลาย สตรีตั้งครรภ์ควรหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดควรหาวิธีการที่ช่วยให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลาย |

**ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล**

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|
| **วัตถุประสงค์การพยาบาล**<br>1. หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>1. รับฟังคำแนะนำด้วยความตั้งใจ<br>2. ตอบคำถามการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม<br>**กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผลทางการพยาบาล**<br>ให้ความรู้ ให้คำแนะนำในการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในประเด็นดังนี้<br>1. การรักษาความสะอาดร่างกายทั่วไป ควรอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง<br>2. การดูแลสุขภาพช่องปากควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือหลังมื้ออาหารทุกมื้อ<br>3. แนะนำการเพิ่มน้ำหนักตัวในขณะตั้งครรภ์ที่เหมาะสม<br>4. การรับประทานยาบำรุงเลือด ควรรับประทานอย่างสม่ำเสมอ<br>5. หญิงตั้งครรภ์ควรงดการดื่มสุรา การสูบบุหรี่หรือสารเสพติดอื่นๆ<br>6. การทำงานสามารถทำงานได้ตามปกติถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน<br>7. เพศสัมพันธ์การตั้งครรภ์ปกติไม่มีข้อห้ามแต่ถ้าสตรีตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ควรงดการมีเพศสัมพันธ์<br>8. การผ่อนคลาย สตรีตั้งครรภ์ควรหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด<br>9. การมาตรวจตามนัดทุกครั้ง<br>**การประเมินผล**<br>หญิงตั้งครรภ์รับฟังคำแนะนำการปฏิบัติตัวดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด<br>ด้วยความตั้งใจ สามารถตอบคำถามการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม | เช่น การทำสมาธิ การฟังเพลงเบาๆ การอ่านหนังสือ เป็นต้น<br>**การประเมินผล**<br>หญิงตั้งครรภ์รับฟังคำแนะนำด้วยสนใจ ความตั้งใจ ตอบคำถามเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง แต่หลังจากมาฝากครรภ์ครั้งแรก มีความจำเป็นต้องย้ายที่อยู่ไปกลับไปอยู่ที่จังหวัดตราด เพื่อ ทำงานหารายได้เลี้ยงชีพ จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่มาฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ และจากการโทรศัพท์ติดตามและเยี่ยมบ้านได้แนะนำให้ไปฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้ไปฝากครรภ์ เนื่องจากไม่คุ้นเคยในพื้น รับประทานยาบำรุงครรภ์ไม่สม่ำเสมอและขาดยา รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา |
| **บทวิเคราะห์**<br>เมื่อพิจารณา กรณีศึกษารายที่ 1 วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 และ ข้อที่ 3 ร่วมกับกรณีศึกษารายที่ 2 วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 พบว่า มีส่วนที่เกี่ยวเนื่องกัน คือ ความวิตกกังวล เกิดจากการขาดความรู้และขาดความตระหนักในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยในกรณีศึกษารายที่ 1 และครอบครัวมีความคาดหวังสูงในการที่จะให้การตั้งครรภ์ครั้งนี้ปลอดภัย ปัจจุบันพึ่งได้เลี้ยงลูกเพียงคนเดียว อยากมีลูกอีก 1 คน เมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ ทั้งดีใจ ทั้งวิตกกังวลเป็นอย่างมาก เพราะเคยมีประวัติแท้งเอง ถึง 3 ครั้ง กลัวว่าครรภ์นี้จะแท้งอีก ซึ่งต่างจากกรณีศึกษารายที่ 2 ไม่ได้ตั้งใจในการที่จะตั้งครรภ์ครั้งนี้ ไม่คาดหวังหรือกังวล คิดเพียงว่า เมื่อตั้งครรภ์แล้วก็ปล่อยให้ดำเนินไป ไม่รีบไปฝากครรภ์ จึงเห็นได้จากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้ว่า การให้การพยาบาลเพื่อคลายความวิตกกังวลการให้กำลังใจและเสริมพลังบวกในด้านความพร้อมของการตั้งครรภ์ การเสริมสร้างความรู้ความตระหนักในการดูแลครรภ์ ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองเพื่อการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพและปลอดภัย ลดภาวะการเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ | |
| **กรณีศึกษารายที่ 2**<br>**วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 :หญิงตั้งครรภ์มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด**<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล**<br>1.หญิงตั้งครรภ์และทารกปลอดภัยจากการมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลตามแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสม<br>2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลแม่ข่ายได้เหมาะสมทันเวลา<br>**กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผลทางการพยาบาล**<br>1. ซักประวัติเกี่ยวกับอาการเจ็บครรภ์ ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บครรภ์ ช่วงระยะเวลาที่ท้องปั้นแข็ง ช่วงห่างระหว่างการเจ็บครรภ์ การมีมูกเลือดออกทางช่องคลอดหรือมีน้ำเดินหรือไม่ | |

**ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล**

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|
| 2. ประเมินสภาพหญิงตั้งครรภ์จากการซักประวัติอาการสำคัญ ประวัติอายุครรภ์ ประวัติการฝากครรภ์ รวมถึงประวัติการเคยผ่าตัดทางหน้าท้อง ในรายนี้พบว่า เคยผ่าตัด Twist left ovarian cyst<br>3. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจปัสสาวะ ร่วมกับประเมินผลเลือดตอนฝากครรภ์<br>4. ตรวจครรภ์ ตรวจร่างกาย ตรวจสภาพทารกในครรภ์ ฟัง Fetal heart sound, NST (Nonstress test) รายงานแพทย์เวรเพื่อพิจารณาตรวจภายใน และ Ultrasound<br>5. ให้การพยาบาลตามแนวทางการรักษาของแพทย์ โดยยึดแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลมหาสารคาม 1) 5%DN/2 1,000 cc. rate 80 cc/hr. 2) ดูแลให้ยา Terbutaline 2.5 mg. ผสมใน 5%DW 500 ml. เริ่มให้ IV drip 10 µg/min (30 drop/min) ปรับเพิ่มครั้งละ 5 µg/min (15 drop/min) ทุก 10 นาที จนถึงขนาดสูงสุดคือ 25µg/min (75 drop/min) ซึ่งทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัว ยับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก พร้อมทั้งเฝ้าระวังและติดตามผลข้างเคียงของยา 3) ดูแลให้ยา Dexamethasone 6 mg IM statช่วยกระตุ้นความสมบูรณ์ของปอดทารก โดยหลั่งเอนไซม์ให้ผลิตสารลดแรงตึงผิว (surfactant) ในปอดพร้อมทั้งเฝ้าระวังและติดตามผลข้างเคียงของยา 4) Ampicillin 2 gm. IV stat เพื่อป้องกันการติดเชื้อระหว่างการคลอดหรือการผ่าตัด<br>6. ดูแลให้ได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่รพ.มหาสารคามได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา<br>7. เตรียมหญิงตั้งครรภ์ให้พร้อม ด้านร่างกาย ประวัติ ข้อมูลการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ เอกสารนำส่งตัวของหญิงตั้งครรภ์ สมุดฝากครรภ์สีชมพู<br>8. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะๆ เพื่อเฝ้าระวังในหญิงตั้งครรภ์บางราย มารดามีความก้าวหน้าของการเจ็บครรภ์คลอดอย่างรวดเร็วและทารกตัวเล็ก อาจคลอดทางช่องคลอดได้ในเวลาที่รวดเร็ว<br>9. เตรียมการคลอดฉุกเฉิน โดยพยาบาลต้องมีทักษะในการทำคลอดฉุกเฉิน การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ Set คลอดฉุกเฉินและยาสำหรับช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ต้องเตรียมให้พร้อมใช้งานได้ทันที ถ้าการคลอดเกิดขึ้นในโรงพยาบาลที่ไม่พร้อมในการดูแลมารดาและทารก จำเป็นต้องส่งต่อไปดูแลในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าอย่างรวดเร็ว<br>10. ติดต่อประสานงานในการส่งข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ไปยังโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อส่งข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ให้สูติแพทย์และทีมการรักษาพยาบาลรับทราบ เตรียมพร้อมในการรับเคสและดูแลเคสต่อไป<br>11. เตรียมบุคลากรที่มีทักษะความรู้ความสามารถในดูแลหญิงตั้งครรภ์ขณะส่งต่อ ทั้งในระยะรอคลอด ระยะคลอด การทำคลอดฉุกเฉิน การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด<br>**การประเมินผล**<br>หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลตามแนวทางที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องเหมาะสมทันเวลาและได้รับการส่งตัวไรักษาต่อที่โรงพยาบาลแม่ข่ายได้รับการดูแลตามแนวทาง เหมาะสม ทันเวลา และได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาสารคาม คลอด C/S เวลา 19.45 น. ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 1,800 กรัม Apgar score 9-10-10 ทารกมีภาวะ Gastroschisis ได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์<br>**บทวิเคราะห์**<br>ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ภายใต้ข้อจำกัดของโรงพยาบาลชื่นชม เป็นโรงพยาบาลขนาด F2 ยังไม่เปิดให้บริการห้องคลอด ไม่มีสูติแพทย์ จำเป็นต้องส่งตัวไปที่รพ.เชียงยืน หรือ รพ.มหาสารคาม ดังนั้น พยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ต้องมีความรู้ความสามารถในด้านสูติกรรม ดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดและทำคลอดฉุกเฉินได้ รวมถึงการส่งต่อที่ปลอดภัย อุปกรณ์ในการทำคลอดฉุกเฉินและการช่วยฟื้นคืนชีพทารกต้องพร้อมใช้ กรณีศึกษารายที่ 2 มารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน รพ.ชื่นชมด้วยอาการเข้าสู่ระยะคลอดแบบฉุกเฉิน ได้ให้การดูแลที่เหมาะสมและทันเวลา แต่ยังไม่แพลนการคลอดว่าจะให้คลอดปกติหรือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เมื่อส่งต่อไป รพ.มหาสารคาม ขณะอยู่ รพ.มหาสารคาม ทารกในครรภ์มีภาวะ Fetal distress จึงได้รับการ C/S emergency ในส่วนของกรณีศึกษารายที่ 1 ไม่มีภาวะคลอดฉุกเฉิน ได้รับการวางแผนการรักษา โดยการนัดผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แม้จะเคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แต่เมื่อใกล้ถึงวันคลอดก็มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การเตรียมความพร้อมต่อการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ควรได้รับ การเตรียมทั้งหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวตั้งแต่เมื่อยังไม่คลอด เป็นอีกบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในแผนกฝากครรภ์ที่จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวพร้อมเผชิญปัญหา เตรียมตัวผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้อย่างเหมาะสม ในส่วนของ | |
| **วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 : หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้เกี่ยวการรักษาที่ได้รับขณะตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด**<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล**<br>1. หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาที่จะได้รับ<br>2. ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสมตามแนวทางการรักษา<br>**เกณฑ์การประเมินผล** | **วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 : หญิงตั้งครรภ์และญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่กำลังเผชิญอยู่และสุขภาพของทารกในครรภ์**<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล**<br>1. หญิงตั้งครรภ์และญาติคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและสุขภาพของทารกในครรภ์ |

**ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล**

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|
| 1. รับฟังคำแนะนำด้วยความตั้งใจ<br>2. ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม<br>**กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผลทางการพยาบาล**<br>ให้ความรู้และคำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ โดยเน้นย้ำถึงความสำคัญของการดูแลรักษาป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ว่ามีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้สตรีตั้งครรภ์สามารถตั้งครรภ์ได้จนครบกำหนดคลอดหรือคลอดในระยะเวลาที่เหมาะสม ดังนั้น การดูแลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดจึงมีความสำคัญตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ดังนี้<br>1. ทำการคัดกรองและคัดแยกกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รวมถึงพิจารณาถึงปัจจัยอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อให้ได้รับการดูแลแบบหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เข้า Preterm clinic<br>2. ดูแลส่งตัวไปรักษาต่อที่ รพ.มหาสารคาม พร้อมอธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นการรักษาที่หญิงตั้งครรภ์จะได้รับ จาก รพ.มหาสารคาม อาจจะเป็นการใช้ยาโปรเจสเตอโรน (progesterone) การวัดความยาวปากมดลูก (Transvaginal cervical length : TVCL) และการเย็บผูกปากมดลูก (cervical cerclage) ซึ่งทางพยาบาลหน่วยฝากครรภ์ รพ.ชื่นชมจะได้ติดตามการรักษาและนัดมาฝากครรภ์ต่อตามเกณฑ์<br>3. อธิบายและดูแลให้ได้รับการรักษาที่ป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือ การใช้ยาโปรเจสเตอโรน (progesterone) Proluton250 mg. IM ตามแผนการรักษา เริ่มฉีดตั้งแต่อายุครรภ์ $18^{+3}$wk. จนถึงอายุครรภ์ $29^{+3}$wk.<br>**การประเมินผล**<br>หญิงตั้งครรภ์รับฟังคำแนะนำด้วยความตั้งใจ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม ไปตรวจที่โรงพยาบาลมหาสารคามตามคำแนะนำ ได้รับการวัดความยาวปากมดลูกทางช่องคลอด พบว่า ปกติ, ปากมดลูกไม่สั้น ได้รับ Proluton250 mg. IM ตามแผนการรักษา เริ่มฉีดตั้งแต่อายุครรภ์ $18^{+3}$wk. จนถึงอายุครรภ์ $29^{+3}$wk. รวมได้รับยาฉีดจำนวน 12 ครั้ง โดยมาฉีดยาตามนัดทุกครั้งสม่ำเสมอที่คลีนิกฝากครรภ์โรงพยาบาลชื่นชม<br>**บทวิเคราะห์**<br>กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการรักษาเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากโรงพยาบาลแม่ข่าย ที่มีสูติแพทย์เฉพาะทาง โดยการวัดความยาวปากมดลูกทางช่องคลอด และ Proluton250 mg. IM ซึ่งการได้รับยา Proluton จะให้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 12 สัปดาห์ ถือว่าเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน พยาบาลคลีนิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชุมชน ที่ไม่มีสูติแพทย์ จำเป็นต้อง อธิบายถึงความจำเป็นตามแผนการรักษา คุณสมบัติและอาการข้างเคียงของยา และติดตามการฉีดยาตามนัดให้ครบ ซึ่งถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง พร้อมให้กำลังใจกับหญิงตั้งครรภ์ในการฉีดยาตามแผนการรักษา ส่วนในกรณีศึกษารายที่ 2 ไม่มาฝากครรภ์ตามนัด ไม่ได้รับการวัดความยาวปากมดลูกทางช่องคลอด และยา Proluton | **เกณฑ์การประเมินผล**<br>1 .หญิงตั้งครรภ์และญาติสีหน้าสดชื่นขึ้น<br>2. หญิงตั้งครรภ์และญาติเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษา<br>**กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผลทางการพยาบาล**<br>1. สนทนากับหญิงตั้งครรภ์และญาติอย่างเป็นกันเอง พร้อมรับฟังปัญหาและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก<br>2. เตรียมความพร้อมของร่างกายและจิตใจ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บครรภ์ที่กำลังเผชิญอยู่สาเหตุที่จะต้องได้รับการรักษาและส่งตัวไปรักษาต่อที่รพ.มหาสารคาม และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ พร้อมเน้นย้ำความมั่นใจในการดูแลรักษาที่ได้รับตามแนวทางที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และญาติเกิดความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง<br>3. สร้างความมั่นใจในความปลอดภัยของผู้คลอดเมื่อได้รับการรักษาตามแนวทางที่เป็นระบบ โดยอธิบายให้ทราบว่าขณะส่งต่อ จะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลที่มความรู้ทักษะด้านสูติกรรม และการผ่าตัดหรือหลังผ่าตัดจะได้รับการดูแลจากสูติแพทย์ กุมารแพทย์ วิสัญญีแพทย์และพยาบาล เพื่อให้ผู้คลอดมั่นใจ คลายความวิตกกังวลจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง<br>4. เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และญาติซักถามข้อสงสัยต่างๆและตอบคำถามด้วยความเต็มใจ<br>**การประเมินผล**<br>หญิงตั้งครรภ์และญาติรับฟังคำแนะนำอย่างตั้งใจและเข้าใจ สีหน้าผ่อนคลายและสดชื่นขึ้น พร้อมปฏิบัติตามคำแนะนำ ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที ทั้งก่อนส่งต่อ ขณะส่งต่อและที่รพ.มหาสารคาม มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ส่วนทารกมีความผิดปกติ พบภาวะ Gastroschisis ได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์<br>**บทวิเคราะห์**<br>กรณีศึกษารายที่ 2 เมื่อเข้าสู่ภาวะคลอดฉุกเฉิน หญิงตั้งครรภ์และญาติมีความกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่กำลังเผชิญอยู่ และภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องดูแลทั้งหญิงตั้งครรภ์และญาติในภาวะวิกฤตที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งไม่มีสูติแพทย์และไม่มีห้องคลอด ทีมสหวิชาชีพที่ขึ้นเวรแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ต้องมีความพร้อมและทักษะในการดูแลทั้งด้าน กาย จิต สังคม สร้างความมั่นใจในความปลอดภัยของผู้คลอดเมื่อได้รับการรักษาตามแนวทางที่เป็นระบบ โดยอธิบายให้ทราบว่าขณะส่งต่อ จะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลที่มีความรู้ทักษะด้านสูติกรรม และการผ่าตัดหรือหลังผ่าตัดจะได้รับการดูแลจากสูติแพทย์ กุมารแพทย์ วิสัญญีแพทย์และพยาบาล เพื่อให้ผู้คลอดมั่นใจ คลายความวิตกกังวลจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ส่วนในกรณีศึกษารายที่ 1 ไม่มีภาวะคลอดฉุกเฉิน |

**กรณีศึกษา รายที่ 1**

**วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5: วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง**

**วัตถุประสงค์การพยาบาล**

1. หญิงตั้งครรภ์คลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

**ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล**

| กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|---|---|
| **เกณฑ์การพยาบาล**<br>1.สีหน้าสดชื่นขึ้น 2. เข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษาโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง<br>**กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผลทางการพยาบาล**<br>1. สนทนากับหญิงตั้งครรภ์อย่างเป็นกันเอง พร้อมรับฟังปัญหาและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก<br>2. เตรียมความพร้อมของร่างกายและจิตใจ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับความจำเป็น สาเหตุที่จะต้องได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ เพื่อให้ผู้คลอดเกิดความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง<br>3. สร้างความมั่นใจในความปลอดภัยของผู้คลอดและทารกเมื่อได้รับการผ่าคลอดบุตร โดยอธิบายให้ทราบว่าขณะผ่าตัดหรือหลังผ่าตัดจะได้รับการดูแลจากสูติแพทย์ กุมารแพทย์ วิสัญญีแพทย์และพยาบาล เพื่อให้ผู้คลิดมั่นใจ คลายความวิตกกังวลจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง<br>4. เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ซักถามข้อสงสัยต่างและตอบคำถามด้วยความเต็มใจ<br>5. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ไปตามนัดของโรงพยาบาลมหาสารคม ในวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2566 พร้อมเตรียมใบส่งตัวไปให้หญิงตั้งครรภ์นำไปด้วยตามสิทธิ์การรักษา<br>**ประเมินผล**<br>หญิงตั้งครรภ์รับฟังคำแนะนำอย่างตั้งใจและเข้าใจ สีหน้าผ่อนคลายและสดชื่นขึ้น พร้อมปฏิบัติตามคำแนะนำและไป admitforC/S ที่รพ.มหาสารคามตามนัด วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2566 หญิงตั้งครรภ์คลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอายุครรภ์ GA $38^{+3}$ wk. ทารกเพศชาย น้ำหนัก 3,890 กรัม Apgar score 9-10-10 หลังคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งแม่และลูก<br>**วิเคราะห์**<br>กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการวางแผนการรักษา โดยการนัดผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แม้จะเคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แต่เมื่อใกล้ถึงวันคลอดก็มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การเตรียมความพร้อมต่อการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ควรได้รับการเตรียมทั้งหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวตั้งแต่เมื่อยังไม่คลอด เป็นอีกบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในแผนกฝากครรภ์ที่จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวพร้อมเผชิญปัญหาเตรียมตัวผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้อย่างเหมาะสม<br>ในส่วนของกรณีศึกษารายที่ 2 มารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน รพ.ชื่นชมด้วยอาการเข้าสู่ระยะคลอดแบบฉุกเฉิน ได้ให้การดูแลที่เหมาะสมและทันเวลา แต่ยังไม่แพลนการคลอดว่าจะให้คลอดปกติหรือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เมื่อส่งต่อไป รพ.มค. ขณะอยู่ รพ.มหาสารคาม ทารกในครรภ์มีภาวะ Fetal distress จึงได้รับการ C/S emergency |

## สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ทั้งสองราย มีความแตกต่างกันด้วยปัจจัยหลายด้าน ทั้งด้านตัวหญิงตั้งครรภ์เอง อายุ การศึกษา เศรษฐานะ ครอบครัว สังคมความเป็นอยู่ ความพร้อม ความคาดหวังและความตระหนักในการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลครรภ์ ปัจจัยต่างๆเหล่านี้ ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนจากความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[3]

กรณีศึกษาทั้งสองราย ได้รับการคัดกรองและค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งพบปัจจัยเสี่ยงในกรณีศึกษาทั้งสองรายที่แตกต่างกัน ดังจะเห็นได้จากในกรณีศึกษารายที่ 1 นับว่าเป็นเคสที่ประสบความสำเร็จในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีความคาดหวังและตระหนักถึงความสำคัญในการที่จะตั้งครรภ์ให้ปลอดภัย จึงรีบมาฝากครรภ์ครั้งแรกตั้งแต่เริ่มรู้ว่าตั้งครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 9 สัปดาห์ ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เมื่อพบภาวะเสี่ยงได้รับการดูแลแก้ไขปัญหาตามแนวทางที่มีประสิทธิภาพ หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม ฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ ขณะตั้งครรภ์ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คลอด C/S เมื่ออายุครรภ์ $38^{+3}$สัปดาห์ ทารกสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารก ในส่วนของกรณีศึกษารายที่ 2 ด้วยปัจจัยที่แตกต่างกัน ทั้งด้านอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่น สภาวะร่างกายที่BMI ต่ำ ครอบครัวมีส่วนร่วมน้อยในการดูแลการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ ไม่ได้คาดหวังและไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการที่จะดูแลครรภ์ให้ปลอดภัย มาฝากครรภ์ช้า ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เมื่อพบภาวะเสี่ยง ได้รับคำแนะนำ

ในการปฏิบัติตัวและติดตามการฝากครรภ์โดยการโทรติดตามและเยี่ยมบ้าน แต่ด้วยความจำเป็นหญิงตั้งครรภ์ได้เดินทางไปต่างจังหวัดเพื่อทำงาน จึงไม่ได้มาฝากครรภ์ตามนัด ขาดการฝากครรภ์ที่ได้คุณภาพตามเกณฑ์ จนกระทั้งหญิงตั้งครรภ์มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เมื่อ GA 34 สัปดาห์เข้ารับการรักษาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดฉุกเฉิน เข้าสู่ระยะคลอด ได้รับการส่งตัวไปที่รพ.มหาสารคาม ที่ รพ.มหาสารคามทารกในครรภ์มีภาวะ Fetal distress ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทารกน้ำหนัก 1,800 กรัม Apgar score 9-10-10 มีภาวะ Gastroschisis ได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่รพ.ศรีนครินทร์[4]

ดังนั้น ในการให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ในหน่วยฝากครรภ์ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีความรู้ในด้านการค้นหาปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด บทบาทของพยาบาลในด้านการดูแลสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงแบบองค์รวม โดยการให้ความรู้คำแนะนำในด้านการดูแลตนเองการสังเกตอาการผิดปกติการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เพื่อประคับประคองการตั้งครรภ์ให้มีอายุครรภ์เพิ่มมากขึ้น หรือสามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนด ได้รวมถึงการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ การสร้างความเข้าใจ ความตระหนักและกำกับติดตามหญิงตั้งครรภ์ให้ฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านตามเกณฑ์คุณภาพ[5]

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระยะของการตั้งครรภ์นั้นเป็นเรื่องที่สำคัญมากและเป็นเรื่องที่ดูแลได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากทีมสุขภาพไม่สามารถดูแลสตรีตั้งครรภ์ได้ตลอดเวลา เหมือนกับการดูแลผู้ป่วยที่นอนอยู่ในโรงพยาบาล ดังนั้นการให้ความรู้ คำแนะนำที่ถูกต้องและเหมาะสมในแต่ละบุคคลแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว จึงเป็นสิ่งจำเป็นมาก เพื่อหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวได้นำความรู้และคำแนะนำต่างๆ ไปใช้ดูแลตนเอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจในระหว่างที่ตั้งครรภ์ สามารถสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และมาโรงพยาบาลได้อย่างทันท่วงที และทุกครั้งที่หญิงตั้งครรภ์มาตรวจตามนัด พยาบาลควรทบทวนพฤติกรรมการดูแลตนเองอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์และเน้นย้ำถึงความสำคัญและความจำเป็นของการได้รับยาโปรเจสเตอโรนเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พร้อมทั้งการให้กำลังใจแก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวในการช่วยกันดูแลประคับประคอง เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอดได้

## เอกสารอ้างอิง

1. กัญยา ทูลธรรม, และสุภาพร สุภาทวีวัฒน์. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด อัตราความถูกต้องครอบคลุมของแนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลมหาสารคาม. **วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม**. 20(2). 75 – 88.

2. กลุ่มรายงานมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข;2566. ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดในงบประมาณ 2564; 2564 [ปรับปรุงเมื่อ 18 พฤศจิกายน 2564 ]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th

3. ประไพรัตน์ แก้วศิริ, ดารุนนีย์ สวัสดิโชตติ์, และตรีนุช คำทะเนตร.ปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์จังหวัดนครพนม. **วารสารกองการพยาบาล.**2562;46(3). 73- 86.

ศิริวรรฯ แสงอินทร์, (2557). การพยาบาลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา**. 22(1). 27-38.

4. อุ่นใจ กออนันตกุล. (2562) การคาดการณ์การคลอดก่อนกำหยดเพื่อการรักษา. **สูตินรีแพทย์สัมพันธ์.**28(1). 8-15.

5. The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Practice Bulletin No. 159: Management of preterm labor. **Obstet Gynecol**.;127(1

# ผลของโปรแกรมฝึกเทคนิคการคลายเครียดร่วมกับการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

# Effects of Relaxation Training with Education Program for Preterm Labor of Pregnancy Woman at Wanonniwat Hospital, Sakon Nakhon Province.

(Received: April 9,2024 ; Revised: April 12,2024 ; Accepted: April 13,2024)

**วิทยา ฮามวงศ์**[1]
**Wittaya Hamwong**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษากึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฝึกเทคนิคการคลายเครียดร่วมกับการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเข้ารับการรักษาเพื่อยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลวานรนิวาส เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง แบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรม และแบบบันทึกการติดตามอายุครรภ์เมื่อคลอด เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 17 มกราคม – 16 เมษายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบสถิติแบบพาราเมตริกใช้ Paired t-test เปรียบเทียบสถิติแบบนอนพาราเมตริกใช้ Wilcoxon signed rank test

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-34 ปี ร้อยละ 63.33 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 100.00 จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 40.00 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 33.33 รายได้ครอบครัวต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 33.33 ด้านประวัติที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์พบว่ามีโรคประจำตัว ร้อยละ 16.67 เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 10.00 เคยมีประวัติการแท้ง ร้อยละ 16.67 ผลการประเมินความเครียดพบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t=13.342$, $p<0.001$) และหลังได้รับโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($Z=-4.813$, $p<0.001$) กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยภาพรวมในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.85$, 0.30) ผลการติดตามเมื่อคลอดพบว่ายังคงพบอัตราการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 13.33

**คำสำคัญ**: เทคนิคการคลายเครียด, คลอดก่อนกำหนด, หญิงตั้งครรภ์

**Abstract**

This quasi experimental research aimed to study effects of relaxation training with education program for preterm labor of pregnancy woman at Wanonniwat Hospital, Sakon Nakhon Province. The samples were pregnant woman who had premature labor pains and received treatment to prevent preterm labor in the delivery department at Wanonniwat hospital, purposive sampling of 30 samples. The instrument of data collection included; the questionnaires of general characteristics, self-assessment of stress test, knowledge test, satisfaction of the program and recording form of gestational age at birth. The study was conducted from January 17$^{th}$ – April 16$^{th}$, 2024. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics, frequency, percentage, mean and standard deviation. The comparative parametric statistics used Paired T-test and nonparametric statistics used Wilcoxon signed rank test.

The results showed; most the general characteristic of samples were 63.33% of age group between 20-34 years, 100.00% of married couple status, 40.00% of graduated from high school, 33.33% of unemployed, 33.33% of monthly family income not more than 10,000 baths. The relation of pregnancy history were found that 16.67% of

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

the congenital disease, 10.00% of previous of preterm delivery, 16.67% of previous of miscarriage. And found mean stress scores after receiving the program lower than before at a statistical significance of 0.01 (t=13.342, p<0.001). On the other hand, mean knowledge scores after receiving the program was higher than before significant at level of 0.01 (Z=-4.813, p<0.001). The satisfaction of the program was the highest level ($\bar{X}$=4.85, 0.30). However, the monitoring of gestational age at birth found 13.33% of preterm labor.

**Key words**: relaxation training, preterm labor, pregnancy.

**บทนำ**

ในปี 2563 พบทารกคลอดก่อนกำหนดทั่วโลกประมาณ 13.4 ล้านคน อัตราการคลอดก่อนกำหนดทั่วโลกอยู่ระหว่างร้อยละ 4-16[1] ซึ่งมีสาเหตุสำคัญจากภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสูงถึงร้อยละ 50-80[2] และภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนดนำไปสู่การเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี[3] ในประเทศไทยพบว่าการคลอดก่อนกำหนดยังเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญทางสูติกรรมและเป็นการคลอดตั้งแต่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์จนถึงก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์หรือ 259 วันของการตั้งครรภ์[4] อุบัติการณ์คลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 8-12 หรือประมาณ 80,000 รายต่อปี[5] สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยพบอุบัติการณ์คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 10.83 ส่วนใหญ่เป็นการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเองถึงร้อยละ 67 ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดได้แก่ การฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง การตั้งครรภ์แฝด รกเกาะต่ำและความดันโลหิตสูง เป็นต้น[6]

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนทำให้หญิงตั้งครรภ์จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล[7] เพื่อยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ออกไปให้ทารกมีสภาวะที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงและอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการคลอดก่อนกำหนด[8] การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจึงผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์โดยตรงเนื่องจากต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล ได้รับยาระงับการหดตัวของมดลูก เช่น Ritrodine, Terbutaline, Magnesium sulfate ซึ่งเป็นยากลุ่ม $\beta$-adrenergic receptor agonists ทำให้เกิดอาการใจสั่น มือสั่น คลื่นไส้อาเจียน แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก หากมีอาการรุนแรงอาจพบภาวะน้ำคั่งในปอดได้[4] การถูกจำกัดกิจกรรมโดยการนอนพักบนเตียงเป็นระยะเวลานานยัง ส่งผลให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกิดความรู้สึกเบื่ออาหาร ท้องผูก[9] รวมถึงเกิดภาวะเครียดทั้งจากถูกจำกัดกิจกรรมและเครียดจากกลัวอันตรายที่จะเกิดกับทารกในครรภ์[10] เกิดความไม่แน่ใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ว่าจะสามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนดหรือไม่ ซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดตามมา[11]

ความเครียดเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสารชีวเคมีในร่างกาย เกิดการหลั่งสารแคทีโคลามีน ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกมีการหดรัดตัว ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้[12] อาการเจ็บครรภ์เป็นสาเหตุของความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ ยิ่งมีความเครียดยิ่งไปกระตุ้นการหลั่งอะดรีนาลีนและคอร์ติซอลมากขึ้น และฮอร์โมนเหล่านี้ผลต่อการหดรัดตัวของมดลูก และความเครียดสูงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญในร่างกายทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนต่างๆมากขึ้น เช่น คอร์ติคอยด์ (Corticoils) แคทีโคลีน (Cathteolamine) โกรธฮอร์โมน (Grow hormone) และ โพแลคติน (Polaction) ส่งผลให้น้ำหนักตัวของหญิงตั้งครรภ์ลดลง ส่งผลทำให้น้ำหนักของทารกแรกเกิดน้อยกว่าปกติ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การคลอดก่อนกำหนดได้[13] ความรู้สึกกลัวการคลอดจากภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ต้องอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อยับยั้งการคลอดโดยห้ามญาติเข้าเยี่ยม สร้างความเครียดในหญิงตั้งครรภ์มากขึ้น[14] ดังนั้นบทบาทสำคัญประการหนึ่งของพยาบาลผดุงครรภ์คือการจัดการความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มี

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาเพื่อยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาล

มีการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและพบว่าวิธีจัดการความเครียด โดย 1) ใช้เทคนิคการหายใจ ได้แก่ การควบคุมลมหายใจแบบโยคะ และเทคนิคการหายใจร่วมกับการให้ข้อมูล 2) การผ่อนคลาย และ 3) การสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมเหล่านี้ส่งผลต่อการลดระดับความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[15] มีการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้ร้อยละ 34[16] นอกจากนี้ยังมีการศึกษาผลของโปรแกรมเพื่อลดความเครียดต่อความเครียดและอายุครรภ์เมื่อคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและพบว่าหลังได้รับการดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับการดูแล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[17] และมีการศึกษาที่พบว่าการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าสามารถลดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้[18] อีกทั้งการฝึกผ่อนคลายความเครียดร่วมกับการให้ความรู้ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีคะแนนความเครียดลดลง[19] นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าการให้ความรู้เรื่องการคลอดก่อนกำหนดทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เพิ่มขึ้นและไม่มีการกลับมารักษาซ้ำ[20] จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการจัดการความเครียดร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดสามารถป้องกันหรือชะลอการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลห้องคลอดโรงพยาบาลวานรนิวาสในระหว่างปี 2564-2566 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 8.16, 9.52 และ 8.66 ตามลำดับ และยังพบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ที่ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เท่ากับร้อยละ 14.56 (166 ราย), ร้อยละ 15.05 (173 ราย) และร้อยละ 14.58 (180 ราย) ตามลำดับ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยที่สุด 2 วันและนานสุด 30 วัน และจากการประเมินความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด จำนวน 2 คน พบว่ามีความเครียดระดับปานกลาง แต่มีความวิตกกังวลกลัวลูกจะเป็นอันตรายจากการที่มีท้องปั้นบ่อยๆ นอนไม่ค่อยหลับ เพราะลูกดิ้นบ่อย หงุดหงิด อากาศร้อน เบื่อเนื่องจากไม่ได้ทำอะไรเลย อยากกลับบ้าน และจากการสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบว่าทั้ง 2 คน ให้ข้อมูลว่าไม่รู้ว่าต้องดูแลตัวเองอย่างไรบ้าง จากข้อมูลดังกล่าวทำให้เห็นถึงปัญหาความเครียดและความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดประกอบกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าการผ่อนคลายความเครียดร่วมกับการให้ความรู้สามารถลดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้[15,17,18,19] ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมฝึกเทคนิคการคลายเครียดร่วมกับการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดขึ้นมาทดลองใช้เพื่อลดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาเพื่อยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดและศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เป็นการแก้ไขปัญหาหน้างานและเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์นำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

**วัตถุประสงค์การศึกษา**

1. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

3. ประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมฝึกเทคนิคการคลายเครียดร่วมกันการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

4. เพื่อติดตามอายุครรภ์เมื่อคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

**วิธีดำเนินการศึกษา**

**รูปแบบการศึกษา:** เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 1 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง (The one group pretest-posttest only design)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง:** ประชากรในการศึกษานี้คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเข้ารับการรักษาด้วยการนอนโรงพยาบาล แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเข้ารับการรักษาด้วยการนอนโรงพยาบาล แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ระหว่างวันที่ 17 มกราคม- 16 เมษายน 2567 เลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกดังนี้คือ มีอายุระหว่าง 18 ปีขึ้นไป เข้าใจภาษาไทยและสื่อสารได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยลงนามในเอกสารยินยอมด้วยความสมัครใจ ส่วนเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกคือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถยับยั้งอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและคลอดก่อนกำหนดระว่างระหว่างทำการศึกษา หรือได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น หรือผู้ป่วยวิกฤตเสียชีวิตแล้ว หรือปฏิเสธหรือขอถอนตัวจากการศึกษา หรือมีความเครียดในระดับสูงที่ต้องส่งพบจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา หรือเจ็บป่วยกะทันหันที่ไม่สามารถร่วมการศึกษาได้ อาทิเช่น ติดเชื้อโรคโควิด 19 เป็นต้น

**การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง:** กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G* power เลือก means: difference from constant (one sample case) เลือกการทดสอบทางเดียวกำหนดค่าอิทธิพล (effect size) จากค่ามาตรฐานกลาง ได้เท่ากับ 0.50 ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ 0.05 และค่ากำลังการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน[23] และเพื่อป้องกันการถอนตัว (Drop-out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง จึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 (2.7 คน) [24] รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[25] มีข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นการสอบถามอาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้น โดยให้คะแนน 0 คือ ไม่เคยเลย คะแนน 3 คือ เป็นประจำ รวม 60 คะแนน การแปลผลเป็นดังนี้คือ 0-5 คะแนน หมายถึง เครียดน้อยกว่าปกติ 6-17 คะแนน หมายถึง เครียดระดับปกติ 18-25 คะแนน หมายถึง เครียดสูงกว่าระดับปกติเล็กน้อย 26-29 คะแนน หมายถึง เครียดสูงกว่าระดับปกติปานกลาง และ 30-60 คะแนน หมายถึง เครียดสูงกว่าระดับปกติมาก ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการดูแลตนเอง ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มีข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ การให้คะแนน ถ้าตอบ “ถูก” ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบ “ผิด” ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรู้ดีกว่าคะแนนรวมต่ำ การแปลผลอิงเกณฑ์โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom[26] แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้คือ ความรู้ระดับสูง ได้คะแนนระหว่าง 16-20 คะแนน ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนระหว่าง 12-15 คะแนน ความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนนระหว่าง 0-11 คะแนน ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อ

โปรแกรมฝึกเทคนิคการคลายเครียดร่วมกับการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ดังนี้คือ พึงพอใจมากที่สุดให้ 5 คะแนน และไม่พึงพอใจเลย ให้ 1 คะแนน การแปลความหมายได้ดังนี้[27] ไม่พึงพอใจ คือ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.80 พึงพอใจน้อย คือ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.81-2.60 พึงพอใจปานกลาง คือ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.61-3.40 พึงพอใจมาก คือ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.41-4.20 และพึงพอใจมากที่สุด คือ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.21-5.00 และส่วนที่ 5 แบบบันทึกการติดตามอายุครรภ์เมื่อคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมฝึกการผ่อนคลายความเครียดร่วมกับให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกการหายใจของกรมสุขภาพจิต[28] ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการดูแลตนเอง[4] สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)** โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย สูติแพทย์ 1 ท่าน นักจิตวิทยา 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีประสบการณ์การทำงานในห้องคลอดอย่างน้อย 10 ปี 1 ท่าน และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์รายข้อโดยใช้ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.90-0.97 ส่วนโปรแกรมฝึกการผ่อนคลายความเครียดร่วมกับการให้ความรู้ นำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้

**การตรวจสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (feasibility):** หลังจากแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมฝึกการผ่อนคลายความเครียดร่วมกับการให้ความรู้ไปตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ โดยนำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลวานรนิวาส จำนวน 3 ราย มีการสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลที่ทดลองใช้ว่ามีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง และพัฒนาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจนผู้ปฏิบัติมีความเห็นว่าสามารถนำไปใช้ได้จริง

**การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability):** นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญมาแล้ว ไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ชุด เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ และนำมาวิเคราะห์หาค่าความน่าเชื่อถือได้ (Reliability) สำหรับแบบประเมินความเครียดด้วยตนเองได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.76 แบบวัดความรู้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.71 และแบบประเมินความพึงพอใจได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.92

**ขั้นตอนการศึกษา**

**ขั้นเตรียมการ:** 1) ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการฝึกผ่อนคลายความเครียด 2) เขียนเค้าโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และ3) หลังได้รับการอนุมัติผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จึงเข้าพบหัวหน้าห้องคลอดโรงพยาบาลวานรนิวาส ขออนุญาตดำเนินการศึกษาวิจัย ชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่องค์กรและผู้รับบริการจะได้รับ

**ขั้นดำเนินการ** ในการดำเนินโปรแกรมฝึกการผ่อนคลายความเครียดร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดและการดูแลตนเองการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในวันแรกที่เข้ารับการรักษาที่แผนกห้องคลอดโรงพยาบาลวานรนิวาส กิจกรรมในวันแรก สร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะนำเสนอภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น หลังจากนั้นจึงทำการประเมินความเครียดและวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการดูแลตนเอง ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

2. วันที่ 2 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างที่แผนกห้องคลอดเพื่อสอนและฝึกการผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกทักษะการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียดพร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือในส่วนที่ญาติผู้ป่วยต้องการเพิ่มเติม ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

3. วันที่ 3 ผู้วิจัยติดตามและประเมินผลการสอนการฝึกทักษะการหายใจผ่อนคลายความเครียด และหากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จึงให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการดูแลตนเอง พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือในส่วนที่ญาติผู้ป่วยต้องการเพิ่มเติม ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที

4. ผู้วิจัยติดตามประเมินความเครียดและวัดความรู้หลังดำเนินโปรแกรมฝึกการผ่อนคลายความเครียดร่วมกับการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และให้กำลังใจในการดูแลครรภ์ พร้อมกับให้เบอร์โทรศัพท์ไว้ติดต่อสอบถามหากมีข้อสงสัยหรือมีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างประคับประคองการดูแลครรภ์ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

5. โทรศัพท์ติดตามข้อมูลการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เมื่อครบกำหนดวันคลอด สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดพร้อมทั้งกล่าวขอบคุณและให้กำลังใจในการเลี้ยงดูทารกต่อไป

หลังดำเนินกระบวนการวิจัยเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

**การเก็บรวบรวมข้อมูล:** เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 17 มกราคม – 16 เมษายน 2567 ใช้ระยะเวลา 3 เดือน

**การวิเคราะห์ข้อมูล:** นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov Smirnov test (KS test) และพบว่าข้อมูลเชิงปริมาณของคะแนนความเครียดมีการกระจายตัวแบบปกติจึงใช้สถิติอนุมาน Paired T-Test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดและหลังได้รับโปรแกรมฝึกผ่อนคลายความเครียดร่วมกับการให้ความรู้ แต่พบว่าการกระจายตัวของข้อมูลคะแนนความรู้มีการกระจายตัวไม่เป็นไปตามปกติจึงใช้สถิติ Nonparametric คือ Wilcoxon signed rank test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฝึกผ่อนคลายความเครียดร่วมกับการให้ความรู้ และใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความพึงพอใจต่อโปรแกรมฝึกผ่อนคลายความเครียดร่วมกับการให้ความรู้ และอธิบายอัตราการคลอดก่อนกำหนด

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง:** โครงร่างวิจัยได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เมื่อวันที่ 16 มกราคม 2567 เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2024-007

**ผลการศึกษา**

**ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง:** พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-34 ปี ร้อยละ 63.33 อายุเฉลี่ย 31.13 ปี (S.D.=6.50 ปี) อายุน้อยที่สุด 18 ปี และอายุมากที่สุด 43 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 100.00 จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 40.00 อยู่บ้านไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 33.33 รายได้ครอบครัวต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 33.33 ด้านประวัติที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์พบว่ามีโรคประจำตัว ร้อยละ 16.67 เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 10.0 เคยมีประวัติการแท้ง ร้อยละ 16.67 ลำดับการตั้งครรภ์นี้เป็นครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 53.33 อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกเกิน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 13.33

**ด้านความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด:** ก่อนได้รับโปรแกรมฝึกเทคนิคการคลายเครียดร่วมกับการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 56.67 และมีความเครียดสูงกว่าระดับปกติเล็กน้อย ร้อยละ 43.33 หลังได้รับโปรแกรมพบว่ามีความเครียดน้อยกว่าระดับปกติ ร้อยละ 73.33 และมีความเครียดในระดับปกติ ร้อยละ 26.67

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฝึกเทคนิคการคลายเครียดร่วมกับการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยใช้สถิติ paired t-test พบว่าหลังได้รับโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t=13.342, p<0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

| ตัวแปร | ก่อนได้รับโปรแกรม | | หลังได้รับโปรแกรม | | df | t-test | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\bar{x}$ | S.D. | $\bar{x}$ | S.D. | | | |
| ความเครียด | 15.37 | 4.21 | 4.47 | 3.93 | 29 | 13.342 | <0.001* |

* p<.01

**ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการดูแลตนเอง:** ก่อนได้รับโปรแกรมฝึกเทคนิคการคลายเครียดร่วมกับการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.33 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 26.67 และระดับต่ำ ร้อยละ 10.0 ตามลำดับ หลังได้รับโปรแกรมพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.33 และระดับปานกลาง ร้อยละ 6.67 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฝึกเทคนิคการคลายเครียดร่วมกับการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยใช้สถิติ Nonparametric คือ Wilcoxon signed rank test ทดสอบพบว่าหลังได้รับโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยความความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (Z=-4.813, p<0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

| ตัวแปร | n | Mean rank | Sum of Ranks | Z | p |
|---|---|---|---|---|---|
| ก่อนได้รับโปรแกรม Negative Ranks | 0 | 0.00 | 0.00 | -4.813 | <0.001* |
| หลังได้รับโปรแกรม Positive Ranks | 30 | 15.50 | 465.00 | | |
| Ties | 0 | | | | |
| Total | 30 | | | | |

* p<.01

**ด้านความพึงพอใจต่อโปรแกรม:** ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อโปรแกรมฝึกเทคนิคการคลายเครียดร่วมกับการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{X}$=4.85, 0.30) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้อมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดด้วยเช่นกัน

**ผลการติดตามอายุครรภ์เมื่อคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด:** หลังได้รับโปรแกรมฝึกเทคนิคการคลายเครียดร่วมกับการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบว่าคลอดเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด ร้อยละ 86.67 และยังคงคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 13.33 รายละเอียดดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ผลการติดตามอายุครรภ์เมื่อคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หลังได้รับโปรแกรมฝึกเทคนิคการคลายเครียดร่วมกับการให้ความรู้

| รายการ | จำนวน (n=30) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| คลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์) | 4 | 13.33 |
| คลอดครบกำหนด (อายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์) | 26 | 86.67 |

**สรุปและอภิปรายผล**

การส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นด้วยตนเองเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลห้องคลอด เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่ส่งผลกระทบต่อทารกแรกเกิดได้ จึงได้เกิดการศึกษานี้ขึ้นเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฝึกเทคนิคการคลายเครียดร่วมกับการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ผลการศึกษานี้พบว่าหลังจากที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับโปรแกรมฝึกเทคนิคการคลายเครียดร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการดูแลตนเองทำให้มีความเครียดลดลง และมีความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่าความเครียดเป็นปัจจัยมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารชีวเคมีในร่างกาย[29] โดยความเครียดจะกระตุ้นให้เซลล์บริเวณเนื้อรกและเยื่อหุ้มทารกสร้างสาร Corticotropin-Releasing Hormone สารตัวนี้จะกระตุ้นให้เกิดการหลั่งของสาร Prostaglandin เกิดการหดรัดตัวของมดลูก[30] และความเครียดยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายเกิดการหลั่งของ Catecholamine ไปกระตุ้นให้มดลูกเกิดการหดรัดตัว ส่งผลให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ นอกจากนี้ภาวะเครียดยังทำให้คนเราจะหายใจถี่และตื้นมากขึ้นกว่าเดิม ทำให้เกิดอาการถอนหายใจเป็นระยะๆ เพื่อให้ได้ออกซิเจนมากขึ้น การฝึกหายใจช้าๆ ลึกๆ โดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณท้อง จะช่วยให้ร่างกายได้อากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดและยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงแก่กล้ามเนื้อหน้าท้องและลำไส้ด้วย การฝึกการหายใจอย่างถูกวิธี จะทำให้หัวใจเต้นช้าลง สมองแจ่มใส เพราะได้ออกซิเจนมากขึ้น และการหายใจออกอย่างช้าๆ จะทำให้รู้สึกว่าได้ปลดปล่อยความเครียดออกไปจากตัวจนหมดสิ้น[28] ส่วนการให้ความรู้นั้นเป็นองค์ประกอบหนึ่งในกระบวนการสอนสุขภาพ การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ หรือการให้สุขศึกษา เป็นวิธีการสำคัญอย่างหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพของบุคคล การให้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสร้างทัศนคติที่ดีในการจัดการและแก้ไขปัญหา เป็นการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ[31] สามารถพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม[32] ทำให้บุคคลรับรู้ขั้นตอนการปฏิบัติตัว นำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ซึ่งการที่บุคคลรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องที่ตนเองประสบอยู่ ได้รับการปลอบใจ การเห็นอกเห็นใจ ทำให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้ดี ลดผลกระทบที่เกิด

จากความเครียดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้[33,34] จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้โปรแกรมฝึกเทคนิคการคลายเครียดร่วมกับการให้ความรู้สามารถลดความเครียดและทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความรู้เกี่ยวภาวะเจ็บครรภ์คลอดมากขึ้น ผลการติดตามการคลอดพบว่ากลุ่มตัวอย่างจากการศึกษานี้ส่วนใหญ่คลอดเมื่ออายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์ เป็นไปตามเกณฑ์ครบกำหนดการคลอดบุตร และกลุ่มตัวอย่างพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด

ผลการศึกษานี้สอดคล้องการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องหลายเรื่อง ได้แก่ การศึกษาของสุรีรัตน์ ธาราศักดิ์และคณะ[17] ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมเพื่อลดความเครียดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของเบญจวรรณ ละหุการ[18] ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า มีความเครียดภายหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของอัญชลี จิตราภิรมย์และคณะ[19] กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตลอดจนการศึกษาของสุรีพร กัษหะสุตและคณะ[35] ที่พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและอายุครรภ์เมื่อคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ยังคงพบอัตราการคลอดก่อนกำหนดจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.33 เมื่อวิเคราะห์สาเหตุที่เกี่ยวข้องพบว่า 2 ราย เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนดมาก่อน แต่อีก 2 ราย เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก และยังไม่ทราบสาเหตุที่เกี่ยวข้อง จากประเด็นการค้นพบดังกล่าวจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปเกี่ยวกับการจัดการปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดในหญิงตั้งครรภ์แต่ละรายต่อไป

**ข้อเสนอแนะ**

1. ควรนำเสนอผลการศึกษานี้ให้กับผู้บริหารของโรงพยาบาลได้รับทราบถึงประสิทธิผลของโปรแกรมโปรแกรมฝึกเทคนิคการคลายเครียดร่วมกับการให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและผลักดันกระบวนการส่งเสริมการฝึกเทคนิคการคลายเครียดร่วมกับการให้ความรู้ในผู้ป่วยที่มีความเครียดจากภาวะคุกคามของโรคต่อไป เพื่อขยายผลการวิจัยและนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการฝึกเทคนิคการคลายเครียดร่วมกับการให้ความรู้และการจัดการปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์รายบุคคล เพื่อให้เกิดกระบวนการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมีประสิทธิภาพมากขึ้นและเหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย เป็นการศึกษาวิจัยที่มุ่งหวังผลสัมฤทธิ์ทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. Ohuma E, Moller A-B, Bradley E, Chakwera S, Hussian-Alkhateeb L, Lewin A, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. Lancet 2023,402,(10409),1261-1271.

2. ชเนนทร์ วนาภิรักษ์และธีระ ทองสง. การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด ใน ธีระ ทองสง (บรรณาธิการ). สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;2564.หน้า 244-259.

3. Perin J, Mulick A, Yeung D, Villavicencio F, Lopez G, Strong KL, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-2019: an updated systematic analysis with implications for the sustainable development goals. Lancet Child Adolesc Health 2022,6(2),106-115.
4. ธีระ ทองสง (บรรณาธิการ). สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;2564.
5. อุ่นใจ กออนันตกุล. บทความวิชาการ: การคาดการณ์การคลอดก่อนกำหนด เพื่อป้องกันรักษา. สูตินรีแพทย์สัมพันธ์ 2562,28,8-15.
6. Kinpoon K & Chaiyarach S. The Incidence and Risk Factors for Preterm Delivery in Northeast Thailand. Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology 2021,29(2),100-111.
7. Renzo GC, Roura LC, Facchinett F, Antsaklis A, Breborowicz G, Gratacos E, et al. Guidelines for the management of spontaneous preterm labor: Identification of spontaneuos preterm labor, diagnosis of preterm premature rupture of membrances, and preventive tools for preterm birth. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine 2011,24(5),659-667.
8. Schleussner, E. The prevention, diagnosis and treatment of premature labor. Department of Obstetrics and Gynaecology, Jena University Hospital 2013,110(13),227-236.
9. Bigelow C & Stone J. Bed rest in pregnancy. Mount Sinai Journal of Medicine 2011,78(2),291-302.
10. Maloni JA. Lack of evidence for prescription of antepartum bed rest. Expert Review of Obstetrics & Gynecology 2011,6(4),385-393.
11. Sciscione AC. Maternal activity restriction and the prevention of preterm birth. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2010, 202(3),1-5.
12. Simhan HN, Berghella V, & Iams JD. Preterm labor and birth In Creasy RK, Resnik JD, & Iams JD, (Editor). Creasy and Resnik's maternal-fetal medicine: Principles and practice. 7th ed. Piladelphia;2014.
13. ฐิติกานต์ ณ ปั่น. ปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลอมก๋อย อ.อมก๋อย จ.เชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2557,10(2),142-150.
14. สินีนาฎ หงส์ระนัย. การใช้เทคนิคการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาในระยะที่ 1 ของการคลอดการใช้ผลงานวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: แดเน็คซ์อินเตอร์คอร์ปเรชั่น; 2555.
15. สุภาพร เลิศกวินอนันต์, กรรณิการ์ กันธะรักษาและฉวี เบาทรวง. การทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. พยาบาลสาร 2559,43,33-44.
16. อัสมะ จารู, วรางคณา ชัชเวช และสุรีย์พร กฤษเจริญ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2562,39(1),79-92.
17. สุรีรัตน์ ธาราศักดิ์, นภาพร อภิรัชนากุล, นฤมล ขันธิมาและตติรัตน์ เตชะศักดิ์. ผลของโปรแกรมเพื่อลดความเครียดต่อความเครียดและอายุครรภ์เมื่อคลอดของหญิงตั้งครรภ์มี่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี 2560,42(3),265-274.
18. เบญจวรรณ ละหุการ. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์;2560.
19. อัญชลี จิตราภิรมย์, จิรภา เสถียรพงศ์ประภาและอารีวรรณ กลั่นกลิ่น. ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกผ่อนคลายและการให้ความรู้สำหรับสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. พยาบาลสาร 2561,45(4),47-55.
20. หทัยกาญจน์ หวังกูล. การพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิ]. มหาสารคาม:มหาวิทยาลัยมหาสารคาม;2564.
21. Cunningham F, Levono K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong CY. Williams obstetrics. 23rd ed. New York: MC Graw-Hill;2010.
22. Lazarus & Folkman. Coping and adaptation in handbook of behavioral medicine. New Yourk: Guilfort pres;1984.
23. นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรีพร สาตร์เพชร์ และญาดา นภาอารักษ์. การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power. ม.ป.ป. เข้าถึงเมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2566. แหล่งข้อมูล

file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/svittj,+%E0%B8%9A%E0%B8%A3%E0%B8%A3%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B8%B2%E0%B8%98%E0%B8%B4%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%A3,+36+%E0%B8%99%E0%B8%B4%E0%B8%9E%E0%B8%B4%E0%B8%90%E0%B8%9E%E0%B8%99%E0%B8%98%E0%B9%8C%20(2).pdf

24. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ:วิทยพัฒน์;2556.
25. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต[อินเตอร์เน็ต]. ม.ป.ป. เข้าถึงเมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2566. แหล่งข้อมูล https://dmh-elibrary.org/items/show/141
26. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill;1971.
27. ศิริวรรณ เสรีรัตน์และคณะ. การตลาดบริการ. กรุงเทพฯ:บริษัท ซีเอ็ดยูเคชั่น จำกัด;2549.
28. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เทคนิคการคลายเครียดโดยการฝึกการหายใจ[อินเตอร์เน็ต]. ม.ป.ป. เข้าถึงเมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2566. แหล่งข้อมูล https://dmh.go.th/download/politic_crisis/techno/%E0%B9%80%E0%B8%97%E0%B8%84%E0%B8%99%E0%B8%B4%E0%B8%84%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%A5%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B9%80%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%B5%E0%B8%A2%E0%B8%94%E0%B9%82%E0%B8%94%E0%B8%A2%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%9D%E0%B8%B6%E0%B8%81%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%AB%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B9%83%E0%B8%88.pdf
29. สุธิดา สิงห์ศิริเจริญกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น;2555.
30. สายฝน ชวาลไพบูลย์. คลอดก่อนกำหนด. กรุงเทพมหานคร:คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล;2553.
31. สุพิมพ์ อุ่นพรม, นงนุช โอบะ, และนุศรา วิจิตรแก้ว. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 2550,1(1),100-111.
32. จิราภรณ์ ชูวงศ์และเจียมจิต โสภณสุขสถิต. ผลของการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2554,5(2),41.50.
33. กมลวรรณ ลีนะธรรมและธนิดา จุลย์วนิชพงษ์. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดของมารดาหลังคลอด. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอิสเทิร์น 2557,11(1),1-11.
34. สุมามิตา สวัสดีนฤนาท, วิภา แซ่เซี้ยและประณีต ส่งวัฒนา. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤติ. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2556,5(2),1-13.
35. สุรีพร กัฬหะสุต, พนิดา เชียงทอง, สุรัชนา พงษ์ประสุวรรณ์, นุชมาศ แก้วกุลฑล และศุจิรัตน์ ศรี-ทองเหลือง. ผลของโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและอายุครรภ์เมื่อคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในห้องคลอด โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565,16(1),59-74.

# ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

**Effects of discharge planning on knowledge and behavior of caregivers of pediatric asthma patients at Somdet Phra Yupparat Sawang Daen Din Hospital.**

(Received: April 9,2024 ; Revised: April 12,2024 ; Accepted: April 13,2024)

**ธัญธนาภา สีสถาน[1] สุวรา ทองเลิศ[1]**
**Thanthanapa Sisathan[1] Suwara Thonglert[1]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง (One Group Pretest-posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้ และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด และผู้ป่วยเด็กโรคหืด ที่มีอายุ 1-5 ปี ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม1 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จำนวน 25 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ เดือน ตุลาคม 2566 ถึงเดือน มกราคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบไปด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก แบบประเมินพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม และแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired Simple t-test เปรียบเทียบความรู้ และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า หลังจัดกระบวนการวางแผนจำหน่ายโดยการสอนความรู้ให้ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ก่อนการสอน เท่ากับ 7.88 (S.D. = 0.60) และหลังการสอนมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.84 (S.D. = 0.37) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ก่อนการสอน เท่ากับ 2.68 (S.D. = 0.04) และหลังการสอนมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.97 (S.D. = 0.03) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.013$)

**คำสำคัญ** ผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก, การวางแผนจำหน่าย

**Abstract**

The research was a quasi - experimental with one group pretest-posttest design. The objective of this study was to study the effects of distribution planning on the knowledge and behavior of caregivers of pediatric asthma patients. The sample of this study were caregivers of pediatric patients with asthma and 25 cases of pediatric patients with asthma aged 1 - 5 years who were receiving treatment in the pediatric ward 1, Sawang Daendin Crown Prince Hospital. Data collecting the data from October 2023 to January 2024. The instruments for collecting data consisted of 1) a general information questionnaire for caregivers 2) an assessment of caregivers' knowledge in caring for pediatric asthma patients and 3) a behavioral assessment of caregivers in caring for pediatric asthma patients. The data were analyzed using descriptive statistics and paired sample t-test to compare knowledge and behavior of caregivers in the care of pediatric asthma patients. The statistical significance level was set at the 0.05 level.

The result revealed that after organizing the discharge planning process by teaching knowledge to caregivers in caring for pediatric asthmatic patients, caregivers had an average score of knowledge in caring for pediatric asthma patients before teaching was 7.88 (S.D. = 0.60) and the average score was 11.84 (S.D. = 0.37) after teaching, the statistically significant increase ($p < 0.001$), and the average score of behavior of caregivers in caring for pediatric asthma patients before teaching was 2.68 (S.D. = 0.04) and the average score was 2.97

[1] โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

(S.D. = 0.03) after teaching, the average score of behavior in caring for asthmatic patients increased with statistical significance (p = 0.013).

**Keywords:** Pediatric asthma patients, discharge planning

**บทนำ**

โรคหืด เป็นโรคของระบบทางเดินหายใจที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก อัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคหืดมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั่วโลกพบอัตราป่วยประมาณ 339 ล้านคน ในประเทศสหรัฐอเมริกา 24 ล้านคน หรือประมาณ 1 ใน 14 คนที่ป่วยด้วยโรคหืด ผู้ใหญ่ประมาณร้อยละ 7.4 พบในเด็กร้อยละ 8.6 พบได้บ่อยในเด็กโดยเฉพาะเด็กที่มีอายุระหว่าง 0 – 4 ปี มีอาการกำเริบมากที่สุดร้อยละ 60.8 อายุระหว่าง 5 –14 ปีร้อยละ 56.3 (Lampkin.SJ, 2016) ที่เป็นสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพิ่มมากขึ้น[3] ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความถี่ของการเกิดหืดกำเริบในเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปีมากกว่า 4 ล้านครั้งต่อปี ประเทศไทยพบผู้ป่วยด้วยโรคหืดประมาณ 3 ล้านคน เสียชีวิต 1,000 คนต่อปี ตราป่วย 176.25 ต่อประชากร 100,000 คน กว่าร้อยละ 70 ของผู้เสียชีวิต เนื่องจากการมาถึงโรงพยาบาลช้าเกินไป (ปัจจุบันพบว่า มีผู้ป่วยเด็กเป็นโรคหืดเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากประชากรทั้งหมด แม้ผู้ป่วยเด็กโรคหืดจะมีอาการรุนแรงไม่มากก็ตาม แต่ก็จะรบกวนการใช้ชีวิตตามปกติ รวมทั้งส่งผลทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ปกติ กระทบต่อครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายที่ดี จะทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อม และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง[6]

การวางแผนจำหน่าย เป็นกระบวนการที่สำคัญประกอบด้วย การวินิจฉัยการประเมินการตั้งเป้าหมาย การวางแผน การปฏิบัติ การประสานงาน การประเมินผล เพื่อให้การดูแลที่มีคุณภาพและต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน และผู้ดูแล[10] โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ญาติ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และทีมสุขภาพในชุมชน[5] ซึ่งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล มีนโยบาย เรื่องการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) (มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5, 2565) โดยระบุไว้ว่า ทีมผู้ให้บริการ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา ความต้องการ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ให้บริการผู้ป่วย 320 เตียง หอผู้ป่วยในกุมารเวชกรรม กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม มีนโยบายด้านการปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลบุคคล ครอบครัว ชุมชน แบบองค์รวม ให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคมของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ร่วมกับทีมสุขภาพ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนผลการปฏิบัติงานพบผู้ป่วยโรคหืด เป็นกลุ่มผู้ป่วย 5 อันดับโรคสำคัญ ที่เข้ารับบริการในหน่วยงานเป็นประจำ จากสถิติการเข้ารับบริการในช่วง 4 ปีย้อนหลัง (ปีงบประมาณ 2563–2566) พบผู้ป่วยโรคหืดมารับบริการในหน่วยงาน 70 ราย, 56 ราย, 82 ราย และ 69 ราย ตามลำดับ ในจำนวนผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว มีกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในคลินิกหอบหืด ซึ่งมีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 46 ราย, 46 ราย, 54 ราย และ 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.7, 82.14, 65.85 และ 57.97 ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนนี้เป็นเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี จำนวนร้อยละ 69.5, 65.21, 75.92 และ 72.5 ของจำนวนผู้ป่วยโรคหืด ที่มีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่าเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี อัตราการกำเริบของโรคหืดและกลับมารักษาซ้ำค่อนข้างสูง เนื่องจากในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี จะมีเส้นผ่าศูนย์กลางของท่อทางเดินหายใจส่วนปลายเล็กไม่ได้สัดส่วนกับส่วนต้น ฉะนั้น เมื่อเกิด

อาการของโรคหอบหืด จึงมักพบอาการ และอาการแสดงที่รุนแรงมากกว่าเด็กอายุ 5 ปีขึ้นไป[9] เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลอาการกำเริบและกลับมารักษาซ้ำ พบว่าปัญหาส่วนใหญ่ เกิดจากผู้ดูแลยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เช่น พ่นยาไม่ถูกวิธี พ่นยาไม่สม่ำเสมอตามเวลา บางคน ผู้ดูแลบางรายไม่ยอมเลิกสูบบุหรี่ สูบหรี่ใกล้เด็ก ไม่มาตามนัดจากความเข้าใจผิดคิดว่าเด็กหายแล้วเนื่องจากไม่มีอาการหอบเลย เป็นต้น[2] นอกจากนี้ ยังไม่ได้นำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่ชัดเจน ขาดการเชื่อมโยงข้อมูล และไม่ได้ติดตามต่อเนื่อง[8]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหืดในเด็ก โดยประยุกต์ ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบ D-METHOD เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กโรคหืดได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเหมาะสม ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ อันนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะทางประชากรและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก
3. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก
4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก
5. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง (One Group Pretest-posttest Design) เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ทำการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่าง เดือนตุลาคม 2566 ถึง เดือนมกราคม 2567 จำนวน 25 ราย

1. ประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก และผู้ป่วยเด็กโรคหืด ที่มีอายุ 1-5 ปี ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม1 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ระหว่าง เดือนตุลาคม 2566
ถึง มกราคม 2567 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling Technique) มีจำนวน 25 คน
เกณฑ์คุณสมบัติในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยเด็กโรคหืด เป็นผู้ป่วยเด็กอายุ 1-5 ปี ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม1 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืด 2) ผู้ดูแล มีเกณฑ์ดังนี้ ก. เป็นผู้ที่พักอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย รับผิดชอบดูแลใกล้ชิด และให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัว ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืด ข. สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยเข้าใจทั้งการใช้คำพูดและการเขียนในการศึกษาครั้งนี้ ค. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์คุณสมบัติในการคัดออก (Exclusive Criteria) ดังนี้ 1) ผู้ดูแลที่ไม่สามารถมาดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล ตลอดระยะเวลาในการรักษา 2) ผู้ดูแลเด็กที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยเข้าใจทั้งการใช้คำพูด
และการเขียนในการศึกษาครั้งนี้ 3) ผู้ดูแลขอถอนตัวในการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล 2) แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก 12 ข้อ 3) แบบประเมินพฤติกรรม ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก 20 ข้อ

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย แผนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก และคู่มือการให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก

3. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด ได้แก่ 1) แผนการสอนความรู้เกี่ยวกับโรคหืดในเด็ก และการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ในประเด็น ความรู้เรื่องโรคหืด การใช้ยาในผู้ป่วยเด็กโรคหืด การจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ป้องกันสารก่อภูมิแพ้ การสังเกตอาการผิดปกติ การส่งเสริมสุขภาพ การมาพบแพทย์ตามนัด การดูแลเด็กให้รับประทานอาหาร 2) คู่มือการให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก 12 ข้อ 3) แบบประเมินพฤติกรรม ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก 20 ข้อ ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา ตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้รับผิดชอบงาน จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ วิทยาจารย์ พยาบาล เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ แล้วปรับปรุง แก้ไขตามคำแนะนำ ซึ่งได้การประเมินเพื่อหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ที่ 0.83

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง วันที่ 31 มกราคม 2567 ที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม1 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร โดยมีขั้นตอนในการทดลองดังนี้

**วิธีดำเนินการวิจัย**

**ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการศึกษาทดลองวิจัย**

1. ผู้วิจัยจัดทำเอกสารขออนุมัติทำการวิจัยในหน่วยงาน จากผู้บังคับบัญชา

2. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ก่อนการวิจัย

**ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการศึกษาทดลองวิจัย**

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ให้การพยาบาลรายบุคคลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก และผู้ป่วยเด็กโรคหืด ที่มีอายุ 1-5 ปี ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม1 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน รวมเวลาประมาณ 11 วัน ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 : วันแรกที่นอนโรงพยาบาล ให้กลุ่มตัวอย่าง ทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล แบบประเมินความรู้ ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดก่อนการสอน เริ่มการสอนความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยคู่มือการให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก และสื่อภาพพลิกรูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD[1] เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก มีความรู้ และสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็กได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุมประเด็นการดูแลที่สำคัญ 7 ประเด็น ดังนี้ 1) ความรู้เรื่องโรคหืด 2) การใช้ยาในผู้ป่วยเด็กโรคหืด 3) การจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ป้องกันสารก่อภูมิแพ้ 4) การสังเกตอาการผิดปกติ 5) การพักผ่อนและออกกำลังกาย 6) การมาพบแพทย์ตามนัด และ 7) การรับประทานอาหาร ใช้เวลา 60 นาที

ครั้งที่ 2 : วันที่ 2 ของการนอนโรงพยาบาล ทบทวนเนื้อหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืดในเด็ก เรื่องความหมายของโรค อาการและอาการแสดง การรักษา ภาวะแทรกซ้อนและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล ประเมินภาวะสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้วิจัย สะท้อนข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่ผ่านมา ได้แก่ ภาวะสุขภาพทั่วไป ลักษณะการหายใจ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด เป็นต้น ติดตามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืด ใช้เวลา 40 นาที

ครั้งที่ 3 : วันที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน การทบทวนเนื้อหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก แบบทดสอบความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วย

เด็กโรคหืด แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็กผู้วิจัยสรุปร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด ถึงการดูแลเด็กในช่วงเวลาที่ผ่านมาประเด็นที่ทำได้ดี ที่ยังเป็นปัญหา
วางแผนออกแบบการดูแลเด็กขณะกลับไปอยู่ที่บ้านและกำหนดเป้าหมาย ร่วมกัน ใช้เวลา 25 นาที

ครั้งที่ 4 : 7 วันหลังจำหน่าย ติดตามเยี่ยมโดยใช้ระบบ Tele-nursing เพื่อทบทวนเนื้อหาที่สอน ประเมินภาวะสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้วิจัย สะท้อนข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่ผ่านมาขณะอยู่ที่บ้าน ได้แก่ ภาวะสุขภาพทั่วไป ลักษณะการหายใจ ประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ใช้เวลา 15 นาที

4. การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน SWDCPH 2023-044 รหัสโครงการ 125/2566ระยะเวลาดำเนินการรับรองระหว่าง วันที่ 26 ตุลาคม 2566 ถึง วันที่ 25 ตุลาคม 2567

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย และข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ก่อนและหลังกระบวนการสอน โดยใช้สถิติ Paired Simple t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ผลการวิจัย**

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 25 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88.0 มีอายุผู้ป่วยเฉลี่ย 3.0 ปี (SD = 1.19) ส่วนอายุของผู้ดูแลเฉลี่ย 38.6 ปี (SD = 11.29) การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 56.0 รองลงมาเป็นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 28.0 อาชีพหลักที่เป็นรายได้หลักของครอบครัวส่วนใหญ่รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 36.0 รองลงมาเป็นเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 28.0 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมากที่สุดเป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาเป็น ย่า/ยาย คิดเป็นร้อยละ 24.0 และระยะเวลาในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วย มากสุด 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.0

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด ที่ตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ที่ประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับ D-METHOD ทั้ง 12 ข้อคำถาม ก่อนการสอนให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก โดยมีข้อคำถามที่จำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็กตอบถูกต้องน้อยที่สุดคือ พันธุกรรมไม่ใช่ปัจจัยการเกิดของโรคหอบหืด และการใช้ยาขยายหลอดลมชนิดสูดซ้ำ ควรให้หลังจากการสูดยาขยายหลอดลมครั้งแรกประมาณ 1 นาที จำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ที่ตอบถูกต้องข้อละ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.0 และอาหารบางชนิดเช่น นม ผงชูรส อาหารทะเล อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการหืดกำเริบได้ จำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ที่ตอบถูกต้อง 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.0 ข้อคำถามการรักษาโรคหืดโดยพ่นยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด หากไม่มีอาการหอบแล้วสามารถหยุดพ่นยาเองได้ จำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ที่ตอบถูกต้อง 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.0 นอกจากนี้ยังมีข้อคำถามในการพ่นยาเด็กให้เด็กอมปลายกระบอกพ่นยา แล้วกดเครื่องพ่นยาทันทีและการฝึกหายใจที่ถูกต้อง โดยหายใจลึกๆยาวๆทางปาก ช่วยลดอาการรุนแรงของโรคหืดได้ จำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ที่ตอบถูกต้องข้อละ 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.0

ระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.0 หลังการสอนให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก มีความรู้ระดับสูงทั้งหมด จำนวน 25 ราย

เปรียบเทียบคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ก่อนและหลังการสอนให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก พบว่าหลังการสอนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก มีคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -4.52$, $p < 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ก่อนและหลังการสอนให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก **n = 25**

| **คะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก** | $\bar{X}$ | **S.D.** | **df** | **t** | **p-value** |
|---|---|---|---|---|---|
| ก่อนการสอน | 7.88 | 0.60 | 25 | -4.52 | < 0.001* |
| หลังการสอน | 11.84 | 0.37 | | | |

* p-value < 0.05

พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดตามแบบประเมินพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก 20 ข้อ พบว่า ก่อนกระบวนการสอนให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก มีการปฏิบัติพฤติกรรมตามรายการที่ประเมินเป็นประจำ (ทุกวัน) เฉลี่ย 18.25 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.0 การปฏิบัติพฤติกรรมตามรายการที่ประเมินเป็นบางครั้ง (อย่างน้อย3วัน /สัปดาห์) เฉลี่ย 6.75 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.0 หลังการสอนให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก มีการปฏิบัติพฤติกรรมตามรายการที่ประเมินเป็นประจำ (ทุกวัน) เฉลี่ย 24.4 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.6 การปฏิบัติพฤติกรรมตามรายการที่ประเมินเป็นบางครั้ง (อย่างน้อย3วัน /สัปดาห์) เฉลี่ย 0.6 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.9 และพบว่าทั้งก่อน และหลังการสอนให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก รายใดไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมตามรายการที่ประเมิน (ไม่เคยทำเลย) ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็กก่อนการสอนให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็กของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมระดับดี 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.0 รองลงมาคือ พฤติกรรมระดับปานกลาง 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.0 แต่ไม่พบพฤติกรรมระดับไม่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก และหลังการสอนให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็กระดับดี 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 100.0

ระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด พบว่าก่อนการสอนให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็กของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดส่วนใหญ่มีพฤติกรรมระดับดี (ร้อยละ 80.0) รองลงมาคือ พฤติกรรมระดับปานกลาง (ร้อยละ 20.0) แต่ไม่พบพฤติกรรมระดับไม่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด และหลังการสอนให้ความรู้ และการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดทั้งหมดมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดระดับดี (ร้อยละ 100.0)

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็กก่อน และหลังการสอนให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ก่อนการสอน ($\bar{X}$ = 2.684, S.D. = 0.047) และหลังการสอน ($\bar{X}$ = 2.976, S.D = 0.032) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็กแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.013 ($p < 0.05$) โดยผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก หลังการสอนมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็กมากกว่าก่อนการสอนให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก รายละเอียดดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็กก่อน และหลังการสอนให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก n = 25

| ระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก | $\bar{X}$ | S.D. | df | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| ก่อนการสอน | 2.68 | 0.047 | 25 | -4.427 | 0.013* |
| หลังการสอน | 2.97 | 0.032 | | | |

* p-value < 0.05

**สรุปและอภิปรายผล**

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดกิจกรรมการสอนให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ประกอบด้วยการสาธิต การฝึกทักษะการใช้ยาพ่นสูด แผนการปฏิบัติตัวที่จำเป็นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยมีกิจกรรมการสอน คือ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการมีความรู้เรื่องโรคหืดในเด็ก และการมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เหมาะสมประเมินความรู้ และพฤติกรรมของผู้ดูแล ก่อนการสอนให้ความรู้ ในเรื่องความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของโรค อาการ และอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนของโรคหืดในเด็ก แนวทางการปฏิบัติตัวให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก โดยใช้สื่อในรูปแบบภาพพลิก และการอธิบายเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามปัญหา โดย ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยนำการวางแผน การจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด หลังได้รับการวางแผนจำหน่าย[1] เพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ของผู้ป่วยเด็กโรคหืดซึ่งประกอบด้วย

D=Disease ความรู้เรื่องโรคหืดถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

M= Medication แนะนำการใช้ยารักษาโรคหืดชนิดพ่นสูด ขนาดยาที่ใช้ ทักษะการใช้ยา ร่วมกับอุปกรณ์ช่วยพ่นยา การป้องกันอาการข้างเคียงจากยาตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยา

E= Environment Economic การจัดการสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นอาการหืดกำเริบให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพการหาอุปกรณ์ช่วยพ่นยาให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

T= Treatment แผนการรักษาดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด แผนการปฏิบัติตัวเมื่อหืดกำเริบ

H= Health ครอบครัวรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคหืด การสังเกตอาการผิดปกติเมื่อหืดกำเริบและการจัดการการออกกำลังกาย

O= Outpatient referral การมาตรวจตามนัดการมาตรวจฉุกเฉินก่อนนัดจากอาการหืดกำเริบ การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้านในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน

D= Diet หลีกเลี่ยงอาหารที่แพ้ หรือกระตุ้นอาการหืดกำเริบ

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหืดในเด็กโดยการสอนให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ซึ่งกระบวนการสอนเกี่ยวกับ D-METHOD มีจำนวนทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่ ประเมินก่อนสอนในข้อคำถามที่เกี่ยวกับ 1) ความรู้เรื่องโรคหืดถึงสาเหตุ อาการ (D=Disease) ที่มี 3 ข้อ คือ โรคหืดในเด็ก เกิดจากหลอดลมของเด็กไวต่อสิ่งกระตุ้นมากกว่าปกติ พันธุกรรมไม่ใช่ปัจจัยการเกิดของโรคหืด และหลีกเลี่ยงการสัมผัสฝุ่น กลิ่นบุหรี่ ควันไฟ ช่วยป้องกันการกำเริบของโรคหืด เมื่อประเมินก่อนการสอน พบว่ามีผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ตอบคำถามได้น้อยที่สุด คือ พันธุกรรมไม่ใช่ปัจจัยการเกิดของโรคหืด เมื่อประเมินความเข้าใจพบว่า ผู้ดูแล ยังมีความเข้าใจว่า โรคหืดเกิดจากพันธุกรรม ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดที่เกิดจากปัจจัยภายนอก 2) ความรู้การใช้ยารักษาโรคหืด อาการข้างเคียงจากยา (M= Medication) มี 3 ข้อ คือ การรักษาโรคหืดโดยพ่นยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด หากไม่มีอาการหอบแล้วสามารถหยุดพ่นยาเองได้ ในการพ่นยาเด็ก

ให้เด็กอมปลายกระบอกพ่นยา แล้วกดเครื่องพ่นยาทันที และการใช้ยาขยายหลอดลมชนิดสูดซ้ำ ควรให้หลังจากการสูดยาขยายหลอดลมครั้งแรกประมาณ 1 นาที ในด้านความรู้เรื่องยาข้อที่ตอบได้น้อย คือ การใช้ยาขยายหลอดลมชนิดสูดซ้ำ ควรให้หลังจากการสูดยาขยายหลอดลมครั้งแรกประมาณ 1 นาที และการรักษาโรคหืด โดยพ่นยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด หากไม่มีอาการหอบแล้วสามารถหยุดพ่นยาเองได้ พบว่าผู้ดูแล มีความเข้าใจว่าการใช้ยาจะใช้เมื่อมีอาการเท่านั้น จึงได้มีการให้ความรู้เพิ่มเกี่ยวกับการใช้ยาพ่นสำหรับผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก 3) การจัดการสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นอาการหืดกำเริบให้เหมาะสม (E= Environment Economic) มี 2 ข้อ คือ การจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ช่วยป้องกันสารก่อภูมิแพ้ได้ และสุนัข แมว สามารถเลี้ยงภายในบ้านได้ เพราะไม่มีสารที่ทำให้เกิดอาการภูมิแพ้หรือหอบหืดกำเริบ ซึ่งในด้านการจัดสิ่งแวดล้อมผู้ดูแลมีความเข้าใจและตอบคำถามได้เป็นส่วนมาก 4) แผนการรักษาดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด แผนการปฏิบัติตัวเมื่อหืดกำเริบ (T= Treatment) มี 1 ข้อ คือ อาการหืดกำเริบคือ เด็กจะหายใจเร็ว มีเสียงหวีด หรือชายโครงบุ๋ม ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้และเข้าใจ 5) ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคหืด การสังเกตอาการผิดปกติ (H= Health) มี 1 ข้อ คือการฝึกหายใจที่ถูกต้อง โดยหายใจลึกๆยาวๆ ทางปาก ช่วยลดอาการรุนแรงของโรคหืดได้ ยังมีบ้างที่ยังไม่เข้าใจการปฏิบัติ และไม่สามารถปฏิบัติได้ จากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการฝึก จึงควรฝึก การหายใจให้เด็กอย่างสม่ำเสมอถึงแม้จะไม่อาการหอบกำเริบ เพื่อให้เกิดความเคยชิน และให้ความร่วมมือ 6) การมาตรวจตามนัด 1 ข้อ คือควรพาเด็กมาพบแพทย์ตามนัด ถึงแม้จะมีอาการดีขึ้นแล้ว ส่วนใหญ่ผู้ดูแลเข้าใจการมาตรวจตามนัด และ 7) อาหาร 1 ข้อ คืออาหารบางชนิดเช่น นม ผงชูรส อาหารทะเล อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการหืดกำเริบได้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังคิดว่าอาหารไม่ใช่ปัจจัยที่จะทำให้โรคหืดกำเริบ จะเห็นได้ว่าก่อนการสอน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ยังขาดเรื่องโรคหืดถึงสาเหตุ อาการ (D=Disease) และความรู้การใช้ยารักษาโรคหืด อาการข้างเคียงจากยา (M= Medication) เป็นส่วนใหญ่ ผู้วิจัยจึงได้วางแผนการจำหน่าย โดยการให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็กตั้งแต่วันแรกที่เข้ารับการรักษา มีการทบทวน ในครั้งที่ 2 และ 3 โดยจะเน้นย้ำในส่วนที่ผู้ดูแลยังไม่เข้าใจหรือปฏิบัติได้ไม่ถูกต้องจนกว่าจะสามารถทำได้ และติดตามโดยการ Tele-nursing หลังจำหน่าย 7 วัน อีกครั้ง เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กโรคหืด พบว่า หลังกระบวนการสอนผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด มีคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดมากกว่าก่อนการสอน ในส่วนคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด หลังการสอนมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดมากกว่าก่อนการสอน และเมื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด ก่อนการสอนให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดส่วนใหญ่มีพฤติกรรมระดับดี รองลงมาคือพฤติกรรมระดับปานกลาง แต่ไม่พบพฤติกรรมระดับไม่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด และหลังการสอนผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดทั้งหมด มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดระดับดี ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายถึงผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้ และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็กสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปริศนา แผ้วชนะ และวีณา จีระแพทย์ ศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันอาการหืดกำเริบของเด็กวัยเรียนโรคหืด โรงพยาบาลตาขุน การศึกษาพบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันอาการหืดกำเริบของเด็กวัยเรียนโรคหืด หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนการจำหน่าย ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันอาการหืดกำเริบของเด็กวัยเรียนโรคหืด กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายดีกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ $0.05^{2}$ นอกจากนี้พบว่าการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ

พรทิภา ธิวงศ์ ศึกษาการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหืด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ การศึกษาพบว่าการวางแผน การปฏิบัติและการประเมินผลการวางแผนการจำหน่ายบูรณาการกับการใช้รูปแบบ D-METHOD ค่าเฉลี่ยของคะแนน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายของผู้ดูแลหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[7] และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประดับเพชร เจนวิพากษ์ ได้ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้ของผู้ดูแล และการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคหืด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ การศึกษาพบว่าหลังการใช้ การวางแผนจำหน่ายผู้ดูแลเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ มีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดในเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และไม่มีการกลับมารักษาซ้ำ[8] และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ayfer Ekim (2016) ศึกษาประสิทธิภาพ ของการใช้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายโรคหืดในเด็ก ผลการวิจัยพบว่า ระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการโรคหืดของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และจำนวนปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นเด็กที่ได้สัมผัส ที่บ้านลดลงร้อยละ 60.8 อัตราส่งไปยังแผนกฉุกเฉิน และแผนกผู้ป่วยนอกที่ไม่ได้กำหนดไว้ มีนัยสำคัญต่ำกว่าในกลุ่มทดลองเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม[4]

สรุปจากการศึกษา ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้ และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก กลุ่มตัวอย่างหลังการวางแผนจำหน่ายโดยการสอนความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก คะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดก่อน และหลังการสอนให้ความรู้การดูแลผู้ป่วย ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.013 ($p < 0.05$) โดยผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก หลังการสอนมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็กมากกว่าก่อนการสอนให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก และระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก หลังการสอนให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก ทั้งหมดมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระดับดี (ร้อยละ 100.0) และยังพบว่าภายหลังทดลองไม่มีผู้ป่วยโรคหืดในเด็กมีอาการกำเริบที่ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน

**ข้อเสนอแนะ**

1. จากการวิจัย การวางแผนการจำหน่ายเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถ ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และการรับประทานยาร่วมกับการเสริมพลัง ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก มีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็กดีขึ้น อันส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาและลดการกำเริบกลับมารักษาซ้ำ

2. เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาค้นคว้าวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD ในโรคอื่นเช่น กลุ่มโรคเรื้อรัง เพราะไม่เพียงเป็นการให้ความรู้การดูแล แต่ยังเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยและตนเอง ต่อเนื่องที่บ้าน ส่งผลด้านการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น

3. ควรมีการศึกษาวิจัยการวางแผนการจำหน่าย ในกลุ่มผู้ป่วยอื่น เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

4. ควรมีการติดตามเยี่ยมโดยใช้ระบบTele-nursing ต่อไปอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดและกลุ่มผู้ป่วยอื่นที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย ให้มีความคงอยู่อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

**กิตติกรรมประกาศ**

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก แพทย์หญิงศรีสุดา ทรงธรรมวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน คุณวราพร ยั่งยืนนาน หัวหน้ากลุ่มภารกิจ

ด้านการพยาบาล และคุณจักรพงษ์ ศุภษร หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ ช่วยให้คำปรึกษาที่มีประโยชน์ และเป็นกำลังใจในการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอบพระคุณแพทย์หญิงยิ่งหทัย ยั่งยืนนาน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกุมารเวชกรรม คุณลาวัลย์ เทศน์เรียน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน และดร.เทพไทย โชติชัย วิทยาจารย์ สังกัดวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือวิจัย และให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทางในการทำวิจัยเป็นอย่างดี อันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา

ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ที่ร่วมวิจัยในครั้งนี้ และร่วมให้ข้อเสนอแนะ สะท้อนข้อมูลเพื่อพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้นไป และขอขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด และผู้ป่วยเด็กโรคหืด ที่ร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัยทุกท่าน คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. เอกนิษฐ์ กมลวัชรพันธ์. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 0-5 ปี โดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2556; 12 (2): 164-176.
2. ปริศนา แผ้วชนะ และวีณา จีระแพทย์. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันอาการหืดกำเริบของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดโรงพยาบาลตาขุน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2557; 26: 61-69.
3. ปริญญาพร ไหมแพง. ประสิทธิผลการดูแลรักษาของคลินิกโรคหืด อย่างง่ายในเด็กโรงพยาบาลหล่มสัก.วารสารกรมการแพทย์ 2559; 41 (3): 83-91.
4. Ayfer Ekim. Efficacy of a Transition Theory-Based Discharge Planning Program for Childhood Asthma Management. International Journal of Nursing Knowledge. 2016; 27: 70-77.
5. นงพิมล นิมิตรอานนท์. การเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล: แนวคิดและแนวปฏิบัติทางการพยาบาล.วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2560; 23: 501-509
6. กิ่งกาญจน์ ชุ่มจำรัส และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ต่อความรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ และความพึงพอใจของผู้ดูแลในหอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2561; 5: 124-133.
7. พรทิภา ธิวงศ์, อารี ชีวเกษมสุข และวันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยเด็กโรคหืด. วารสารพยาบาล. 2562; 69 (2): 21-29.
8. ประดับเพชร เจนวิพากษ์. ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้ของผู้ดูแลและการกลับมารักษาซ้ำของ ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่องานผู้ป่วยในกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่ออ.ท่าบ่อ จ.หนองคาย. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2565; 26: 164-177.
9. แนวทางการวินิจฉัย และรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก, 2564 สืบค้นจาก (Internet). 2023 Oct. Retrieved from https://allergy.or.th/2016/pdf/2021/Final-Thai-Pediatric-Asthma-Guideline-2021_AAIAT-TPRC_Full_Version_24Jun2022.pdf
10. Lin, Cheng, Shin, Chu, & Tjung. Discharge Planning. International Journal of Gerontology. 2012; 6: 237-240.

# การพัฒนารูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงด้วยกระบวนการดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลอุบลรัตน์

# The Development of A Care Model for Dependent Elderly Patients with A Contiuum of Care Process Ubonrat Hospital.

(Received: April 28,2024 ; Revised: April 29,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**พวงเพชร จันทร์บุตร[1] คณรัตน์ เดโฟเซซ์[1]**
**Puangpech jantabood [1] Kanarat Defossez[1]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และประเมินผลลัพธ์การพัฒนา กลุ่มตัวอย่างได้แก่ทีมสหวิชาชีพทั้งโรงพยาบาล เครือข่ายสุขภาพ และภาคีเครือข่ายการดูแลในชุมชน จำนวน 30 ราย และ ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล จำนวน 30 คู่ เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่แบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง แบบประเมินความพึงพอใจของทีมต่อการพัฒนารูปแบบ แบบประเมินกิจวัตรประจาวัน (Activity Daily Living, ADL) และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ สถิติ Pair t-test

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการพัฒนา 5 ประเด็นดังนี้ 1)พัฒนาแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่าย 2) พัฒนาสมุดคู่มือการดูแลตนเองบ้าน 3)เพิ่มช่องทางการเข้าถึงและเข้ารับบริการในโรงพยาบาล 4) ติดตามโทรศัพท์ 5) มีแนวปฏิบัติบูรณาการดูแลต่อเนื่องทีมสหสาขาวิชาชีพ เมื่อทดลองใช้รูปแบบทีมพัฒนารูปแบบมี คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูสุขภาพที่บ้านอยู่ในระดับสูง และประเมินผลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยวัดก่อนและหลังพบว่าคะแนน ADL เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

**คำสำคัญ** : การดูแล ผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะพึ่งพิง กระบวนการดูแลต่อเนื่อง

Abstract

This research was action research with the objective of studying the situation in order to develop a continuous care model for elderly patients who are dependent. and evaluate development results. Sample size consisted of multidisciplinary teams throughout the hospital. health network and community care network partners, 30 cases, and 30 pairs of dependent elderly patients and their caregivers. Tools for conducting research Including a semi-structured questionnaire. Assessment of team satisfaction with model development Assessment of daily activities (Activity Daily Living, ADL) and home health care behavior assessment Statistics used in data analysis include frequency, percentage, mean, and standard deviation. and inferential statistics such as paired t-test statistics.

The results of the research found that the development model has 5 issues as follows: 1) Develop a discharge planning form. 2) Develop a home self-care manual. 3) Increase access channels and receive services in the hospital. 4) Follow up on telephone calls. 5) Have guidelines for integrating continuous care from a multidisciplinary team. When trying out the format, the format development team has The average score for health care behavior at home was high. And evaluation of daily activities (ADL) by measuring before and after found that ADL scores increased with statistical significance ($p<.05$).

**Keywords:** care for elderly patients, dependency, continuous care process

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุบลรัตน์

**บทนำ**

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราเกิดที่ลดลงและผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น 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 2565[2]

ดังนั้น ภายใน 2 ปี จะต้องสามารถวางระบบเพื่อจัดการภาวะคุกคามด้านสาธารณสุขของไทยและของโลก ใน 3 ประเด็นก่อน คือ โรคระบาดและโรคอุบัติใหม่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสังคมผู้สูงอายุ[3] การที่มีประชากรผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวมากขึ้นทำให้พบภาวะผิดปกติด้านสุขภาพโดยเฉพาะกลุ่มอาการจำเพาะในผู้ป่วยสูงอายุ (Geriatric syndromes)[4] มากขึ้น ซึ่งเกิดจากภาวะถดถอยของการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย และความเสื่อมเนื่องมาจากความชราที่เพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้างของประชากรและด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ย่อมมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในอนาคต การทำให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้นานที่สุดจึงเป็นสิ่งสำคัญมากกว่าการที่มีอายุยืนยาวขึ้น การรองรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทางการแพทย์สาธารณสุขจึงเป็นเรื่องสำคัญ รัฐจึงมีความพยายามในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุเพื่อเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุคือ ต้องบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุมีแนวคิดและความสามารถในการดูแลตนเอง[5]

ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยเหล่านี้หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย อาจส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยและญาติไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกระบวนการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การดูแลต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล การส่งต่อข้อมูลประสานงาน และการติดตามดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

การดูแลต่อเนื่อง หมายถึง กระบวนการดูแลตั้งแต่การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการติดตามเยี่ยมบ้าน[6] ดังนั้นการดูแลต่อเนื่อง จึงเริ่มตั้งแต่การดูแลผู้ป่วย ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วม จากงานวิจัยของอังกฤษซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณิสาชล[6] พบว่านโยบายการสนับสนุนการจัดบริการวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชนภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ แต่ในระบบปัจจุบันพบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การส่งต่อและการติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้าน ยังไม่สามารถตอบสนองการดูแลอย่างต่อเนื่องได้ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณจึงมีความสำคัญที่ต้องมีการจัดการรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ต้องมีการบริการต่อเนื่องเชื่อมโยงทีมสหสาขาวิชาชีพทุกระดับให้ความช่วยเหลือในการบริการดูแลร่วมกันถือเป็นหัวใจสำคัญ ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยพบว่า

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง ADL ที่ดีขึ้นซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของพิสมัย และคณะ[7] ที่มีการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมันโดยมีการจัดบริการเยี่ยมบ้านในชุมชนโดยมีการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในการติดตามดูแลร่วมกันกับครอบครัว พบว่า ส่งผลต่อ ADL ที่ดีขึ้น ซึ่งผลการศึกษาไม่แตกต่างกันกับณิสาชล[6] พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานีต้องพัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแล พัฒนาระบบติดตามการเยี่ยมบ้าน พัฒนาการมีส่วนร่วมเครือข่ายการดูแล และพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติส่งผลต่อ ADL ที่ดีขึ้น

จากฐานข้อมูลประชากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขอนแก่น ปี พ.ศ. 2565 พบว่า อำเภออุบลรัตน์ มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 7173 คน คิดเป็นร้อยละ 17.15 ของประชากรทั้งหมด และในจำนวนนี้ มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 235 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดในอำเภอ[8] 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 6.7[9] จึงเกิดอุบัติการณ์ การมาพักรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลมีการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลต่ออัตราการตายในโรงพยาบาลกับกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากที่สุด ทีมผู้วิจัยจึงมีการทบทวนศึกษาวิจัยเพื่อให้ทีมผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบต่าง ๆ ตามกระบวนการดูแลต่อเนื่องตามบริบทของอำเภออุบลรัตน์ และเชื่อมโยงระหว่างทีมสหสาขาอาชีพต่าง ๆ ที่มีบทบาทต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อไป

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลอุบลรัตน์

2.เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลอุบลรัตน์

3.เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลอุบลรัตน์

**วิธีการศึกษา**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Action Research) มีขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ใน

เครือข่ายโรงพยาบาลอุบลรัตน์ 2) การพัฒนารูปแบบ แบ่งเป็น 4 กระบวนการ และ 3) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ศึกษา คือ ทีมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพทั้งโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพ ภาคีเครือข่ายการดูแลในชุมชน อาสาสมัครในชุมชนและญาติผู้ดูแลที่ผ่านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ

1. ทีมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพทั้งโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพ ภาคีเครือข่ายการดูแลในชุมชน อาสาสมัครในชุมชนและญาติผู้ดูแลที่ผ่านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 ราย
2. ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5-11 จำนวน 30 ราย
3. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 ราย

เงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของประชากรที่ถูกเลือกมาศึกษา ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) สมัครใจและสามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จนครบ 3 เดือน2) มีทักษะอ่านออก เขียนได้ สามารถตอบโต้และสื่อความหมาย เข้าใจในการตอบแบบสัมภาษณ์

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกกิจกรรมตลอดจนครบ 3 เดือน 2) ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมแต่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 3) ผู้ป่วยและผู้ดูแลย้ายที่อยู่ 4) เสียชีวิตระหว่างการวิจัย 5) พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างการทำวิจัย หรือต้องเปลี่ยนวิธีการรักษา 6) ในระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล

คัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มอย่าง โดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ดังนี้ ทีมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพทั้งโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพ ภาคีเครือข่ายการดูแลในชุมชน อาสาสมัครในชุมชนและญาติผู้ดูแลที่ผ่านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5-11 และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

**เครื่องมือการวิจัย**

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยทีมพัฒนาแนวคำถามเชิงกึ่งโครงสร้าง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาความต้องในการออกแบบ
2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูล 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ โรคประจำตัว อาศัยอยู่กับ สิทธิการรักษา

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่บ้าน โดยผู้วิจัยจัดทำขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน จำนวน 6 ข้อได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบ Rating Scale เป็น 3 ระดับ คือ 1 คือ ปฏิบัติไม่ถูกต้อง, 2 คือปฏิบัติถูกต้องบางส่วนและ 3 คือ ปฏิบัติได้ถูกต้อง การพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านใช้การแบ่งระดับแบ่งอิงเกณฑ์โดยหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามทั้งชุดซึ่งอยู่ระหว่าง 13 คะแนน และแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณช่วงคะแนนพิสัยจากสูตร[10] ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน 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

ประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย (Barthel ADL Index) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหาร การล้างหน้าแปรงฟัน การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหวภายในห้องหรือบ้าน การแต่งตัว การขึ้นลงบันได เป็นต้นโดยมีการแปลระดับคะแนนดังนี้

0 – 4 คะแนน ติดเตียง
5 - 11 คะแนน ติดบ้าน
12 - 20 คะแนน ติดสังคม

ชุดที่ 4 แบบสำรวจความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลให้เลือกตอบตามระดับความพึงพอใจเลือกตอบ 5 ระดับ พอใจมากให้ 5 คะแนน พอใจ ให้ 4 คะแนน พอใจน้อยเกือบไม่พอใจ ให้ 3 คะแนน ไม่พอใจน้อย 2 คะแนน และ ไม่พอใจมากให้ 1 คะแนน เกณฑ์ในการวิเคราะห์คะแนนความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดุแลต่อเนื่อง ใช้ในการคำนวณช่วงการวัด ดังนี้[11] (Best, 1977: อ้างใน อารีรัตน์, 2557) กำหนดคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ดังนี้

| คะแนนเฉลี่ย | การแปลผล |
|---|---|
| 4.21-5.00 | พอใจมาก |
| 3.41-4.20 | พอใจ |
| 2.61-3.40 | พอใจน้อยเกือบจะไม่ |
| 1.81-260 | ไม่พอใจ |
| 1.00-1.80 | ไม่พอใจมาก |

**การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย**นำเครื่องมือแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL)และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของญาติ และแบบประเมินความพึงพอใจ ผ่านการตรวจเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of tem Objective Congruence: IOC)[12] ตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ได้ค่าเท่ากับ 0.89 และ 0.85 และ 0.82 นำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 15 คน และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา คอนบราด โดยได้ค่า เท่ากับ 0.98 และ 0.95 และ 0.90 ตามลำดับ

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-Test

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการดำเนินการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) โดยนำมาวิเคราะห์และแปลผลร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในการศึกษา

**ผลการศึกษา**

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบครั้งนี้ เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและญาติที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง จำนวน 5 ราย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 72 มีอายุเฉลี่ย 40.46 ปี (SD = 5.71) มีอาชีพรับราชการ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงเฉลี่ย 13.42 ปี (SD - 6.09) โดยได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนารูปแบบและทดลองการใช้รูปแบบได้ผลในแต่ละระยะดังนี้

**ระยะที่ 1** ผลของการวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงอำเภออุบลรัตน์ พบว่า 1) ผู้ป่วยไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับเนื่องจากแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายมีความยากในการใช้ ภาระงานที่มีจำนวนมาก 2) การมีแนวปฏิบัติที่ไม่ชัดเจนในกระบวนการดูแลต่อเนื่องและไม่บูรณาการการดูแลระหว่างทีมหวิชาชีพและทีมสหสาขาอาชีพต่าง ๆ ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ทำ

เหมือนคนไข้วัยอื่นๆทั่วไป 3) ยังไม่มีช่องทางการส่งต่อจากบ้านที่เป็นช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึงพิง 4) ควรจัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้านในบริบทของอำเภออุบลรัตน์

**ระยะที่ 2** การพัฒนารูปแบบ คือ 1) พัฒนาแบบฟอร์มวางแผนจำหน่ายที่มีลักษณะการประเมินครอบคลุมตามหลัก METHOD ใช้ง่าย เชื่อมโยงทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) พัฒนาสมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 3) พัฒนาแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงจากชุมชนเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้ารับและเข้าถึงบริการสุขภาพ 4) พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลเชื่อมโยงบูรณาการกันดูลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมสหสาขาอาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

**ระยะที่ 3** ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงที่มารับการรักษาและได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอุบลรัตน์ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม2566-กุมภาพันธ์2567 จำนวน 30 ราย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70 มีอายุเฉลี่ย 71.57 ปี (SD = 7.29 มีสถานภาพคู่ ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 43.33 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน และกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง จำนวน 60 ราย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 มีอายุเฉลี่ย 44.93 ปี (SD = 10.27 มีสถานภาพคู่ ได้รับการศึกษาในระดับประถม เป็นร้อยละ 46.7 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 40 มีรายได้เฉลี่ย 6,093 บาท

หลังได้รับการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงตามกระบวนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการดูแลสุขภาพที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยและญาติมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.57 เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการดูแลที่มีการพัฒนาแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายที่สามารถเข้าถึงการประเมินอาการ การวางแผนและการดูแลของเจ้าหน้าที่พยาบาลภายในตึกผู้ป่วยในให้สามารถใช้ง่าย เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังพัฒนา พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .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 | <0.05 |

**สรุปและอภิปรายผล**

จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบครั้งนี้ เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและญาติที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง จำนวน 5 ราย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 72 มีอายุเฉลี่ย 40.46 ปี (SD = 5.71) มีอาชีพรับราชการ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงเฉลี่ย 13.42 ปี (SD -6.09) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของพิสมัย และคณะ[7] พบว่าส่วนใหญ่ทีมพัฒนารูปแบบดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 10 ปี จึง

ส่งผลต่อการวิเคราะห์ปัญหาและคิดรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้ดีส่งผลต่อ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น หลังได้รับการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงตามกระบวนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการดูแลสุขภาพที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยและญาติมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.57 เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการดูแลที่มีการพัฒนาแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายที่สามารถเข้าถึงการประเมินอาการ การวางแผนและการดูแลของเจ้าหน้าที่พยาบาลภายในตึกผู้ป่วยในให้สามารถใช้ง่าย เมื่อเจ้าหน้าที่พยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยได้เร็วตามแบบฟอร์มที่กำหนดส่งผลให้สามารถติดตามทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการดูแลร่วมกันแบบทีมสหวิชาชีพโดยมีการสอน สาธิต และแนะนำการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความตระหนักในการดูแลตนเองและที่สำคัญก่อนจำหน่ายกลับบ้านทุกรายที่มีปัญหาต้องดูแลต่อเนื่องต่างๆ ได้รับการประเมินซ้ำจากเจ้าหน้าที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อประเมินการดูแลให้กำลังใจญาติและเสริมความมั่นใจในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีสมุดบันทึกการดูแลต่อเนื่องที่บ้านกับญาติ ซึ่งภายในสมุดมีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อเมื่อมีปัญหาการดูแล สอนวิธีการทำแผล การประเมินแผล ลักษณะแผล ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของนันทกาญจน์ และคณะ[13] พบว่าการมีสมุดสำหรับการดูแลที่บ้านให้กับญาติผู้ป่วย และการวางแผนจำหน่ายที่ดีตั้งแต่โรงพยาบาโดยทีมสหวิชาชีพและมีการติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง พบว่าคะแนนความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน คะแนนความเครียดของญาติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของขนิษฐา และเกษณี[14] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียและผู้ดูแล โดยมีการพัฒนาตั้งแต่การประเมินปัญหาแนะนำ สอนและสาธิตตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลและมีการส่งต่อข้อมูลการดูแลในชุมชน พบว่ารูปแบบที่พัฒนาสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านได้ ซึ่งผลการดูแลไม่แตกต่างกันกับการศึกษาของวรรณรา และกัญญา[15] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา พบว่า การมีแนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่ออย่างชัดเจนส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติสถิติ $P < .05$

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งมีความสอดคล้องกับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านอยู่ในระดับดี เนื่องจากรูปแบบการพัฒนาขึ้นที่มีกระบวนการการให้คำแนะนำ สอนสาธิตจาการปรับแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายเพื่อใช้สะดวกและง่ายขึ้นกับผู้ปฏิบัติงาน การโทรศัพท์ติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องและการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาล การมีพัฒนาต่อยอดแนวปฏิบัติที่มีระบบการติดต่อประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ และทีมสหสาขาอาชีพต่างๆที่มีความเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ส่งผลต่อคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานดีขึ้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของณิสาชล[7] พบว่าการพัฒนาโดยชุมชนมีส่วนร่วมพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรขั้นพื้นฐานและการมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพดีขึ้น และจากการนำรูปแบบมาใช้กับผู้ปฏิบัติงานจึงได้มีการประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบกับทีม เพื่อมาวางแผน พัฒนาต่อยอดรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงต่อไปกระบวนการ PDCA เพื่อส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลและความยั่งยืนต่อไป

ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง พบว่าเฉลี่ย =3.5 SD -0.7 ทีมพัฒนารูปแบบมีความพึง

พอใจ เนื่องจากเป็นรูปแบบที่ทีมพัฒนามีการคิดวิเคราะห์พัฒนารูปแบบร่วมกันกับผู้วิจัยจึงส่งผลต่อความพึงพอใจ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของขณิษฐา และคณะ[15] ศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ทีมพัฒนาที่มีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบพัฒนาโดยมีการวิเคราะห์ปัญหา และออกแบบในการพัฒนาร่วมกันส่งผลต่อความพึงพอใจในระในระดับดี

จากการพัฒนารูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงด้วยกระบวนการดูแลต่อเนื่อง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยสูงอายุเนื่องจากมีการออกแบบและศึกษาวิเคราะห์ปัญหาจากผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ โดยมีการออกแบบตามปัญหาและความสะดวกในการใช้ตามบริบทของพื้นที่ มีรูปแบบเป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจนบูรณาการการดูแลติดต่อประสานงานร่วมกันตั้งแต่ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล เครือข่ายทีมสุขภาพ และทีมสหอาชีพต่างๆที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุร่วมกันเพื่อเป็นช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างรวดเร็วและสะดวกในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึงพิงส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงต่อไป

**ข้อเสนอแนะ**

1. พยาบาลวิชาชีพผู้ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการระบบการดูแลต่อเนื่องจะต้องทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้แก่ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (care giver) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพ ด้านการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การตรวจประเมิน คัดกรอง การฟื้นฟูสภาพ การรวบรวมข้อมูล การจัดทำรายงาน และจะต้องมีทักษะในการติดต่อประสานงานเป็นอย่างดีจึงจะสามารถขับเคลื่อนกระบวนการดังกล่าวให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้

2.การพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (care giver) เป็นอีกหนึ่งบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพผู้จัดการระบบการดูแลต่อเนื่อง จะต้องมีการจัดอบรมฟื้นฟูให้ความรู้ด้านการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การตรวจประเมินคัดกรอง 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.

3.สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. คู่มือ แนวทางการจัดบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ [อินเตอร์เน็ต]. 2557.[ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 10 ธันวาคม 2565.จาก: **http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/**2021/01/**book_**5.**pdf** วารสารศูนย์อนามัยที่ 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. [อินเตอร์เน็ต]. 2557. [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 10 ธันวาคม 2565.จาก:**https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/**11228/2903/**hs**1670.**pdf?sequence=**3**&isAllowed=y**

5.กองการพยาบาล (2563). แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2563. (พิมพ์ครั้งที่ 1) ปทุมธานี: สำนักพิมพ์ สื่อตะวันจำกัด.

6.ณิสาชล นาคกุล. (2018). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตเทศบาลนครสุราษฎ์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 1(7), 36-50.

7.พิศสมัย บุญเลิศ, เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และศุภดี แถวเพีย. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย 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.ธนาฒย์ อามาตย์มุลตรี ,ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล และอุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์ .(2559). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพกู่จาน อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร.วารสารเกื้อการุณย์. 2559 ปีที่23 ฉบับที่ 2 ; 69-85.

11.อารีรัตน์ คมสว..(2557, ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคจวามดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์, สงขลา.

12.บุญชม ศรีสะอาด. (2553). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.

13.นันทกาญจน์ ปักษี และคณะ (2564). การเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์, 13(1), 47-61.

14.ขนิษฐา พิศฉลาด, และเกศมณี มูลปานันท์. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคธาลัส ซีเมีย. พยาบาลสาร, 40(3), 96-108.

15.วรรณวรา ไหลวารินทร์.กัญญา เลี่ยนเครือ.(2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. วารสารกองการพยาบาล. 43(3). 93-114

# การพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจ 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: April 28,2024 ; Revised: April 29,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**อิ่น วงษ์เคน**[1]
**In Wongken**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 13 คน และผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 – มิถุนายน 2565 จำนวน 250-300 คน /วัน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของห้องตรวจโรคทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจ แบบประเมินการปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังฯ ของพยาบาล แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวัง ฯ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบที และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า แนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังฯ ประกอบด้วย 1) การค้นหาโดยเร็ว 2) การติดตามต่อเนื่อง และ 3) การเฝ้าระวังดูแลตามสภาวะของผู้ป่วย และผลการใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยของระยะเวลารอคอยการตรวจน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ไม่พบผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ ผู้ป่วยทุกรายได้รับการคัดกรองโดยพยาบาลร้อยละ 100

**คำสำคัญ :** แนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาล 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

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**

การเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจเป็นจุดมุ่งหมายที่สำคัญของบุคลากรทางการพยาบาลในการประเมินสภาพผู้ป่วยและให้ความช่วยเหลือการรักษาพยาบาลตามที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของประเทศไทยได้กำหนดให้การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ เป็นระบบงานสำคัญของโรงพยาบาลที่ทุกหน่วยงานพึงปฏิบัติ กล่าวคือ กำหนดให้ทุกองค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกันเพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่ ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการป้องกันความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยและพัฒนาระบบหรือแนวทางในการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ออาการทรุดลง ซึ่งนับเป็นหัวใจสำคัญอย่างยิ่งของความปลอดภัยของผู้ป่วย[1]

งานบริการผู้ป่วยนอกเป็นการบริการด่านหน้าเป็นลักษณะงานเฉพาะที่ผู้มาใช้บริการผู้ป่วยนอกมีความหลากหลายและมีจำนวนมาก ถือเป็นจุดหนึ่งที่มีความเสี่ยงที่ผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรงอาจมีอาการทรุดลงในระหว่างรอรับการตรวจรักษาที่ต้องบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ เนื่องจากในแต่ละวันจะมีผู้มารับบริการหลากหลายกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ต้องการการช่วยเหลือเร่งด่วน หรือผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง บุคคลดังกล่าวมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดอาการทรุดลงในขณะรอตรวจได้ตลอดเวลา ดังนั้น ระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้สามารถให้บริการพยาบาลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยมุ่งผลลัพธ์ เช่น ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ได้รับความรู้หรือคำแนะนำเพื่อให้สามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลต้องมีทักษะในการประเมินผู้ป่วยเพื่อป้องกันอาการทรุดลง และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย โดยทำการประเมินผู้ป่วยในเชิงรุกทั้งในระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจและหลังตรวจเพื่อป้องกันเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง[2]

ซึ่งสำนักการพยาบาล[3] ได้กำหนดบทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกไว้ ดังนี้ คือ 1) การทำหน้าที่คัดกรองภาวะสุขภาพผู้ป่วยเพื่อแยกประเภทความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรค และ 2) การอำนวยความสะดวกแพทย์ในการตรวจรักษาโรคและสุขภาพ โดยอาศัยกระบวนการพยาบาลตั้งแต่ก่อนตรวจ ขณะตรวจและหลังการตรวจรักษา ปัญหาอาการที่ทรุดลงหรืออาการที่เปลี่ยนแปลงไปในทางแย่ลงจากเดิมของผู้ป่วยระหว่างรอตรวจมีโอกาสเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยทุกราย ส่งผลให้เกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วย (Patient safety) ได้ การให้ความสำคัญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สุดของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและ ส่งผลต่อการสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนผู้มารับบริการ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีจำนวนไม่น้อยที่เกิดทรุดลง ทั้งนี้การค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกและการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยด้วยเครื่องมือประเมินและระวังผู้ป่วยเชิงรุกพบว่า ระบบเฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงสามารถช่วยพยากรณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง และเพิ่มความตระหนักของ

บุคลากรในการเฝ้าระวังอาการที่เปลี่ยนแปลง และความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้[4]

โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี เป็นโรงพยาบาลขนาดทุติยภูมิขนาด 60 เตียง มีจำนวนผู้ป่วยนอกมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ในปี พ.ศ. 2563, 2564 และ 2565 จำนวน 19,942, 20,328 และ 23,771 ครั้ง/ปี ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีโดยเฉลี่ย 300 – 350 ราย/วัน ทำให้เกิดความล่าช้าในการคัดกรองผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินที่ต้องดูแลให้ทันเวลา ถูกต้อง ปลอดภัย จากรายงานอุบัติการณ์ ปี พ.ศ. 2564-2565 พบว่ามีผู้ป่วย 9 รายที่มีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ ไข้สูงหนาวสั่นขณะรอตรวจ 5 ราย เป็นลมขณะรอตรวจ 3 ราย pain score เปลี่ยนแปลงมี 1 ราย การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยที่ผ่านมา พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ณ แผนกผู้ป่วยนอกใช้แนวปฏิบัติการป้องกันผู้ป่วยอาการทรุดลงไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากปริมาณผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาที่ห้องผู้ป่วยนอกในแต่ละวันที่มีจำนวนมากเมื่อเทียบกับอัตรากำลังของบุคลากรทางการพยาบาล ทำให้การคัดกรองและประเมินสภาพและจำแนกประเภทผู้ป่วยต้องเร่งรีบและไม่ต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะได้มีการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น โดยการปรับระบบการคัดกรองด้วยการนำแนวทางการคัดกรองและใบนำส่งระหว่างแผนก และการนำเอามาตรฐาน Triage scale มาปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ก็ยังพบอุบัติการณ์การเกิดอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่มารอตรวจที่ห้องตรวจ เช่น มีไข้ ลมชัก หอบมากขึ้น ปวดท้อง เป็นต้น จากปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจอาจไม่เพียงพอหรือยังไม่สมบูรณ์ มีความจำเป็นต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นเพื่อไม่ให้เกิดปัญหานี้หรือให้เกิดน้อยที่สุด

ผู้วิจัยในฐานะทีมผู้ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ที่มีหน้าที่ดูแลร่วมรับผิดชอบงานบริการแผนกผู้ป่วยนอก เห็นความสำคัญของการจัดบริการเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยด้วยการคัดกรองและเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจของผู้รับบริการ จึงสนใจการพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการและทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี

2. ศึกษาผลของการศึกษาแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ ระยะเวลารอคอยการตรวจของผู้ป่วย การใช้แนวทางการเฝ้าระวัง ฯ และความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางการเฝ้าระวัง ฯ ของพยาบาลวิชาชีพ

**วิธีการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) สถานที่ทำการวิจัย คือ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรทางการพยาบาล ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ปฏิบัติงาน และผู้ป่วยที่มารับการตรวจที่ห้องตรวจ

แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ในปี 2564

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้แนวทางการเฝ้าระวัง ฯ จะใช้ประชากรทั้งหมดในการวิจัย ได้แก่ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี จำนวน 15 คน มีคุณสมบัติในการคัดเข้า คือ 1) ปฏิบัติงานประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ 1) ย้ายที่ทำงานหรือลาออก 2) เข้าร่วมวิจัยไม่ครบทุกขั้นตอน

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการเฝ้าระวังฯ คือผู้ป่วยที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี มีคุณสมบัติในการคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่มารับบริการรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี 2) มีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดลงตามแนวทางการ triage เพื่อค้นหาสัญญาณเตือนความเสี่ยงต่ออาการทรุดลงของผู้ป่วย 3) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้จำนวนประชากรผู้ป่วยเฉลี่ยในแต่ละเดือน ในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 350 คน โดยใช้ตารางเครจซี่และมอร์แกน[5] ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 226 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

แบ่งตามระยะการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ระยะที่ 1 ระยะก่อนการพัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกทีมวิชาชีพที่ให้บริการ มีลักษณะเป็นแนวคำถามปลายเปิด ประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก

2. ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสนทนากลุ่มทีมวิชาชีพที่ให้บริการในการออกแบบระบบบริการ

3. ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบและการประเมินผลหลังการพัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้แนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวัง ฯ ประกอบด้วยอายุ ตำแหน่ง และประสบการณ์ทำงาน

3. แนวการสัมภาษณ์สำหรับการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในประเด็นต่อไปนี้

3.1 สถานการณ์และสภาพปัญหาของระบบการให้บริการ อันได้แก่ นโยบายโรงพยาบาล อุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดลง ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

3.2ทบทวนแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจที่ใช้อยู่เดิม และเสนอแแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก ที่ได้สืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ จากฐานข้อมูลต่างๆ

3.3แนวทางแก้ไขปัญหาและพัฒนาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น โดยกำหนดวัตถุประสงค์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวัง ฯ

4. แบบบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย การเดินทาง (เดิน เปลนั่ง เปลนอน) ระยะเวลาการรอตรวจ ซึ่งประกอบด้วยการประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ระดับความเจ็บปวด มีการแบ่งระดับคะแนนเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 3คะแนน ดังนี้

คะแนน 0-1 หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในโซนสีเขียว ต้องได้รับการประเมินสภาพทุก 4 ชั่วโมง

คะแนน 2-3 หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในโซนสีเหลือง ต้องได้รับการประเมินสภาพอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง

คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 4 หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในโซนสีแดง ต้องได้รับการประเมินสภาพทุก 15-30 นาที

5. แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของบุคลากรทางการพยาบาล 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. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย 16 ข้อคำถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 – 5 การแปลคะแนนระดับความพึงพอใจตามเกณฑ์การคิดคะแนน ดังนี้

1.00 -1.49 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด
1.50-2.49 หมายถึง ระดับน้อย
2.50-3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง
3.50-4.49 หมายถึง ระดับมาก
4.50-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

**การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ**

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน 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

**วิธีดำเนินการวิจัย**

ระยะดำเนินการวิจัย มี 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1** ระยะก่อนการศึกษาระบบบริการผู้ป่วยนอก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกทีมวิชาชีพที่ให้บริการ มีลักษณะเป็นแนวคำถามปลายเปิด ประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการผู้ป่วยนอก

**ระยะที่ 2** ระยะศึกษาแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสนทนากลุ่มทีมวิชาชีพที่ให้บริการในการออกแบบระบบบริการ โดยแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากตำราเอกสารและการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. คู่มือแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย

1.1 การคัดกรอง/คัดแยก (Triage) 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 ระยะเวลารอคอยผู้ป่วยของวิทยาลัยแถบออสตราเลเซียสำหรับการแพทย์ฉุกเฉิน แบ่งได้ 5 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ต้องช่วยเหลือทันที 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 การปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของพยาบาลคัดกรองของสำนักการ[3] ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) บทบาทผู้ดูแล ได้แก่ การรับรู้ของพยาบาลในการวินิจฉัยทางการพยาบาลและสั่งการพยาบาลโดยรวบรวมข้อมูลและสังเกตอาการและอาการแสดง ภาวะคุกคามชีวิตผู้ป่วย และตัดสินใจจัดระดับความรุนแรง ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะวิกฤตที่เป็นอันตราย และบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการคัดกรอง 2) บทบาทผู้แนะนำและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ของพยาบาลในการแสดงออก ถึงการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติให้เกิดการเรียนรู้ตลอดจนการปฏิบัติตัว อธิบายอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจนตามสภาพความเจ็บป่วย และ 3) บทบาทผู้ประสานงาน ได้แก่ง การรับรู้ของพยาบาลในการแสดงออกถึงการประสานงานและติดต่อสื่อสาร โดยส่งต่อข้อมูลกับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ และให้ข้อมูลทางสุขภาพและข้อมูลอื่น ๆ กับผู้ป่วยและญาติขณะรอพบแพทย์

1.4 เมื่อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยรายใดมีความเสี่ยงต่ออาการทรุดพยาบาลจะคอยฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงตามประเมิน SOSP score ตามตารางประเมิน SOSP ทั้ง 3 ระยะ ตั้งแต่ระยะก่อนตรวจ ระยะขณะตรวจ และระยะหลังตรวจอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง

2. โปสเตอร์แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดระหว่างรอตรวจ

**ระยะที่ 3** การทดลองใช้และทบทวนแนวทางการเฝ้าระวังฯ ระหว่างเดือน มกราคม - มิถุนายน 2565 ประเมินผลหลังการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอก

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ผลแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ คือวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์คะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของบุคลากรทางการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจโดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ขวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระยะเวลาการรอตรวจก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ โดยใช้สถิติIndependent t-test

**จริยธรรมการวิจัย**

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดร ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมถึงให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพ รวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่ม ตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

**ผลการศึกษา**

**ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** ผู้ใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจมีอายุ 51-60 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 46.70 โดยเป็นตำแหน่งผู้ช่วยเหลือคนไข้ส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 60.00 มีประสบการณ์ทำงานมากที่สุดระหว่าง 11-15 ปี และมากกว่า 30 ปีคิดเป็นร้อยละ 26.70 ส่วนผู้ได้รับการดูแลตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจทั้งก่อนและหลังการพัฒนาฯ เป็นเพศหญิงส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 69.20 และ 69.80 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 51-

60 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 33.80 และ 31.80 ตามลำดับ ด้านการศึกษาทั้งก่อนและหลังการพัฒนาฯ ร้อยละ 33.10 และ 34.00 อยู่ระดับประถมศึกษา การวินิจฉัยโรคที่ได้รับมากที่สุด คือ ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง คิดเป็นร้อยละ 47.2 ในระยะก่อนพัฒนา ส่วนระยะหลังพัฒนามาด้วยอาการอื่น ๆ เช่น แผลอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 30.80 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยในระยะ ก่อนพัฒนาฯ มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.30 ส่วนในระยะหลังพัฒนากลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัวมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 30.50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งในระยะก่อนและพัฒนาแนวทาง ฯ ไม่มีการใช้อุปกรณ์เคลื่อนย้ายคิดเป็นร้อยละ 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 SOSP ในการตอบสนองให้ความช่วยเหลือ มีรายละเอียดของแนวทาง ดังนี้ โดยเริ่มตั้งแต่ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมายื่นบัตรนัดหรือบัตรคิวและได้รับการดูแลคัดกรองจากพยาบาล เป็นการค้นหาโดยเร็ว (Early detection) ปฏิบัติดังนี้

1) วัดสัญญาณชีพ คือ ความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ และชั่งน้ำหนัก

2) ประเมิน SOSP score ตามตารางประเมิน SOSP

3) กำหนดประเภทผู้ป่วยตามคะแนนที่ประเมินได้และแบ่งโซนผู้ป่วยตามสีเขียว (SOSP =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 นาที และส่งต่อไปยังห้องฉุกเฉินต่อไป

4) บันทึกค่า SOSP score ในแบบคัดกรองผู้ป่วยเพื่อสื่อสารกับทีมดูแลรักษา

5) แจ้งผู้ป่วยถึงความเสี่ยงของการเกิดอาการทรุดลงและติดสติ๊กเกอร์สีหน้าอกด้านขวาหรือซ้ายของผู้ป่วย และติดป้ายตามโซนสีของผู้ป่วยในใบคัดกรองซักประวัติเพื่อสื่อสารประสานงานระหว่างทีม

6) ดำเนินการดูแลผู้ป่วยตามโซนสีเพื่อให้สอดคล้องกับหลักการดูแลตามสภาวะของผู้ป่วย (Monitoring continuous) ตามแนวทางที่กำหนดไว้ในคู่มือที่พัฒนาขึ้น

7) เจ้าหน้าที่ห้องตรวจประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยและญาติทราบทุก 1 ชั่วโมง เกี่ยวกับการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างรอตรวจ

8) ภายหลังคัดกรองและแบ่งโซนแล้ว พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายในการเดินตรวจประเมินผู้ป่วยที่รอซักประวัติบริเวณหน้าห้องตรวจตามโซนสีที่กำหนด

9) ภายหลังผู้ป่วยเข้ารับการตรวจเรียบร้อย มีการเฝ้าระวังดูแลตามสภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย (Score responses) โดยปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในแต่ละโซนสี เช่น หากผู้ป่วยมีสัญญาณชีพผิดปกติและค่า SOS = - 4 คะแนน พยาบาลจะดำเนินการ

ประสานการดูแลต่อเนื่องกับห้องฉุกเฉินหรือหอผู้ป่วยต่อไป

**การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยการตรวจระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก**

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยการตรวจระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก

| ระยะการพัฒนา | ก่อนพัฒนา | | หลังพัฒนา | | t |
|---|---|---|---|---|---|
| | $\overline{X}$ | SD | $\overline{X}$ | SD | |
| - ระยะเวลารอคอยการตรวจ | 70.06 | 15.56 | 66.08 | 15.44 | 3.61*** |

***p<.001

จากตารางที่ 1 พบว่าการใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจของห้องตรวจแผนกผู้ป่วยนอกช่วยทำให้ค่าเฉลี่ยของระยะเวลารอคอยการตรวจน้อยกว่าก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

**จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจของพยาบาล** ผลการวิจัยพบว่า ผู้ใช้ปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจ สามารถปฏิบัติตามแนวทางฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยภาพรวม ร้อยละ 97. 78 และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ร้อยละ 100 ยกเว้นการเดินสังเกตอาการผู้ป่วยกลุ่มสี่ยงตามเวลาที่กำหนด การให้คำแนะนำตามคะแนนความเสี่ยงได้ถูกต้อง ที่มีค่าร้อยละการปฏิบัติ 97.78 และประเด็นการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยไว้ในโซนเฝ้าระวังผู้ป่วยได้ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 95.56

**ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจ** พบว่าระดับความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.30 , SD = 0.57) โดยประเด็นความพึงพอใจมากที่สุดคือด้านนโยบายของหน่วยงานในการใช้แนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังฯ ระหว่างรอตรวจ ($\overline{X}$ = 4.47, SD - 0.64) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อย คือ องค์ประกอบของแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังฯ มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติได้จริงด้าน Score Response($\overline{X}$ = 4.07,SD = 0.59)

**สรุปและอภิปรายผล**

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ตามขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบศึกษาผล และการสะท้อนเพื่อให้โรงพยาบาลมีระบบการเฝ้าระวังอาการทรุดลง ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย โดยเริ่มตั้งแต่การคัดกรอง ประเมินอาการทรุดด้วยคะแนน sosP และการฝ้าระวังอาการผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจ การจัดทำสัญลักษณ์และแบ่งโซนการดูแลเพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องกับทีมสุขภาพให้เข้าใจง่าย ผลการดำเนินงานได้ช่วยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิผลดีขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอกใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการในการอบรมวิธีกรใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ ซึ่งในการประชุมจะมุ่งหาประสิทธิภาพในการ

ปฏิบัติงาน โดยทำให้มีแบบแผน คือ มีการกำหนดเรื่องชัดเจน มีการฝึกปฏิบัติ ในหัวข้อเรื่องที่ประชุม ทำให้เกิดประสิทธิภาพ บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้[6]

การพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอกส่งผลต่อระยะเวลารอคอย โดยพบว่าหลังการพัฒนาค่าเฉลี่ยของระยะเวลารอคอยการตรวจน้อยกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการจัดทำสัญลักษณ์และแบ่งโซนการดูแลเพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในทีม ทำให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและคลอบคลุมมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ใช้แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจมีความมั่นใจสามารถคัดกรองและตระหนักให้ความสำคัญอาการต่างๆที่ผิดปกติของผู้ป่วยและประเมินระดับคะแนนได้ถูกต้องมากกว่าก่อนการพัฒนา สอดคล้องกับงานวิจัยของวิสาร์กร มดทอง และคณะ (2557)[7] ที่พบว่า หลังจากที่ได้จัดระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ระยะเวลารอรับบริการของผู้รับบริการทั่วไปลดลง

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอกของผู้ใช้แนวทาง ฯ สามารถปฏิบัติตามแนวทางฯ ได้เป็นอย่างดี คะแนนการปฏิบัติโดยภาพรวมมีค่าร้อยละ 97.78 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีการปฏิบัติทุกครั้ง ยกเว้นเรื่องการเดินสังเกตอาการผู้ป่วยกลุ่มสี่ยงตามเวลาที่กำหนดได้และการให้คำแนะนำตามคะแนนความเสี่ยงได้ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 97.78 และประเด็นการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยไว้ในโซนเฝ้าระวังผู้ป่วยได้ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 95.56 แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังฯ ที่พัฒนาขึ้น มีความชัดเจนและเป็นแนวทางที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในกระบวนการพัฒนาต่างๆ ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เปิดโอกาสให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังฯ ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การหาแนวทางการแก้ปัญหา การปฏิบัติตามแผนและติดตามประเมินผล ร่วมกันเป็นผลให้บุคลากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าใจสิ่งที่กำลังพัฒนาและสามารถนำไปใช้ได้อย่างถูกต้องนั่นเอง [8]

ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้ในทุกขั้นตอน บุคลากรมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและเป็นผู้เสนอประเด็นที่จะพัฒนาตามความคิดเห็นของตนเองเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังฯ ให้สามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริงซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของวงเดือน ภาชา และคณะ (2554)[9] ที่พบว่า หลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลชัยภูมิ ผู้ให้บริการ มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์**

1. ควรมีการนำแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจไปใช้กับห้องตรวจผู้ป่วยนอกในแผนกอื่น ๆ เพื่อช่วยประเมินและแบ่งระดับผู้ป่วยเพื่อให้การติดตามและช่วยเหลือได้ทันเวลา

2. ควรมีการจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและสัญญาณเตือนของผู้ป่วยนอก เพื่อเกิดการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับผู้ป่วยนอก

3. ควรมีการพัฒนาคู่มือแนวปฏิบัติการบริการทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังสำหรับผู้ปฏิบัติงานโดยใช้แอพพลิเคชั่นคำนวณคะแนนผลลัพธ์เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถใช้เป็นแนวทางเพิ่มความสะดวกในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ

## เอกสารอ้างอิง

1. นันธิดา พันธุศาสตร์ และ ราตรี ทองยู. (2560). แนวปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานความปลอดภัย.วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 10(2), 1-13.
2. The Royal College of Surgeons of England. (2017). Outpatient clinics: A guide to good practice. London: The Royal College of Surgeons of England.
3. สำนักการพยาบาล. (2551). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ปรับปรุงครั้งที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี:โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
4. ปนิฏฐา นาคช่วย, ละมัยพร อินประสงค์, วารินทร์ ตันตระกูล, ปดิวรัดา ทองใบ, และพิไลวรรณ จันต๊ะนุ. (2560). MEWS: Adult Pre-Arrest Sign กับบทบาทพยาบาล. เวชบันทึกศิริราช, 10(3), 186-190.
5. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร.(2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550
6. ทองทิพภา วิริยะพันธ์. (2551). การบริหารทีมงานและการแก้ปัญหา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สหธรรมิก.
7. วิสาร์กร มดทอง, พรรณนิภา รักพาณิชย์ และอุรชา อำไพพิศ. (2557). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยห้องตรวจอายุรกรรมงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 23(6), 1043-1050.
8. สัญญา ยือราน และศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. (2561). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สู่ความสำเร็จการเปลี่ยนแปลงนโยบายในระบบสุขภาพ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 5(2), 288-300.
9. วงเดือน ภาชา, สุชัญญา เบญจวัฒนานนท์, กาญจนา เปสี และพนิตนาฏ รักษ์มณี. (2554). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารกองการพยาบาล, 38(1): 31-41.

# การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลน้ำโสม

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

(Received: April 28,2024 ; Revised: April 29,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**หนูกาญจน์ แผงเมืองคุก[1] อิ๋น วงษ์เคน[1] คณรัตน์ เดโฟเซซ์[2]**
**Nukan Panmuangkook[1] Yin Wongken[1] Kanarat Defossez[2]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาล ฯ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ ในทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคระดับรุนแรงน้อยถึงรุนแรงมากที่มารับบริการที่ตรวจรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 – มีนาคม 256 จำนวน 15 คน เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกแบบวัดความรู้ และแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองจากการประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการกำเริบเฉียบพลันในอนาคตด้วย COPD Assessment Test (CAT) และหลังเข้ารับบริการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาล ฯ โดยใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้ารับบริการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาล 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 October 2023 - March 2024, 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

[1] โรงพยาบาลน้ำโสม

[2] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุดรธานี

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 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) เป็นปัญหาสำคัญอีกหนึ่งปัญหาในระบบสาธารณสุขทั่วโลก[1-4] ในปี พ.ศ. 2557 ทั่วโลกมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่า 3 ล้านคน คิดเป็น 6% จากการเสียชีวิตทั้งหมด และเป็นอันดับสี่ของการเสียชีวิตทั่วโลก(3) ได้มีการคาดการณ์จาก GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease ว่าอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นเป็นอันดับสามของโลกในปี พ.ศ. 2557 สำหรับประเทศไทยจากสถิติกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่า การเสียชีวิตด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้นจากอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 9.7% ต่อแสนประชากร เป็น 13.5 % ต่อแสนประชากร เป็นอัตราที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี

จากสถิติดังกล่าวเห็นว่าของมีอัตราการป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญ การดำเนินของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ และรุนแรงมากขึ้นจนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ส่งผลให้เกิดอาการหายใจลำบากซึ่งเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคม[5] อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดขึ้นเนื่องจากหลอดลมมีอาการอักเสบรุนแรง ทั้งยังเกิดความเปลี่ยนแปลงทางกายภาพภายในปอด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจติดขัด หอบ ไอเรื้อรัง เหนื่อยง่ายมีเสมหะมาก และอาจเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้[6] จากสถิติพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณร้อยละ 30 จะมีอาการกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 3 เดือน[7]

โรงพยาบาลชุมชนได้มีบริการของทีมสุขภาพในรูปแบบของ Easy COPD Clinic เป็นวิธีหนึ่งที่ให้การรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวทางการวินิจฉัยของ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease[8] โดยแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ และทีมสุขภาพด้านต่าง ๆ สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาได้อย่างเป็นระบบ[9] แต่รูปแบบนี้ยังขาดการดูแลอย่างต่อเนื่องในรายที่มีปัญหาซับซ้อนที่ต้องการการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านและการศึกษาอื่น ๆ[10]จะเห็นว่าส่วนใหญ่จะมุ่งจัดการกับอาการ การดูแลตนเองของผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม แต่มีส่วนน้อยที่จะเน้นที่การบริการของทีมสุขภาพและการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งรูปแบบการบริการแต่ละอย่างมีจุดเด่น แต่ยังขาดความครอบคลุมในเชิงของการบริการแบบผสมผสานที่ให้บริการตั้งแต่ต้นจนถึงให้เกิดความต่อเนื่อง อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาในเรื่องของการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ทำให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง และด้วยพยาธิสภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยจะมีการดำเนินของโรคอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยจึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต[11]

จากการทบทวนวรรณกรรม[11] พบว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพและการใช้แนวคิดการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพสามารถลดอัตราการ re-admit เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้ ดังนั้น การวิจัยนี้จึงศึกษาประสิทธิผลของระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Easy COPD Clinic[9] ในการให้บริการผู้ป่วยและในรายที่มีปัญหาซับซ้อนจะมีการส่ง

ต่อไปยังการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านเพื่อการจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ เช่น สิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่า เป็นระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชน ได้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข[13] ที่เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบครบวงจร ภายใต้ชื่อ "คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจร" ในโรงพยาบาลทั่วประเทศ เพื่อช่วยคนไข้เข้าถึงการดูแลที่มีประสิทธิภาพและจะต้องมีการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนอันจะทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[14] สามารถลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการที่เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ และลดอาการหายใจลำบากได้[15] การจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความซับซ้อนและท้าทาย[16] ต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม การรับรู้อาการกำเริบและการเข้ารับการรักษาในช่วงต้นที่มีอาการกำเริบ การได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ประจำปี จัดการกับอาการหอบหืด รวมถึงการจัดการความเครียด ฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย การออกกำลังกายเป็นประจำเพื่อรักษาความสามารถในการทำงานของปอด การขับเสมหะอย่างถูกวิธี การเลิกสูบบุหรี่ และการเลือกรับประทานอาหารอาหาร เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างมั่นใจ[17,18] การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self-Management Support) จึงเป็นการจัดบริการที่ช่วยเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วย ให้มีบทบาทในการจัดการสุขภาพและดูแลสุขภาพของพวกเขาได้ด้วยตนเอง

สถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลน้ำโสม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ปี พ.ศ. 2564 - 2566 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 โดยจำนวนสูงสุดของการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน 1 ราย/23 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งการดูแลรักษาพยาบาลที่ผ่านมาพบว่า มุ่งการตรวจและรักษา มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอย่างจำกัดเฉพาะในโรงพยาบาล ทำให้การแนะนำการดูแลแก่ผู้ป่วยแต่ละรายไม่เหมาะสม ขาดการส่งเสริมผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเอง ด้านผู้ป่วยเมื่อกลับไปบ้านใช้ยาพ่นไม่ถูกต้อง การฟื้นฟูสมรรถภาพการหายใจไม่ต่อเนื่อง กลัวการออกกำลังกาย ยังไม่สามารถลดเลิกบุหรี่ได้ ปัญหาการเข้าถึงบริการจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ต้องผิดนัดบ่อย ไม่สามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้อาการรุนแรงขึ้น และปัญหาการขาดทรัพยากรที่ต้องใช้ดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน เช่น ออกซิเจน ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ต่างเป็นตัวเสริมให้มีอาการหอบกำเริบขึ้นมีการกลับเข้ารักษาซ้ำที่โรงพยาบาลบ่อย

เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างมั่นใจ[17,18] ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self-Management Support) จึงเป็นการจัดบริการที่ช่วยเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วย ให้มีบทบาทในการจัดการสุขภาพและดูแลสุขภาพของพวกเขาได้ด้วยตนเอง โดยมีการวางแผนการดำเนินการ การกำหนดเป้าหมาย การแก้ไขปัญหา และการติดตามผล ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการการตัดสินใจการกำหนดเป้าหมายร่วมกับทีมผู้ให้บริการ[19] เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค

ปอดอุดกั้นเรื้อรังของคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในการหาวิธีการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดระดับความรุนแรงของโรค และลดการกลับมารักษาซ้ำต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่

**วิธีการวิจัย**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกราย ในทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคระดับรุนแรงน้อยถึงรุนแรงมาก ที่มารับบริการที่ตรวจรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ที่มารับบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 มีนาคม 2567

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

กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณตารางขนาดตัวอย่างจากค่าอิทธิพลของค่าเฉลี่ย 1 กลุ่ม ความเชื่อมั่นที่ alpha=0.05 ขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ power=0.80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 16 คน เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทำวิจัย ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 15 คน

**คุณสมบัติที่คัดเข้าศึกษา** (inclusion criteria) ได้แก่ 1) เพศชาย และหญิง ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป 2) อ่านออก เขียนได้และสื่อสารได้อย่างเข้าใจ 3) เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกราย ในทะเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคระดับรุนแรงน้อยถึงรุนแรงมาก ที่มารับบริการที่ตรวจรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567 4) มีค่าผลการตรวจสมรรถภาพปอด FEV1/FVC<70% Post bronchodilator 5) ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจนเสร็จสิ้นการวิจัย

**คุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษา** (exclusion criteria) 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามรูปแบบ/ ขอออกจากการวิจัย/ ย้ายภูมิลำเนา 2) มีภาวะแทรกซ้อนหรือผู้ป่วยเสียชีวิต

**เครื่องมือการวิจัย**

**1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยทีมพัฒนา** วิเคราะห์ปัญหา ความต้องในการออกแบบแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม ตามแนวคิดการจัดการตนเอง 4 ระยะของ Riegel, Carlson & Glaser[20] โดยรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรมและนำมาพัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลย่างมีแบบแผน โดยได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยมีการจัดประชุมเพื่อสื่อสารทำความเข้าใจและฝึกทักษะพยาบาล

วิชาชีพทุกคนในการใช้แนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาล เช่น ทักษะและเทคนิคการสอน การให้คำปรึกษาการฝึกปฏิบัติ[21] โดยพยาบาลวิชาชีพทุกคนต้องผ่านการฝึกทักษะก่อนที่จะนำไปใช้จริง

**2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย**

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 เพื่อตรวจสอบเนื้อหาสาระ ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อความและความครอบคลุมของแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 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**

ใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลการ เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองและประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วย COPD Assessment Test (CAT) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

**จริยธรรมการวิจัย**

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมถึงให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริงผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพ รวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2) พัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3) การทดลองใช้แนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ 4) ประเมินผลการนำแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไปใช้ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** ศึกษาสภาพปัญหาการรูปแบบการบริการพยาบาลคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยศึกษาข้อมูลก่อนการพัฒนารวบรวมข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่

1.รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษารับบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม ตั้งแต่ตุลาคม พ.ศ.2542 ถึงกันยายน พ.ศ.2565 จำนวน 282 ฉบับ เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริการพยาบาลคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง บันทึกข้อมูลลงแบบบันทึกคุณภาพบริการและสรุปตามรายการตัวชี้วัด ระหว่างวันที่ 1-15 กันยายน พ.ศ.2565

2. สนทนากลุ่มบุคคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักวิชาการในคลินิกงดบุหรี่ 1 คน รวมทั้งสิ้น 7 คน จำนวน 1 ครั้ง ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 ในประเด็นการค้นหาปัญหาการดำเนินงานที่ผ่านมาและแนวทางการแก้ไขและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3. ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม ในช่วงเดือนกันยายน ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2565 จำนวน 30 คน โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

**ขั้นตอนที่ 2** พัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในขั้นตอนที่ 1 มากำหนดรูปแบบโครงสร้างการทำงานและสะท้อนในเวทีการประชุมรายเดือนกลุ่มงานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาลและบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในเดือนมกราคม พ.ศ.2565 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**

ผลการศึกษาครั้งนี้การศึกษาการพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รายใหม่ 2) พัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ 3) การทดลองใช้แนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ และ 4) ประเมินผลการนำแนวทางปฏิบัติการบริการ

พยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ไปใช้ ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** ศึกษาสภาพปัญหาการรูปแบบการบริการพยาบาลคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่โดยศึกษาข้อมูลก่อนการพัฒนารวบรวมข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่

1.รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษารับบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลน้ำโสม ตั้งแต่ตุลาคม พ.ศ.2563 ถึงกันยายน พ.ศ.2564 จำนวน 282 ฉบับ เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริการพยาบาลคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง บันทึกข้อมูลลงแบบบันทึกคุณภาพบริการและสรุปตามรายการตัวชี้วัด ระหว่างวันที่ 1-15 กันยายน พ.ศ. 2564 พบว่า มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีจำนวนผู้ป่วย 68 ราย67 ราย และ 78ราย มีจำนวนการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (exacerbation) จำนวน 21 ราย/56 ครั้ง, 25 ราย/78ครั้ง และ 31ราย/96 ครั้ง ตามลำดับ โดยจำนวนสูงสุดของการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน 1 ราย18 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2563

2. สนทนากลุ่มบุคคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักวิชาการในคลินิกงดบุหรี่ 1 คน รวมทั้งสิ้น 7 คน จำนวน 1 ครั้ง ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 ในประเด็นการค้นหาปัญหาการดำเนินงานที่ผ่านมาและแนวทางการแก้ไขและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การดูแลรักษาพยาบาลที่ผ่านมา มุ่งการตรวจและรักษา มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอย่างจำกัดเฉพาะในโรงพยาบาล ทำให้การแนะนำการดูแลแก่ผู้ป่วยแต่ละรายไม่เหมาะสม ขาดการส่งเสริมผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเอง ด้านผู้ป่วยเมื่อกลับไปบ้านใช้ยาพ่นไม่ถูกต้อง การฟื้นฟูสมรรถภาพการหายใจไม่ต่อเนื่อง กลัวการออกกำลังกาย ยังไม่สามารถลดเลิกบุหรี่ได้ ปัญหาการเข้าถึงบริการจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ต้องผิดนัดบ่อย ไม่สามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้อาการรุนแรงขึ้น และปัญหาการขาดทรัพยากรที่ต้องใช้ดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน เช่น ออกซิเจนปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ต่างเป็นตัวเสริมให้มีอาการหอบกำเริบขึ้นมีการกลับเข้ารักษาซ้ำที่โรงพยาบาลบ่อย

3.ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลน้ำโสม ในช่วงเดือนกันยายน ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2565 จำนวน 30 คน โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รายใหม่พบว่า ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเมื่อกลับไปบ้านปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ใช้ยาพ่นไม่ถูกต้อง ทำการฟื้นฟูสมรรถภาพการหายใจไม่ต่อเนื่อง กลัวการออกกำลังกาย ไม่สามารถลด เลิก บุหรี่ได้อย่างจริงจัง ไม่สามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้อาการรุนแรงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหอบกำเริบและอาการทรุดลงต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาลบ่อย

**ขั้นตอนที่ 2** พัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในขั้นตอนที่ 1 มากำหนดรูปแบบโครงสร้าง การทำงานและสะท้อนในเวทีการประชุมรายเดือนกลุ่มงานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาลและบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในเดือนมกราคม พ.ศ.2566 ส่งประเมินรูปแบบเบื้องต้นจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ตามบริบทและทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 10 ราย ปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมยิ่งขึ้นและนำผลเข้าสู่ที่ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อหาข้อตกลงร่วมกันอีกครั้งในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

**ขั้นตอนที่ 3** การทดลองใช้แนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ โดยนำไปใช้ในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม สู่การปฏิบัติ โดยมีการจัดประชุมเพื่อสื่อสารทำความเข้าใจและฝึกทักษะพยาบาลวิชาชีพทุกคนในการใช้แนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาล เช่น ทักษะและเทคนิคการสอนการให้คำปรึกษาการฝึกปฏิบัติ[21] โดยพยาบาลวิชาชีพทุกคนต้องผ่านการฝึกทักษะก่อนที่จะนำไปใช้จริง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 การเตรียมความพร้อมในการจัดการตนเองและการประเมินตนเอง (ระยะเวลา 30 -45 นาที) ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1. กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ
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 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 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

ผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนเข้ารับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 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 และประเมินหลังจากเข้ารับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาล 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**

แนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Riegel และคณะ[20] โดยรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์นำมาพัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาล ฯ อย่างมีแบบแผน มีเนื้อหาที่ครอบคลุมโดยเน้นให้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการจัดการสุขภาพของตนเอง ได้แก่ การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง14 การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก[23] การไออย่างมีประสิทธิภาพ[24] การออกกำลังกาย[24] การเลือกรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการที่เหมาะสม[24] การผ่อนคลายทางด้านร่างกายและอารมณ์[24] การรับประทานยาตามแผนการรักษาและการมาพบแพทย์ตามนัด ซึ่งผลการเข่ารับบริการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาล ฯ มีส่วนสำคัญในการพัฒนาความรู้ส่งเสริมการปฏิบัติตนที่ดีขึ้น และส่งผลให้สถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้นด้วย ซึ่งจะช่วยป้องกันและลดอาการกำเริบและการเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าการกำหนดกลยุทธ์ให้ผู้ป่วยมีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และช่วยให้อาการหายใจลำบากลดลง[15]

แนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาล ฯ ที่พัฒนาขึ้นเน้นเนื้อหาที่ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และเข้าใจได้ง่ายและเน้นการฝึกทักษะที่สำคัญ เช่น ฝึกการใช้เครื่องมือประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมฝึกทักษะการจัดการอาการหายใจลำบากระยะฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกาย การผ่อนคลายทางด้านร่างกายและอารมณ์ ฝึกวิธีการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมหลังจากลงมือปฏิบัติกิจกรรมว่าอาการหายใจลำบากดีขึ้นหรือไม่ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่สำคัญและต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น[15] นอกจากนี้การสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจและการฝึกทักษะพยาบาลวิชาชีพในการใช้โปรแกรมโดยเน้น ทักษะและเทคนิคการสอน การให้คำปรึกษา การฝึกการปฏิบัติแก่ผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลวิชาชีพทุกคนต้องผ่านการฝึกทักษะก่อนที่จะนำไปปฏิบัติจริงทำให้แนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาล ฯ มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จะเห็นได้ว่าแนวคิดการจัดการตนเอง (self - management) ได้มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย

ในการสนับสนุนผู้ป่วยให้รับผิดชอบและดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องอาศัยความสามารถของตนเองในการจัดการเกี่ยวกับอาการ อาการกำเริบ การปฏิบัติตนในการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถควบคุมโรคไม่ให้รุนแรงมากขึ้น ดังนั้นโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงมีความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้น และส่งผลต่อสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ดีขึ้นด้วย อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่ได้ติดตามและวัดประเมินผลการจัดการตนเองในระยะยาว ดังนั้นควรมีการศึกษาผลการใช้โปรแกรมในระยะยาวต่อไป

**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/Aocessed Jan 11, 2022; 2006.
9. วัชรา บุญสวัสดิ์. เอกสารการประชุม Easy COPD Clinic Workshop. วันที่ 16 มีนาคม 2554 ; ณ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์; 2554.
10. กรวรรณ จันทพิมพะ. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลต่อสมรรถนะทางกายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2550.
11. ชัยเวช นุชประยูร. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ยูนิตี้ พับลิเคชั่น; 2542.
12. นันทพร พิชะยะ. ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] ชลบุรี มหาวิทยาลัยบูรพา; 2546.

13. ไพจิตร์ วราชิต. พบ 5 โรคเรื้อรังคุกคามคนไทย. เอินเทอร์เน็ต/ 2553 เข้าถึงเมื่อ 20กุมภาพันธ์ 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.

# การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน 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: April 28,2024 ; Revised: April 29,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**วลัยพร รุ่งเรือง[1] รศนา วรวิทย์ศรางกูร[2], อรอุมา จันธานี[3]**
**Walaiporn Rungrueang[1], Rodsana Worawitsarangkun[2], Onuma Chanthani[3]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 35 ราย จากการคำนวนขนาดตัวอย่าง ประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรม ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน paired t-test

ผลการศึกษา พบว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะแบง 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 และดื่มสุราอยู่ระดับดี-สูงทั้งหมด และพบว่าการจัดการตนเองด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด แตกต่างกันจากก่อนการพัฒนาโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 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 health promotion behavior promotion program with community participation to control sugar for diabetic patients at sabang health promotion 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

[1] พว.ชำนาญการ โรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน ,
[2] พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการสอน) ชำนาญการพิเศษ Coresponding author
[3] พว. ชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะแบง

Emotional side of drug taking side of smoking and drinking alcohol at a good-high 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 promotion diabetic patients

**บทนำ**

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิด จากความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากมีความผิดปกติของการหลั่งของอินซูลิน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของร่างกาย[1] 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 ค่าใช้จ่ายอาจเพิ่มสูงถึงแสนล้านบาทต่อปี โดยเฉพาะโรคอัมพฤกษ์อัมพาตเพิ่ม ขึ้นปีละ 150,000 คน ทำให้เสียค่าใช้จ่ายดูแลรักษาประมาณ 75,000 ล้านบาท ซึ่งเป็นภาระแก่ประเทศและครอบครัวของผู้ป่วยที่ค่อนข้างจะสูงมาก[2] จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาของโรคเบาหวานนั้นมีค่าใช้จ่ายสูง สิ่งหนึ่งที่จะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาที่เหมาะสม ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นผลช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนั้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง จากรายงานสถิติผู้ป่วยของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 2557-2561 พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็น 1,032.50, 1,233.46, 1,292.79 1,344.95 และ 1,439.04 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ[3]

ในขณะที่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้คาดว่าจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 151 ล้านคน[4] จากรายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบอัตราชุกผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 6.9 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี 2557 และร้อยละ 9.5 ในปี 2563 เมื่อพิจารณาความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาล (ประเมินจาก HbA1C < 7.0) ควบคุมได้ร้อยละ 34.37[3] ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ 40) โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี เป็นโรงพยาบาลขนาด M2 ประชากรในพื้นที่จำนวน 116,249 คนอัตราชุกโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นในปี 2563-2565 ร้อยละ 5.2, 5.5 และ 5.8 ตามลำดับ อัตราป่วยเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นในปี 2563-2565 อัตรา 539.64, 557.11 และ 727.72 ตามลำดับ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.74 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 46.11 ในปี 2564 ลดลงเหลือร้อยละ 24.54 ในปี 2565[5]

เมื่อพิจารณาการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่ามีอุบัติการณ์ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตัดนิ้วเท้า ตัดเท้า ตัดขารายใหม่ในปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – พฤษภาคม 2566) จำนวน 4 ราย[6] ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะแทรกซ้อนทางไตรายใหม่ในปี 2563-2565 ร้อยละ 9.79, 7.86 และ 7.60 ตามลำดับ[5] ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีโอกาสเกิดภาวะโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน (diabetic kidney disease, DKD) ร้อยละ 20-40 และมีโอกาสพัฒนา

เป็นภาวะไตวายเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) และเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease, ESRD) ในที่สุด[7]

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 ตามลำดับ[7] จากสรุปรายงานของโภชนากรที่มาให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับคำปรึกษามีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ร้อยละ 37.06 และสรุปรายงานของเภสัชกรที่มาให้คำปรึกษาด้านการใช้ยา (Drug Related Problems: DRP) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยาร้อยละ 26.60 ซึ่งพฤติกรรมการควบคุมอาหารและการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้[8]

โรงพยาบาลหนองหานจัดให้มีคลินิกเบาหวานให้บริการเฉพาะโรค มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น รูปแบบบริการปกติ คือ ผู้ป่วยลงทะเบียนเข้ารับบริการ ประเมินอาการโดยการวัดสัญญาณชีพ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซักประวัติโดยพยาบาล เข้าพบแพทย์ รับใบนัด/คำแนะนำการดูแลตนเองที่บ้าน รับยากลับบ้าน ซึ่งในระหว่างรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะทำหน้าที่คัดผู้ป่วยที่มีค่าน้ำตาล FBS>250 มก.ดล และหรือ HbA1C > 8.0 เข้าพบเภสัชกรและโภชนากรเพื่อให้คำปรึกษารายบุคคล แต่ถึงแม้จะจัดให้มีกิจกรรมให้คำแนะนำโดยทีมสหวิชาชีพ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากร และปริมาณผู้ป่วยที่มารับบริการจำนวนมากต่อวันทำให้ไม่สามารถให้คำแนะนำเฉพาะบุคคลได้ครอบคลุม เมื่อผู้ป่วยรับยากลับบ้านโดยไม่ได้รับคำแนะนำที่สอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย อาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอยู่ที่บ้านของผู้ป่วยสูงต่อเนื่องเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตน (Diabetes Ketoacidosis : DKA) ผู้ป่วยจะสูญเสียน้ำและเกลือแร่ออกทางปัสสาวะ ความดันโลหิตต่ำ ช็อค และถึงแก่ชีวิตได้ สะท้อนให้เห็นว่าถึงแม้การจัดบริการที่โรงพยาบาลจะดำเนินการตามมาตรฐานที่ผู้ป่วยควรได้รับแต่ผลลัพธ์ด้านการควบคุมระดับน้ำตาลยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด

จากสภาพการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ ว่าแนวโน้มการป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้วิจัยในฐานะผู้จัดการรายกรณี(Nurse Case Manager) ระดับอำเภอ จึงออกแบบและวางแผนแก้ปัญหาสุขภาพดังกล่าวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสะแบงและเพื่อนำผลที่ได้มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยอันจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยในอำเภอหนองหาน จ.อุดรธานีต่อไป

**วัตถุประสงค์การศึกษา**

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จ.อุดรธานี
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จ.อุดรธานี
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะแบง อำเภอหนองหาน จ.อุดรธานี

**วิธีการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยได้นำแนวคิด การจัดการตนเอง[9] ซึ่งเป็น

แนวคิดที่มีกระบวนการที่เสริมสร้างพลังอำนาจในการควบคุมชีวิตของตนเอง แก้ปัญหาของตนเอง และใช้ทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อให้เกิดความรู้สึกสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ เป็นเครื่องมือในการวิจัย โดยใช้กระบวนการแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed Method) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

**ระยะที่ 1** การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการศึกษาสภาพปัญหาการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน 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 พฤติกรรมด้านการรับประทานยา พฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านการสูบบุหรี่และดื่มสุรา จำนวน 47 ข้อ วิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

1.3 การศึกษาสภาพปัญหาการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม โดยคัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ กลุ่มละจำนวน 15 ราย สัมภาษณ์จนข้อมูลอิ่มตัว โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จดบันทึก และ/หรือบันทึกเทป

1.4 การวิเคราะห์การใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ แนวทางการให้สุขศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน ศึกษาข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพ แนวทางการให้สุขศึกษา จากเอกสารและข้อมูลจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) ดังนี้ 1) กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ หลัก 3อ.2ส. 3 อ. 2) กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการให้สุขศึกษา 3) การส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ปิงปอง จราจรชีวิต 7 สี เป็นระบบการเฝ้าระวังควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน[10]

**ระยะที่ 2** จัดทำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะแบง 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 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะแบง อำเภอหนองหาน จ.อุดรธานี โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) คือ การสร้างการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวาน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมแสดงข้อคิดเห็น เสนอแนะ ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 40 ราย โดยแบ่งออกเป็นการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) จำนวน 2 กลุ่มๆ ละ 20 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างพิจารณาจากคุณสมบัติ ความสามารถในการให้ข้อมูล กล้าแสดงความคิดเห็น มีการเลือกที่หลากหลาย กระจายให้ครอบคลุม เป็นตัวแทนกลุ่มต่างๆ ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน และเก็บ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

2.3 ประชาพิจารณ์ (Public hearing) การรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยเบาหวาน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสังเคราะห์หาข้อสรุปรูปแบบการจัดการตนเอง กลุ่มประชาพิจารณ์ จำนวน 25 ราย

**ระยะที่ 3** ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะแบง อำเภอหนองหาน จ.อุดรธานี มีการดำเนินงานทั้งหมด 2 ขั้นตอน คือ

3.1 การทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะแบง อำเภอหนองหาน จ.อุดรธานี

3.2 ประเมินโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะแบง อำเภอหนองหาน จ.อุดรธานี

วิธีการในการศึกษา ผู้วิจัยใช้การศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน–หลัง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 96 ราย คำนวณโดย Power analysis โดยใช้ผลการศึกษาที่ผ่านมาที่ลักษณะใกล้เคียงกัน[11] หาค่า effect size ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 ราย เกณฑ์การคัดเข้า 1) ผู้ที่ได้รับตรวจสุขภาพตามแบบประเมินสุขภาพและขึ้นทะเบียนว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 2) สมัครเข้าร่วมโดยสมัครใจและยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการทำวิจัย 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่เป็นผู้พิการและทุพพลภาพ ไม่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ 4) สามารถอ่านออกเขียนได้ 5) คนในครอบครัวต้องรับรู้ว่าผู้ป่วยเบาหวาน ได้มาเข้าร่วมการทดลอง เกณฑ์คัดออก 1) เกิดภาวะเจ็บป่วยขณะเข้าร่วมกิจกรรม 2) ขาดการเข้าร่วมกิจกรรม 1 ครั้งขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะแบง อำเภอหนองหาน จ.อุดรธานี การดำเนินประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 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 ด้านการปฏิบัติตัว การสูบบุหรี่และดื่มสุรา ลักษณะข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน (rating scale) ใช้วิธีการประเมินผล การศึกษาของเบทส์[12]

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังดำเนินรูปแบบการจัดการตนเอง การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความตรงตามโครงสร้าง 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

**จริยธรรมการวิจัย**

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 12566

**ผลการศึกษา**

**ระยะที่ 1** สถานการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุระหว่าง 56 - 65 ปี เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รายได้เฉลี่ย 5,428 บาท และพบว่าค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ร้อยละ 78.70

ปัจจัยด้านพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าพฤติกรรมทั้ง 5 ด้าน ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำหรือปานกลาง ในด้านการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบประเด็นสำคัญในการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย พฤติกรรม 5 ด้าน ความต้องการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีความต้องการในเรื่องการไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของตา ไต เท้า ที่สำคัญ คือ การดูแลเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ยังเห็นถึงความสำคัญในการออกกำลังกายเพราะส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด แต่ต้องออกอย่างเหมาะสม อีกทั้งจำเป็นต้องดูแลในเรื่องของจิตใจ รวมถึงการรับประทานยา และเมื่อวิเคราะห์การใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ แนวทางการให้สุขศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กิจกรรมส่งเสริม 3อ.2ส. ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ดังนั้นจึงควรหาวิธีการเพื่อสร้างรูปแบบให้เกิดการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ต่อไป

**ระยะที่ 2** การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะแบง อำเภอหนองหาน จ. อุดรธานี ผู้วิจัยได้ดำเนินการ จัดประชุมและการทำ Focus group discussion ในการคืนข้อมูลกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี มีผู้เข้าร่วมรับฟังทั้งสิ้น 109 ราย โดยเนื้อหาเป็นข้อมูลที่ได้จากการวิจัยทั้งหมด เช่น ลักษณะทางประชากร ปัจจัยด้านพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน สภาพปัญหาการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การสังเคราะห์การใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน แนวทางการให้สุขศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน การให้ความรู้ เป็นต้น นอกจากนี้ ในการจัดการกระบวนการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะแบง อำเภอหนองหาน จ. อุดรธานี ผู้วิจัยสนับสนุนเรื่องปัจจัยด้านพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน สภาพปัญหาการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การสังเคราะห์การใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน แนวทางการให้สุขศึกษา การให้ความรู้ในผู้ป่วยเบาหวาน นำไปสู่ Nonghan Model คือ

1. Participation: สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน 3 ร่วม คือ 1) ร่วมออกแรงมีการร่วมกันดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้จากญาติผู้ดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน 2) ร่วมสนับสนุนงบประมาณ มีการสนับสนุนงบประมาณขับเคลื่อนงานการดูแล

ผู้ป่วย การดำเนินงานวิจัย 3) ร่วมสนับสนุนข้อมูลแนวทางและสร้างคู่มือการจัดการตนเองจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข

2. Information: สนับสนุนข้อมูลความรู้ในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยใช้กลวิธีด้วยการแยกผู้ป่วยเป็นกลุ่มสีต่าง ๆ คือ สีเขียว สีเหลือง สีส้ม สีแดง จากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

3. Nonghan self-management: สนับสนุนการจัดการตนเอง องค์ความรู้การจัดการตนเอง ในโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม Nonghan Self-management มีการดำเนิน ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 7 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการตั้งเป้าหมาย

กิจกรรมครั้งที่ 2 การจัดการตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 3 ประเมินผลการจัดการตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 4 การตัดสินใจเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและการเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

กิจกรรมครั้งที่5 การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ

กิจกรรมครั้งที่ 6 การจัดการตนเองเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อน

กิจกรรมครั้งที่7 กิจกรรม Family Care Team

ระยะเวลา 16 สัปดาห์ และเมื่อผู้วิจัยได้ดำเนินการทำประชาพิจารณ์ ผู้เข้าร่วมเห็นด้วยกับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม Nonghan Self management Model ร้อยละ 100

3.1 ประเมินการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จ.อุดรธานี ผลการศึกษาการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 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 หลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จ.อุดรธานี 5 ด้าน อยู่ระดับดี-สูง (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** พฤติกรรมในการดูแลตนเองภายหลังดำเนินการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม (n = 35)

| พฤติกรรมการดูแลตนเอง 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 $p<0.005$ ในส่วนของคะแนนพฤติกรรมด้านรับประทานยาและคะแนนการปฏิบัติตัวด้านการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน $p=0.160$ และ $p=0.353$ ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่า ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลัง

ดำเนินการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม 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 | 0.000** |
| หลังดำเนินการใช้โปรแกรม | 8.36 | 1.72 | | |

หมายเหตุ : ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า 0.05

**สรุปและอภิปรายผล**

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จ.อุดรธานี นี้ส่งผลให้พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน แตกต่างจากก่อนการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยพบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานที่ควบคมระดับน้ำตาลไม่ได้มีพฤติกรรมการจัดการตนเอง สมรรถนะการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญระดับ 0.05[13] และในส่วนของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานยา ด้านการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการปฏิบัติตัวด้านการสูบบุหรี่การดื่มสุราเหมาะสมและดีอยู่แล้ว จึงทำให้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเองไม่แตกต่างกันจากการทำวิจัยนี้ได้เกิดรูปแบบการจัดการตนเอง ส่งผลให้พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น สามารถนำไปสร้างเป็นนโยบายหรือข้อตกลงร่วม เพื่อใช้เป็นแนวทางเชื่อมโยงระบบการดูแลระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะแบง อำเภอหนองหาน จ.อุดรธานี นี้สามานำรูปแบบ Nonghan Self management Model ไปใช้ขยายผลทั้งในและนอกพื้นที่อำเภอหนองหาน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมา

## 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 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุรธานี 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. เอกสารอิเลกทรอนิคส์ . รายงานตัดนิ้วเท้า 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 พาจันทร์, กฤชกันทร สุวรรณพันธุ์, บุญสัน อนารัตน์, นิรันดร์ ถาละคร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน2565. 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. Lampamg Provincial Health Office. Noncommunicable diseases data [Internet]. [cited 2019 Mar 1]. Available from: https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/main/inde x.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.

# การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

# Development of nursing practice guidelines for the prevention of acute disorientation in critically ill patients Pen Hospital Udon Thani Province.

(Received: April 28,2024 ; Revised: April 29,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**อรัญญา ศรีหาวงษ์** [1]
**Aranya Srihavong**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนฉับพลันของผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเพ็ญ กลุ่มตัวอย่างผู้ได้รับ CPG-PDC ดำเนินการระหว่างเดือนระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 – มีนาคม พ.ศ. 2567 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 และ6) การพัฒนาคุณภาพบริการ เมื่อใช้CPG-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 2023 - March 2024. 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. And6) 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

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลเพ็ญ อ.เพ็ญ จ.อุดรธานี

**บทนำ**

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต (Intensive care unit delirium: ICU delirium) เป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยมีลักษณะประกอบด้วยอาการเริ่มต้นที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและมีการเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาของวัน ขาดความตั้งใจและขาดสมาธิ ความคิดไม่เป็นระบบและการรับรู้ผิดปกติไป หรือมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว[1] สาเหตุเกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทที่ไปควบคุมสติปัญญา พฤติกรรม และอารมณ์ของผู้ป่วย[2] ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแบ่งเป็นปัจจัยหลัก 2 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยชักนำ (Predisposing factors) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอยู่เดิมก่อนเข้ารับการรักษา ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคล ได้แก่ ผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีการสูบบุหรี่หรือดื่มสุราเป็นประจำ และปัจจัยจากโรคเรื้อรัง [3] 2) ปัจจัยเร่งให้เกิด (Precipitating factors) ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกิดภายหลังเข้ารับการรักษา ประกอบด้วย ปัจจัยจากการเจ็บป่วยวิกฤตเฉียบพลัน[4] และปัจจัยจากสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนักซึ่งสามารถป้องกันได้ ได้แก่ การถูกแยกจากครอบครัวและบุคคลที่รัก การที่ต้องเข้ามาอยู่ในที่ไม่คุ้นเคย การมีระเบียบวิธีปฏิบัติที่เข้มงวดในการรักษาผู้ป่วย[5] มีหลายสาเหตุร่วมกัน ผู้ป่วยจะมีการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมลดลงร่วมกับมีสมาธิและความสนใจลดลง ไม่สามารถรักษาระดับของความสนใจให้คงที่ (maintain attention) รวมทั้งเสียระดับความรู้สึกตัว (consciousness) และความสนใจ (attention) อาการนำของผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้แก่ กระสับกระส่าย วิตกกังวล หงุดหงิด บางรายไวต่อสิ่งเร้า ในขณะที่บางรายมีอาการง่วงนอนและมีประสาทหลอน อาจมีฝันร้ายได้ ช่วงนี้อาจกินเวลานานตั้งแต่หลายชั่วโมงจนถึงหลายวัน[6] อาการของผู้ป่วยมักแย่ลงในเวลากลางคืน เรียกว่า sundowning syndrome ในขณะนั้นผู้ป่วยมักมีความคิดหลงผิด ประสาทหลอน เบื่อหน่าย วิตกกังวลหรือหงุดหงิด[7]

เมื่อเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาวในระยะสั้น พบว่า ผู้ป่วยมักจะได้รับการผูกมัดมีแบบแผนการนอนที่ผิดปกติ มีการดึงสายต่าง ๆ ที่สอดใส่ไว้ในตัวผู้ป่วยเพื่อการรักษาพยาบาลโดยไม่ได้ตั้งใจ เช่น สายให้น้ำเกลือ สายสวนปัสสาวะ ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น ทำให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น ในระยะยาวพบว่าเมื่อเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันส่งผลให้พร่องการรู้คิดและความจำ ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง เกิดภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น เกิดสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนักซึ่งสามารถป้องกันได้ ได้แก่ การถูกแยกจากครอบครัวและบุคคลที่รัก การที่ต้องเข้ามาอยู่ในที่ไม่คุ้นเคย การมีระเบียบวิธีปฏิบัติที่เข้มงวดในการรักษาผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยหนักจะมีแสงสว่างตลอดเวลาทำให้รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย[8] เสียงที่ดังรบกวนจากบุคลากรและอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตนอนไม่หลับ[9] อาการปวดที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยวิกฤต[10] ขาดการรับรู้กาลเวลา สถานที่ และสภาพแวดล้อมภายนอกหอผู้ป่วยหนัก[11] ปัจจัยเสี่ยงที่กล่าวข้างต้น ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้มากขึ้น[12] ผลกระทบที่เกิดจากภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้ เนื่องจากผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ภาวะสับสนจะทำให้ผู้ป่วยดึงเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ช่วยชีวิต ได้แก่ ดึงท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์การรักษาออก เสี่ยงต่อการพลัดตกจากเตียง[12] ส่งผลต่อการฟื้นหายที่ช้าลงและต้องนอนในหอผู้ป่วยหนักนานขึ้น รวมถึงระยะเวลาที่นอนในโรงพยาบาลที่จะเพิ่มขึ้น และทำให้อัตราตายสูงขึ้น[13] บุคลากรผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตราย หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ต่อสู้หรือทำร้าย[10] ส่งผลต่อครอบครัวและญาติเกิดความกลัวและวิตกกังวลมากขึ้น[14]

โรงพยาบาลเพ็ญเป็นโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลระดับแม่ข่ายที่เปิดให้บริการหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมให้บริการผู้ป่วยวิกฤตด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมวิกฤตที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยหนักโดยมีสถิติการเข้ารับบริการจากปี 2562 - 2565 เท่ากับ

222,273,315,245 รายจากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพบอุบัติการณ์การดึงอุปกรณ์ ดึงท่อช่วยหายใจ จำนวน 7,8,13,6 ครั้ง

การป้องกันการเกิดกวะสับสนเฉียบพลันได้รับการยอมรับว่าเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ปัจจุบันมีการศึกษาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างต่อเนื่อง ทั้งการค้นหาปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และพบว่าผลจากการใช้แนวปฏิบัติดังกล่าวทำให้การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันลดลง[15] แต่ทางหอผู้ป่วยหนักยังไม่มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันกาวะสับสนเฉียบพลัน และยังไม่มีแนวทางปฏิบัติใดที่มีความเฉพาะกับบริบท ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานและหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความเห็นว่าควรมีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยจัดให้มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤตที่มีความชัดเจนจะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลมีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก มีทัศคติที่ดีต่อการรับรู้ภาวะสับสนเฉียบพลัน พยาบาลมีแนวทางในการดูแลได้พัฒนาความรู้ในการดูแลอันจะมีผลต่อการประเมินการวินิจฉัยและการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างมีประสิทธิภาพ ลดผลกระทบจากภาวะนี้และทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนัก
2. เพื่อศึกษาผลของพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนัก

**วิธีการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันกาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติ และขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลแนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 – มีนาคม พ.ศ. 2567

**ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย**

การศึกษานี้ได้ประยุกต์ขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย[16] มากำหนดเป็น ขั้นตอนการศึกษา 3 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเพ็ญ จำนวน 14 รายวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเพ็ญ ผู้วิจัยจัดการสนทนากลุ่ม (focus groups) สัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยหนัก ใช้เวลารวมกันทั้งหมดครั้งละ 1 ชั่วโมง เพื่อค้นหาปัญหาและศึกษาสถานการณ์ในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยและตรวจสอบความถูกต้องของประเด็นศึกษา

**ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบ**

**กระบวนการที่ 1** ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก CPG-PDC วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกให้มีความทันสมัย มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้ และสอดคล้องกับบริบทของหอผู้ป่วย โดยประเมินจากคะแนน(Richmond Agitation Sedation Scale: RASS, 2002) > -3 คะแนน[17]

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ประกอบด้วย กิจกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ 7 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไขและขอบเขตการดำเนินงาน ผู้วิจัยเลือกเรื่องที่มี

ความสำคัญต่อหน่วยงานและเฉพาะเจาะจง พิจารณาจากประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น มีจำนวนมาก (High volume) มีความเสี่ยงสูง (High risk) และผลลัพธ์ที่เกิดอันตรายสูงต่อผู้ป่วย นำมากำหนดหัวข้อการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเพ็ญ โดยได้รับความเห็นชอบในหลักการจากทีมผู้บริหารของกลุ่มงานการพยาบาล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

กิจกรรมที่ 2 กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก จากสหสาขาวิชาชีพ ผู้วิจัยประสานงานกับบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องเป็นรายบุคคลเพื่อปรึกษา และเชิญร่วมเป็นทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก และได้รับการตอบรับด้วยความสมัครใจแต่งตั้งบุคลากรเข้าร่วมทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน และเภสัชกร 1 คน รวมทั้งสิ้น 5 คน

กิจกรรมที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์ทางสุขภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกโดยทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกและผู้วิจัยร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ที่มีความชัดเจนสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และกำหนดผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการให้การดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกครอบคลุมทุกเป้าหมาย

กิจกรรมที่ 4 ทบทวนวรรณกรรม เพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด โดยทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกและผู้วิจัยร่วมประชุมวางแผนการสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์และหลักฐานความรู้ ที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งกำหนดระดับความน่าเชื่อถือ (Quality of evidence) และคุณภาพของหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ (Strength of recommendation) ในการนำไปปฏิบัติ ตามเกณฑ์ของ Joanna Briggs Institute (JBI) (2013)[18] จากหลักฐานเชิงประจักษ์ 40 ฉบับ โดยกรรมการได้จัดประชุม 3 ครั้ง ประเมินจัดคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ และปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

กิจกรรมที่ 5 ยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกและผู้วิจัยดำเนินการรวบรวม ข้อสรุปจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการคัดเลือกและประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์พิจารณาทำการยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต โดยกำหนดเนื้อหาสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิก จัดเป็นหมวดหมู่ 6 องค์ประกอบ จากนั้นสอบถามผู้ปฏิบัติ (แบบสอบถามพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ) โดยประเมินความเห็นของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 14 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 (หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม) 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 ร่วมสรุปและจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สมบูรณ์พร้อมกระวนกระวายหรือกระสับกระส่าย (RASS) คู่มือประเมินภาวะสับสน

เฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต (CAM-ICU) คู่มือการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต คู่มือการจัดการอาการปวด คู่มือการเคลื่อนไหวร่างกายและออกกำลังกายผู้ป่วยวิกฤต คู่มือการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และคู่มือการสนับสนุนด้านการรับรู้ผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นรายละเอียดความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ที่พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติต้องการให้ขยายความให้เกิดความเข้าใจยิ่งขึ้น

**กระบวนการที่ 2** ขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติ CPG-PDC ไปใช้ ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2566 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ.2567 มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความร่วมมือระหว่างบุคคล และทีมสุขภาพจึงจะเกิดประสิทธิผลได้ตามต้องการ รวมทั้งต้องใช้กลยุทธ์หลายอย่างร่วมกัน เพื่อเกิดการเปลี่ยนแปลง

**กระบวนการที่ 3** ขั้นตอนการประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก CPG - PDC ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 – เมษายน พ.ศ. 2567 มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการใช้ และประเมินผลตามกรอบ National Health and Medical Research Council (1999)[16] ซึ่งประกอบด้วย 1) การจัดพิมพ์และเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ 3) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกหน่วยงาน

**เครื่องมือ** คือ แนวปฏิบัติทางคลินิก CPG-PDC และแบบบันทึกผลลัพธ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มใช้และไม่ใช้ CPG-PDC

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ**

สถิติเชิงบรรยาย Chi square testและวิเคราะห์ประสิทธิผลของการใช้ CPG-PDC ด้วยการปรับอิทธิพล Multivariable risk difference regression และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ด้วยด้วย Independent t-test

**จริยธรรมการวิจัย**

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่ UDREC 2467 จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

**ผลการวิจัย**

**ปัญหาและสถานการณ์** พบว่า จากการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าพยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ง่าย เป็นปัญหาที่มีความสำคัญและก่อให้เกิดความยากลำบากในการดูแล (ร้อยละ 100) พยาบาลวิชาชีพไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในหอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยไม่มีแนวปฏิบัติในการประเมินหรือการดูแลเป็นลายลักษณ์อักษร ปัญหาอุปสรรคและสิ่งที่ต้องการพัฒนา คือ การฝึกอบรม การให้ความรู้ และสร้างแนวปฏิบัติที่มีมาตรฐาน

การสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลประจำการเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้แบบสอบถามสำรวจความคิดเห็นที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น พบว่า พยาบาลทั้งหมดยังไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลันมาก่อน ร้อยละ 72.22 มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันระดับปานกลาง ร้อยละ 61.11 มีความรู้และทักษะ ในการพยาบาลเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตระดับปานกลาง ร้อยละ 66.67 มีความคาดหวังต่อการมีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตอยู่ในระดับมาก และร้อยละ 61.1 1 เห็นด้วยอย่างมากต่อการมีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยวิกฤตที่ข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ในเดือนมีนาคม-กันยายน พ.ศ. 2566 พบว่า สัดส่วนของการบันทึกลักษณะอาการและอาการแสดงรวมทั้งแนวทางการรักษาคล้ายกับภาวะสับสนฉับพลันในแบบบันทึกความก้าวหน้าของแพทย์และแบบบันทึกทางการ

พยาบาลที่ได้รับการวินิจฉัยเพียงร้อยละ 27.28 ผู้ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันมีอายุเฉลี่ย 77.41 ปี วันนอนเฉลี่ย 7.23 วัน และพบอุบัติการณ์ดึงสาย ดึงท่อช่วยหายใจ 5 ราย เกือบตกเตียง 2 ราย

**ประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบ** พบว่า กลุ่มไม่ใช้ CPG-PDC จานวน 52 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.54 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 51.92 มีความผิดปกติระบบทางเดินหายใจและปอดร้อยละ 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 หรือกระวนกระวายส่วนใหญ่อยู่ในระดับคะแนนเท่ากับ 0 คิดเป็นร้อยละ 55.77 โดยข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในประเด็นโรคที่ได้รับการวินิจฉัยด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

**ตารางที่ 1** ประสิทธิผลของ 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 | |
| **การใช้ยานอนหลับ** | | | | | |
| 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 | |

จากตารางที่ 1 พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลันทั้งกลุ่มใช้และไม่ใช้ CPG-PDC มีความแตกต่างกันโดยกลุ่มใช้ CPG-PDC ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลันระดับปานกลางร้อยละ 59.62 รองลงมามีความเสี่ยงระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 40.38 สำหรับกลุ่มไม่ใช้ CPG-PDC ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง ร้อยละ 57.69 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่ใช้ยานอนหลับและไม่ใช้ยาต้านอาการทางจิต สำหรับการใช้ยาระงับปวด พบว่า กลุ่มไม่ใช้ CPG-PDC ส่วนใหญ่ไม่ใช้ยาระงับปวด ร้อยละ 53.85สำหรับกลุ่มใช้ 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 | -16.2-0.7 | 0.071 |
| การใช้ยาต้านอาการทางจิต (antipsychotic drug) | 19 | 30.9 | 15 | 100 | 13 | -3.6-22.5 | < 0.001 |

จากตารางที่ 2 พบว่า การใช้ CPG-PDC จะเพิ่มการใช้ยาต้านอาการทางจิตร้อยละ 13 ($p < 0.001$) และการใช้ 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 |

จากตารางที่ 3 พบว่า ระยะเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ลดลงเหลือ 0.9 เวร6รายแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

จำนวนร้อยละความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต (n= 14) พบว่า การประเมินความเห็นของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 14 คน พบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ใช้ได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วยโดยมีคะแนนพึงพอใจในการใช้ภาพรวม เฉลี่ยร้อยละ 91.42

**สรุปและอภิปรายผล**

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนฉับพลันของผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วยสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินปัจจัยเสี่ยงและเฝ้าระวังภาวะสับสนเฉียบพลัน 3) การป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน 4) การให้ความรู้แก่บุคลากรทีมสุขภาพ 5) การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและการบันทึก 6) การพัฒนาคุณภาพบริการ[19] ดังนี้

1. รูปแบบการพยาบาลแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological prevention) เดิมใช้รูปแบบ 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) ประกอบ ด้วย Re - orientation และ Sleep promotion, E คือ ( Early Exercise and Mobility,Rehabitation) ประกอบ ด้วย 6 กิจกรรมคือ 1) การประเมินการป้องกันและการจัดการความปวด 2) การประเมินการตื่นและความพร้อมในการหายใจเอง 3) การประสานความร่วมมือการจัดการความปวดและภาวะหายใจไม่สงบทั้งแนวทางใช้ยาและไม่ใช้ยา 4) การประเมินผลและเฝ้าระวังภาวะสับสนเฉียบพลันทุกวัน 5) การกระตุ้นการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายโดยเร็ว ปรับมาเป็น Care bundle ABCDEF โดยเพิ่ม F คือ (Family-communication and Friendly involvement) F คือ (Family-communication and involvement) การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพ โดยทีมสุขภาพสร้างสัมพันธภาพและมีความเป็น

มิตรในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต

2. โปรแกรมประยุกต์สำเร็จรูป (application program) ประเมินปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่องทุกวัน จากรูปแบบ PRE-DELIRIC model ปรับเป็น E-PREDELIRIC (Early - PREdiction of DELIRIUM in ICU) เป็นเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ประกอบด้วยการประเมินปัจจัยด้านอายุคะแนน APACHE | ระดับความเจ็บป่วย ประเภทของผู้ป่วย การติดเชื้อ ค่าความเป็นกรดด่างของผลเลือดการใช้ยา Morphine การใช้ยาลดปวด การทำหน้าที่ของตน และความเร่งด่วนในการรับการรักษา ซึ่งเครื่องมือนี้สะดวก

การเกิดผลลัพธ์ที่ดีส่วนหนึ่งมาจากการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะที่สำคัญของแนวปฏิบัติให้ครบตามองค์ประกอบทุกด้าน ประการแรก ได้แก่ การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตตามโปรแกรมสำเร็จรูปแบบ E-PRE-DELIRIC model อย่างต่อเนื่องทุกวัน ทำให้สามารถทำนายโอกาสของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต รวมถึงผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สามารถวางแผนป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันแบบเฉพาะ ร่วมกับการใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตามกรอบแนวคิดการใช้แนวปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยอาศัยการบูรณาการ กลยุทธ์ที่เหมาะสมกับบริบทเกิดการเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติ ผู้ศึกษาในบทบาทหัวหน้างานได้ใช้บทบาทการเป็นผู้นำส่งเสริมการให้ความรู้ รวมถึงการกำกับนิเทศทั้งในและนอกเวลาราชการ อีกทั้งก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้มีการใช้การประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจ โดยการจัดประชุมในหน่วยงานให้กับพยาบาลครบทุกคน เกี่ยวกับสาระสำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนฉับพลันของผู้ป่วยวิกฤต ในหอผู้ป่วยวิกฤต การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต การจัดทำบอร์ดเพื่อเผยแพร่ การติดแผนภูมิขั้นตอนการปฏิบัติเพื่อเข้าใจได้ง่ายในห้องทำงาน การจัดทำคู่มือฉบับเต็มและฉบับย่อแบบพกพา รวมถึงการจัดทำแฟ้มข้อมูลอิเลคทรอนิกส์ของแนวปฏิบัติไว้ที่หน้าจอคอมพิวเตอร์ในหน่วยงาน เพื่อสะดวกต่อผู้ใช้แนวปฏิบัติสามารถเข้าถึงแนวปฏิบัติได้โดยง่าย รวมถึงผู้ศึกษาจัดทำและกำหนดตารางเวลาของการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤต และนำมาติดไว้ในห้องทำงาน ทำให้สะดวกต่อพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทราบว่ามีกิจกรรมอะไรบ้างเพื่อนำลงสู่การปฏิบัติได้ และสามารถยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนกิจกรรมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้ใช้การประชาสัมพันธ์ในกลุ่มญาติ จัดทำบอร์ดและแจกแผ่นพับสำหรับญาติเพื่อให้ความรู้ แนวทางการป้องกัน และวางแผนร่วมกับญาติ และสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยให้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ การส่งเสริมการนอนหลับ การจัดชั่วโมงเงียบและการเข้าเยี่ยมอย่างเหมาะสม รวมถึงสนับสนุนด้านกำลังใจและเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้กับป่วยวิกฤต

จากการวิจัย อุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัด มีปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญคือ หน่วยงานมีบรรยากาศของการเรียนรู้ พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้แนวปฏิบัติ หน่วยงานมีการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสนับสนุนจากผู้บริหารในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน[20]

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรติดตามประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนฉับพลันของผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อยืนยันถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติ

2.ควรมีการศึกษาผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนฉับพลันของผู้ป่วยวิกฤต ในผู้ป่วยหลาย ๆ หอผู้ป่วยวิกฤต (Muttisite research) เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. Arend, E. & Christensen, M. (2009). Delirium in the intensive care unit: ฬ review. Nursing in Critical Care, 14(3), 145–154.
2. 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: 10.11096IEEESTD.2007.4299432
3. Maldonado, J. R. (2008). Delirium in the acute care setting: Characteristics, diagnosis and treatment. Critical Care Clinics, 24(4), 657–722.
4. 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.
5. 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.
6. Sadock B J, Sadock V A.(2007). Delirium, dementia and amnestic and other cognitive bdisorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan&Sadock,s synopsis of Psychiatry:behavioral sciences/clinical Psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams&Wilkins;. p. 319-72.
7. Bourgeois J A, Seaman J S, Servis M E.(2013). Delirium dementia and amnestic and other cognitive disorders The American Psychiatric Publishing textbook of psychiatry: American Psychiatric Association 2008 [2013 Jan 17]. 5th:[
8. Tabet, N., & Howard, R. (2006). Prevention, diagnosis and treatment of delirium: Staff educational approaches. Expert Review of Neurotherapeutics, 6(5), 741–751.
9. Bourne, R. S. (2008). Delirium and use of sedation agents in intensive care. Nursing in Critical Care, 13(4), 195-202.
10. Boot, R. (2012). Delirium: a review of the nurse role in the intensive care unit. Intensive & Critical Care Nursing, 28(3), 185–189.
11. Brummel, N. E. & Girard, T. D. (2013). Preventing delirium in the intensive care unit. Critical care Clinics, 29(1), 51-65.
12. Arend, E. & Christensen, M. (2009). Delirium in the intensive care unit: ฬ review. Nursing in Critical Care, 14(3), 145–154
13. Pun BT, Ely EW.(2007). The importance of diagnosing and managing ICU delirium. Chest. Aug;132(2):624-36.
14. King, J., & Gratrix, A. (2009). Delirium in intensive care. Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain, 9(5), 144–147.
15. จินตนา สินธุสุวรรณ์. ปัจจัยทำนายภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ].กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์; 2553.
16. National Health and Medical Research Council. (1999). A guideline to the development, implementation and evaluation of clinical practice guideline. Canberra: Commonwealth Australia.
17. นภัสภรณ์ ดวงแก้ว.(2554). ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการ ป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยหนักอายุร กรรมโรงพยาบาลลำปาง. เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2554
18. Joanna Briggs Institute. (2013). New JBI levels of evidence. Retrieved from https://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBILevels-of evidence_2014.pdf
19. สุภาวดี เอี่ยมธนะสินชัย.(2556). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกบการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้ป่วยอายุรกรรมที่รับไว้รักษาใน โรงพยาบาล. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์.; 28(3)
20. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. ภาวะซึมสับสนฉับพลัน.(2557). ใน: วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (บรรณาธิการ). การจัดการภาวะฉุกเฉิน สำหรับผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์

# การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ที่มีภาวะแทรกซ้อน : เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

# Nursing Care of Diabetic Patients with Uncontrolled Blood Sugar with Complications: Comparison of Two Case Studies.

(Received: April 9,2024 ; Revised: April 12,2024 ; Accepted: April 13,2024)

**สฤษดิ์ คูสกุลรัตน์**[1]
**Salid Khousakulrat**[1]

**บทคัดย่อ**

วัตถุประสงค์การศึกษานี้ เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถ ควบคุมน้ำตาลในเลือดและมีภาวะแทรกซ้อน กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย กรณีศึกษารายที่ 1 เบาหวานมีโรคร่วม โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 โรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นเบาหวานมีโรคร่วม โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ในประเมินค้นหาปัญหา และใช้หลักกระบวนการทางการพยาบาลในการดูแล

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยสำคัญของความรุนแรงของการดำเนินของโรค ไม่ได้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน หากเกิดพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมเป็นตัวกำหนดทำให้สุขภาวะดีขึ้นหรือส่งผลในด้านตรงข้าม ผู้ป่วย และญาติที่เป็นผู้ดูแลยังขาดความรู้การตระหนักความสำคัญในการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการใช้ยาและการดูแลภาวะแทรกซ้อน จากปัญหาดังกล่าว พยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย และการจัดการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพให้เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตอย่างมีความสุขตามอัตภาพ

**คำสำคัญ:** การพยาบาล, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, ไตเรื้อรัง,น้ำตาลในเลือดสูง

**Abstract**

The purpose of this study is to provide guidelines for nursing care of diabetic patients who cannot control their blood sugar and have complications. Two comparative case studies: Case study number 1 Diabetes is a co-morbidity. Chronic kidney disease stage 4, Hypertension Case study number 2 Having diabetes and co-morbidities Chronic kidney disease stage 3, Hypertension Using the Gordon Health Model framework. In the evaluation search for problems and use nursing process principles to provide care.

DFThe study found that the severity of disease progression is an important factor. It does not depend on the duration of diabetes. If inappropriate health behaviors are a determinant of better health or the opposite effect, patients and relatives who are caregivers still lack knowledge and awareness of the importance. In self-management Eating Exercise and medication from such problems Nurses therefore play an important role in caring for patients and managing health problems appropriately to achieve.

**Keywords:** nursing, type 2 diabetes mellitus, chronic kidney disease, hyperglycemia

## บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก สมาคมเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation : IDF) ประมาณการว่า ปี พ.ศ. 2568 ผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 438 ล้านคน และปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 578 ล้านคนทั่วโลก สำหรับประเทศไทย จากรายงานการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนไทยที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไปของสถาบัน วิจัยระบบสาธารณสุข โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ.2557 พบอุบัติการณ์ชุกของ โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.90 ในปี

[1] โรงพยาบาลหนองนาคำ

พ.ศ.2552 เป็น ร้อยละ 8.90 ในปีพ.ศ.2557 และโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ที่คุกคามสุขภาพคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี[8] และสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดขอนแก่น พ.ศ.2564– พ.ศ 2566 พบว่าอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ เท่ากับ 504.06, 597.44, 638.18 ต่อแสนประชากรตามลำดับเพิ่มขึ้นทุกปี และในอำเภอหนองนาคำปี พ.ศ. 2564–2566 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ เท่ากับ 395.29, 467.86, 503.41 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 32.90 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นมานาน ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ดี และไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายระบบต่อร่างกายได้แก่ จอตาผิดปกติจากเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนที่เท้าและขา ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง เกิดความสูญเสียค่าใช่จ่ายในการดูแลทั้งทางตรงทางอ้อมโรคไตเรื้อรังซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเบาหวาน[9] การเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติ เข้ารับการตรวจรักษาช้าทำให้การดำเนินการของโรคมากขึ้นนำไปสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งไม่สามารถรักษาด้วยยาที่ทำให้ไตฟื้นคืนสู่สภาพเดิมต้องรักษา ด้วยการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเหตุให้ผู้ป่วย ต้องเผชิญกับการบำบัด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัวยังรวมถึงภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยเอง และต่อประเทศชาติ[10] ทั้งนี้โรงพยาบาลหนองนาคำ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F3 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในพื้นที่อำเภอหนองนาคำ ในปี พ.ศ. 2564 – 2566 ร้อยละ 56.43, 55.08 และ 48.52 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหนองนาคำรับผิดชอบในการดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้ จึงได้ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางดูแลผู้ป่วยในการศึกษาคาดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานและหน่วยงานอื่น ที่ให้การดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีคุณภาพ

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ที่มีภาวะแทรกซ้อน ในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลหนองนาคำ เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย เพื่อเสนอแนวทางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน

**วิธีการศึกษา**

1. เลือกผู้ป่วยบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 2 ราย

2. แนะนำตัวกับผู้ป่วยและญาติและขออนุญาตผู้ป่วยเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษาอธิบายวัตถุประสงค์และประเมินสภาพผู้ป่วย เพื่อนำปัญหามาวิเคราะห์

3. รวบรวมข้อมูล ประวัติการรักษาจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ สังเกตพฤติกรรม ผู้ป่วย และขอข้อมูลญาติที่เป็นผู้ดูแล รวมทั้งศึกษาค้นคว้าจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4. สรุปผลกรณีศึกษาเรียบเรียงเนื้อหาตามหลักวิชาการ โดยวิเคราะห์และแก้ไขประเด็นปัญหาที่ไม่ครอบคลุม เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย แล้วนำเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนการเผยแพร่

กรณีศึกษา รายที่ 1 รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 20 กรกฎาคม 2566 รวมระยะเวลา 164 วัน ผู้ป่วย

กรณีศึกษารายที่ 2 รับไว้ในความดูแลและศึกษาเมื่อวันที่ 24 มกราคม 2566 ถึงวันที่ 29 มิถุนายน 2566 รวมระยะเวลา 156 วัน รวบรวมข้อมูลรายละเอียดประวัติของผู้ป่วยและขอข้อมูลเพิ่มเติมจากญาติ วันนัดที่พบแพทย์ เพื่อติดตามอาการและประเมินสภาพผู้ป่วย

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

เครื่องมือ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลคอมพิวเตอร์ระบบโปรแกรม HOSxp การซักประวัติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาและยา สมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน ปัญหาสุขภาพที่พบการรักษา

**ผลการศึกษา**

ผลการศึกษาผู้ป่วย กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 56 ปี จบการศึกษาชั้นประถมปีที่ 4 สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาชีพเกษตรกร ที่อยู่ปัจจุบัน อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 และความดันโลหิตสูง ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีอาการบวมที่ขาทั้ง 2 ข้าง อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 156/93 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 68 กิโลกรัม ส่วนสูง 162 เซนติเมตร รอบเอว 92 เซนติเมตร BMI = 25.91 crmp แพทย์วินิจฉัยเป็น Diabetes mellitus type 2 with Chronic Kidney Disease stage 4 with Hypertension ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ Glucose 296 mg% Hb A1C 10.6 eGFR (28.60ml/min/1.73m) Creatinine (2.93 mg/dl) Hb 8.20/dl Hct 26.80% Cholesterol (192 mg/dl) ได้รับการรักษาด้วย Mixtard 70/30 16 ยูนิต SC ac เช้า 8 ยูนิต SC ac เย็น Doxazosin(2) 1x1 pc, simvastatin (20) 1x1 hs, hydralazine (25) 2x4, pc hs, Manidipine (20) 1x1 pc, Sodamin(300) 1x3 pc, FBC 1x3 pc การประเมินภาวะสุขภาพแบบแผนของกอร์ดอน พบว่า มีภาวะสุขภาพที่มีปัญหา คือ แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการจัดการสุขภาพ ความเข้าใจในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองไม่เหมาะสมพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาชุด ยาสมุนไพรแก้อาการปวดเข่า อาจได้รับอันตรายจากใช้ยา แบบแผนที่ 2 โภชนาการ พฤติกรรมบริโภคอาหารไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการได้รับสารสเตียรอยด์จากยาชุดแก้ปวดและสมุนไพรดองเหล้า แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ไม่ออกกำลังกาย แบบแผนที่ 5 การนอนหลับพักผ่อน มีความวิตกกังวล เรื่องปวดเข่า การใช้ยาฉีดทำให้นอนหลับๆ ตื่นๆ บางวันแบบแผนที่ 6 ความคิดและการรับรู้ รับรู้อาการปวดเข่า แบบแผนที่ 7 การรับรู้เกี่ยวกับตนเองและ อัตมโนทัศน์ มีความกังวลอาการป่วยแต่คิดว่าจะดีขึ้น แบบแผนที่ 10 การเผชิญปัญหา และความอดทนต่อภาวะเครียด วิตกกังวลเรื่องปวดเข่า การฉีดยา

กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 66 ปี จบการศึกษาชั้นประถมปีที่ 4 สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาชีพเกษตรกร ที่อยู่ปัจจุบัน อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น เป็นโรคเบาหวานและไตเรื้อรังระยะที่ 3 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 102 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 148/95 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 66 กิโลกรัม ส่วนสูง 167 เซนติเมตร รอบเอว 78 เซนติเมตร BMI = 23.67 แพทย์วินิจฉัยเป็น Diabetes mellitus type 2 with Chronic Kidney Disease stage 3 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ Glucose 296 mg% Hb A1C 9.4 eGFR 48.60 ml/min/1.73m Creatinine 2.65 mg/dl ได้รับการรักษาด้วย Mixtard 70/30 10 ยูนิต SC ac เช้า 4 ยูนิต SC ac เย็น, Amlodipine (10) 1x1 pc sim 2x1 pc, Hydralazine(25) 1x3 pc ,simvastatin(20) 1x1 hs Sodamin(300) 1x3 pc การประเมินภาวะ

สุขภาพแบบแผนของกอร์ดอน พบว่ามีภาวะสุขภาพที่มีปัญหาคือแบบแผนที่ 1 การรับรู้และการจัดการสุขภาพ ความเข้าใจในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองไม่เหมาะสม พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมแบบแผนที่ 2 โภชนาการเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาชุดแก้ปวดเข่า อาจได้รับอันตรายจากอาการปวดเข่าแบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ทำกิจวัตรประจำวันได้ ไม่มีแบบแผนการออกกำลังกาย ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ แบบแผนที่ 5 การนอนหลับพักผ่อนมีความวิตกกังวล เรื่องปวดเข่า การใช้ยาฉีด ค่าใช้จ่ายทำให้นอนหลับๆตื่นๆ บางวัน 7 การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์ รับรู้การเจ็บป่วยของตนเองมีความอาการป่วย มีความหวังว่าถ้าควบคุมอาหารก็ช่วยให้กลับมาดีขึ้นได้ แบบแผนที่ 10 การเผชิญปัญหาและความอดทนต่อภาวะเครียด วิตกกังวลเรื่องปวดเข่า ค่าใช้จ่ายครอบครัว

**ตารางที่ 1** ผลการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

| รายการ | ผู้ป่วยรายที่ 1 | ผู้ป่วยรายที่ 2 |
|---|---|---|
| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 | มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน | มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน |
| ข้อมูลสนับสนุน | - เป็นเบาหวานมา 12 ปี<br>- คิดว่าการควบคุมอาหารไม่จำเป็น<br>- ปรุงอาหารด้วยผงชูรส เติมน้ำปลา ชอบของหวาน มัน เค็ม<br>- การออกกำลังกายไม่จำเป็น<br>- รับประทานยาชุดเมื่อมีอาการปวดเข่า<br>- แรกรับ DTX 296mg%, HbA1C 10.6% | - เป็นเบาหวานมา 18 ปี<br>- ชอบอาหารที่มีรสหวาน รสเค็มปรุงอาหาร ด้วยผงชูรส เติมน้ำปลา ซอส น้ำตาล รับประทานข้าวเหนียว<br>-การออกกำลังกายคือการทำงาน<br>- รับประทานยาชุดเมื่อมีอาการปวดขา<br>- แรกรับ DTX 283 mg%, HbA1C 9.4 % |
| วัตถุประสงค์ | - เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำตาลสะสมเฉลี่ยในเลือดลดลง<br>- เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการดูแลตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทานยา โรคเบาหวาน | - เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำตาลสะสมเฉลี่ยในเลือดลดลง<br>- เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการดูแลตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทานยาโรคเบาหวาน |
| เกณฑ์การประเมินผล | - มีพฤติกรรมด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเหมาะสมกับโรคเบาหวาน<br>- ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุม ปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดตามเป้าหมายการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานได้<br>- ไม่พบอาการผิดปกติจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึม อ่อนเพลีย ผิวแห้ง กระหายน้ำ อาเจียน ปวดท้อง ปวดเมื่อย ตามร่างกาย ชีพจรเต้นเร็ว | - มีพฤติกรรมด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเหมาะสมกับโรคเบาหวาน<br>- ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่หลอด<br>เลือดตามเป้าหมายการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานได้<br>- ไม่พบอาการผิดปกติจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึม อ่อนเพลีย ผิวแห้ง กระหายน้ำอาเจียน ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ชีพจรเต้นเร็ว |
| กิจกรรมการพยาบาล | 1. ให้ความรู้ที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยจัดโปรแกรมเรื่องโรคเบาหวาน และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เสริมสร้างแรงจูงใจเพิ่มในการดูแลสุขภาพรายบุคคล โดยเพิ่มระดับความสามารถ ทักษะการดูแลตนเองการออกกำลังกาย การจัดการกับอาหาร การจัดการกับความเครียด<br>2. แนะนำอาหารที่มีสัดส่วนเหมาะสมรับประทานอาหารเป็นเวลา งดดื่มน้ำหวานอาหารรสหวาน มัน แนะนำวิธีการอ่านฉลากโภชนาการ | 1. ให้ความรู้ที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยจัดโปรแกรมในเรื่องโรคเบาหวาน และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เสริมสร้างแรงจูงใจเพิ่มในการดูแลสุขภาพรายบุคคล โดยเพิ่มระดับความสามารถ ทักษะในการดูแลตนเองการออกกำลังกาย การจัดการกับอาหาร และความเครียด<br>2. แนะนำอาหารที่มีสัดส่วนเหมาะสมรับประทานอาหารเป็นเวลา งดดื่มน้ำหวานอาหารรสหวาน มัน เค็ม แนะนำวิธีการอ่านฉลากโภชนาการ<br>3. จัดรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้การรักษาที่เหมาะสมกับความเสี่ยงรายบุคคล |

**ตารางที่ 1** ผลการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

| รายการ | ผู้ป่วยรายที 1 | ผู้ป่วยรายที่ 2 |
|---|---|---|
| | 3. จัดรูปแบบการดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้การรักษาที่เหมาะสมกับความเสี่ยงรายบุคคล<br>4. แนะนำการออกกำลังกาย<br>5. แนะนำการใช้ยาตามแผนการรักษา และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด<br>6. ให้หลีกเลี่ยงการใช้ยาชุดแก้ปวดยา และสมุนไพรเพราะทำให้ไตเสื่อมมากขึ้น<br>7. แนะนำการสังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง<br>8. การมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการ | 4. แนะนำการออกกำลังกาย<br>5. แนะนำการใช้ยาตามแผนการรักษา และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด<br>6. ให้หลีกเลี่ยงการใช้ยาชุดแก้อาการปวด<br>7. แนะนำการสังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง<br>8. การมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการ |
| การประเมินทางการพยาบาล | - ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเหมาะสมกับ โรคเบาหวาน<br>- ควบคุมปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนได้ ตามเป้าหมาย ได้แก่ Triglyceride (196 mg/dl), Cholesterol (192 mg/dl), LDL (136mg/dl), BP (128/88 mmHg) BMI (25.53กก./ม2) (รอบเอว 90 ซม) HbA1C 9.5 DTX มาตามนัดครั้งที่ 4 = 182 mg %<br>- ออกกำลังกายตามคำแนะนำ<br>- ไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึม อ่อนเพลีย ผิวแห้ง กระหายน้ำ อาเจียน ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ชีพจรเร็ว | - ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเหมาะสมกับโรคเบาหวาน<br>- ควบคุมปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนได้ ตามเป้าหมาย ได้แก่ Triglyceride (188 mg/dl), Cholesterol (185mg/dl) LDL (147mg/dl), HbA1C 7.2 BP (126/85mmHg), BMI (22.59 กก. /ม2) รอบเอว (76 ซม.) ไม่สูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยง การรับควันบุหรี่<br>- ออกกำลังกายตามคำแนะนำ<br>- DTX นัดครั้งที่ 4 = 118 mg%<br>- ไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึม อ่อนเพลีย ผิวแห้ง กระหายน้ำอาเจียน ปวดท้อง ชีพจรเร็ว |
| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 | มีความดันโลหิตสูงและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง | มีความดันโลหิตสูงและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง |
| ข้อมูลสนับสนุน | - แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง<br>- แรกรับไว้ในความดูแลความดันโลหิต 156/93 mmHg, Cholesterol 226 mg/dl<br>- ชอบอาหารทอดมัน และเค็ม<br>- ไม่ออกกำลังกาย | - แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง<br>- แรกรับไว้ในความดูแลความดันโลหิต 148/95 mmHg ,Cholesterol (192mg/dl )<br>- ชอบอาหารทอดมัน และเค็ม<br>- ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ |
| วัตถุประสงค์ | - เพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สามารถลดความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติไม่เกิน 130/90 mmHg<br>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน | - เพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สามารถลดความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติไม่เกิน 130/90 mmHg<br>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน |
| เกณฑ์การประเมินผล | - ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา- ความดันโลหิต ค่า BMI และเส้นรอบเอว ไม่เพิ่มมากกว่าเดิม | - ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายการรับประทานยา<br>- ความดันโลหิต ค่า BMI และเส้นรอบเอว ไม่เพิ่มมากกว่าเดิม |

**ตารางที่ 1** ผลการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

| รายการ | ผู้ป่วยรายที 1 | ผู้ป่วยรายที่ 2 |
|---|---|---|
| กิจกรรมการพยาบาล | - ให้ความรู้สาเหตุความดันโลหิตสูง สาเหตุหลักเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมเกณฑ์มาตรฐานของน้ำหนักตัว และเส้นรอบเอว อันตรายของโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ<br>- แนะนำการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว เพื่อประเมินค่า BMI<br>- ให้คำแนะนำการใช้ยาเหมาะสม Doxazosin (2) 1x1 pc Manidipine (20) 1x1 pc Hydralazine Hcl (25) 2x4 pc,hs ตามแผนการรักษาและการเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากยา<br>- เสริมสร้างแรงจูงใจเมื่อผู้ป่วยเมื่อปฏิบัติตัวได้เหมาะสม | - ให้ความรู้สาเหตุความดันโลหิตสูง สาเหตุหลักเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมเกณฑ์มาตรฐานของน้ำหนักตัวและเส้นรอบเอว อันตรายของโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ<br>- แนะนำการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว เพื่อประเมินค่า BMI<br>- ให้คำแนะนำการใช้ยาเหมาะสม Amlodipine (10) 1x1 pc hydralazine Hcl (25) 1x3 pc ตามแผนการรักษาการเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากการใช้ยา<br>- เสริมสร้างแรงจูงใจเมื่อผู้ป่วยเมื่อปฏิบัติตัวได้เหมาะสม |
| ประเมินผลทางการพยาบาล | - ผู้ป่วยรับประทานอาหารตรงเวลา งดของ หวาน อาหารทอด ไขมันและลดการปรุงอาหาร ด้วยผงชูรส น้ำปลา ออกำลังกาย ทุกวัน ๆ รับประทานยาตามแผนการรักษาBP (128/88 mmHg) ค่า BMI (25.53) รอบเอว ( 90 ซม ) ลดลงทั้ง 3 ค่า | - ผู้ป่วยรับประทานอาหารตรงเวลาไม่รับประทานของทอด และงดการปรุงอาหารด้วยผงชูรส ออกำลังกายทุกวัน รับประทาน ยาตามแผนการรักษา BP(126/85 mmHg) ค่า BMI (22.59) รอบเอว (76 ซม) ลดลงทั้ง 3 ค่า |
| ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 | เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเนื่องจากมีภาวะซีด | |
| ข้อมูลสนับสนุน | -ไตวายเรื้องรังระยะที่ 4 GFR 26.80 ml/ min/1.73m<br>- HCT 26.vol% Hb7.8g/dl<br>- แพทย์ให้การรักษา FBC 1x3 pc | |
| วัตถุประสงค์ | - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะซีด | |
| เกณฑ์การประเมินผล | - ไม่เกิดอันตรายจากภาวะซีด ได้แก่ เป็นลม หน้ามืด เวียนศีรษะ เกิดอุบัติเหตุขณะทำกิจวัตรประจำวัน | |
| กิจกรรมการพยาบาล | 1. ประเมินภาวะซีดจากซักประวัติ การตรวจร่างกาย และ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ<br>2. ค้นหาสาเหตุอื่นๆ เช่น ประวัติการถ่ายดำ เพื่อประเมินภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร<br>3.ให้ความรู้เรื่องอาหารที่เป็นต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง<br>4. แนะนำการรับประทาน FBC 1x3 pc<br>5. การป้องกันอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้มถ้ามีอาการวิงเวียนศีรษะ เหนื่อยเพลีย ให้รีบหยุดกิจกรรม และควรพักผ่อน | |
| ประเมินผลการพยาบาล | - ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะซีด ได้แก่ เป็นลม หน้ามืด เวียนศีรษะ หรือเกิดอุบัติเหตุขณะทำกิจวัตรประจำวัน<br>-Hb 8.2g/dl, Hct 28 vol%, | |
| ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 | - เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากการทำงานของไตลดลง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไม่เหมาะสม | - เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากการทำงานของไตลดลง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไม่เหมาะสม |

**ตารางที่ 1** ผลการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

| รายการ | ผู้ป่วยรายที 1 | ผู้ป่วยรายที่ 2 |
|---|---|---|
| ข้อมูลสนับสนุน | - การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตไม่ เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ รับประทาน ยาชุดแก้ปวดปวดเมื่อยตามร่างกาย ขาบวมกดบุ๋มทั้ง 2 ข้างไตเรื้อรังระยะที่ 4 (eGFR 26.80) min/1.73m Creatinine 2.84 mg/dl | การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตไม่ เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ รับประทาน ยาชุดแก้ปวดปวดเมื่อยตามร่างกาย ไตเรื้อรังระยะที่ 3 (eGFR 48.60) min/1.73m Creatinine 2.65 mg/dl |
| วัตถุประสงค์ | - เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากไตเสื่อม | - เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากไตเสื่อม |
| เกณฑ์การประเมินผล | - ผู้ป่วยมีความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเหมาะสมด้านอาหาร การออกกำลังกายการใช้ยา<br>- สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต < 130/90 mmHg<br>- อัตราการกรองของไต ระดับ Creatinine และ | - ผู้ป่วยมีความรู้ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเหมาะสมด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา<br>- สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต <130/90 mmHg<br>- อัตราการกรองของไต ระดับ Creatinine และระดับไขมัน LDL cholesterol ดีขึ้น |
| เกณฑ์การประเมินผล (ต่อ) | ระดับไขมัน LDL cholesterol ดีขึ้น<br>- ไม่มีภาวะน้ำเกิน ได้แก่ แขนขาบวมกดบุ๋มน้ำหนักตัวขึ้นไม่เกิน 1 กิโลกรัม ไม่มีอาการหอบเหนื่อย | - ไม่มีภาวะน้ำเกิน ได้แก่ แขนขาบวมกดบุ๋ม น้ำหนักตัวขึ้นไม่เกิน 1 กิโลกรัม ไม่มีอาการหอบเหนื่อย |
| กิจกรรมการพยาบาล | 1. ให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหารเพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของไต เช่น การจำกัดโปรตีน การเลือกไขมันอิ่มตัว การจำกัด โซเดียม การดื่มน้ำ<br>2. ให้คำแนะนำการออกกำลังกาย เหมาะสมกับสภาพร่างกาย<br>3. แนะนำการรับประทานยาที่ควบคุมระดับไขมัน simvastatin (20) 1x1 hs<br>4. หลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวด ลดการอักเสบ ใช้ยาสมุนไพรอย่างระมัดระวังเพราะอาจมีผลทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น | 1. ให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหารเพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของไต เช่น การจำกัดโปรตีน การเลือกไขมันอิ่มตัว การจำกัดโซเดียม การดื่ม<br>2. ให้คำแนะนำการออกการลังกาย เหมาะสมกับสภาพร่างกาย<br>3. แนะนำการรับประทานยาที่ควบคุมระดับไขมัน simvastatin (20) 1x1 hs<br>4. หลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวด ลดการอักเสบใช้ยาสมุนไพรอย่างระมัดระวังเพราะอาจมีผลทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น |
| ประเมินผลการพยาบาล | - ผู้ป่วยรับประทานตรงเวลา รับประทาน ข้าวสวย งดของหวาน ลดการปรุงอาหาร ด้วยผงชูรส น้ำปลา ซีอิ้วในอาหาร ลดการรับประทานอาหารทอด ออกกำลังกายทุกวัน รับประทานยาตามแผนการรักษา และไม่รับประทานยาชุดแก้ปวด สมุนไพร<br>- สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 128/88 mmhg<br>- อัตราการกรองของไตอยู่ระดับ 4 (eGFR = 26.42) min/1.73m Cr (2.78 dl) cholesterol (187 mg/dl)<br>- ไม่มีภาวะน้ำเกิน ได้แก่ แขนขาบวมกดบุ๋ม ไม่มีอาการหอบเหนื่อย น้ำหนักตัว (67kg) ค่า BMI (25.53) และรอบเอว 90 เซนติเมตร น้ำหนักตัว BMI ลดลง รอบเอวเท่าเดิม | - ผู้ป่วยรับประทานอาหารตรงเวลา ไม่รับประทานข้าวเหนียวในมื้อเย็น รับประทานข้าวสวย/ข้าวกล้อง งดของหวาน ลดการปรุงอาหารด้วยผงชูรส ไม่เติม น้ำปลา ซีอิ้วในอาหาร ออกกำลังกายทุกวัน รับประทานยาตามแผนการรักษาและไม่รับรับประทานยาชุดแก้ปวด<br>- สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 126/85 mhg<br>- อัตราการกรองของไตอยู่ระดับ 3 (eGFR = 49.20) Cr (2.48 mg/dl)Cholesterol (194 mg/dl)<br>- แขนขาบวมลดลง กดไม่บุ๋ม ไม่มีอาการหอบ เหนื่อย น้ำหนักตัว (63 kg) และค่า BMI (22.59) รอบเอว 76 เซนติเมตร ลดลงทั้ง 3 ค่า |
| ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 | ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดเข่า 2 ข้าง | ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดขา |

**ตารางที่ 1** ผลการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

| รายการ | ผู้ป่วยรายที่ 1 | ผู้ป่วยรายที่ 2 |
|---|---|---|
| ข้อมูลสนับสนุน | - ภาวะโรคอ้วนระดับ 2 ค่า BMI 25.53<br>- ปวดเข่าขวา และดื่มยาดองเป็นบางครั้ง<br>- ซื้อยาชุดแก้ปวดและดื่มสมุนไพรยาดองเป็น บางครั้ง ประมานเดือนละ 3-4 ครั้ง<br>- ไม่สุขสบายสีหน้าไม่สดชื่น ปวดเข่า Pain score = 3 | - ภาวะโรคอ้วนระดับ 1 ค่า BMI 23.67<br>- ปวดขารับประทานยาชุดแก้ปวดเดือนละ 2–3 ครั้ง<br>- ผู้ป่วยบอกว่าปวดขา pain score 3<br>- สังเกตท่าทางการเดินลำบาก สีหน้าไม่สดชื่น |
| เกณฑ์การประเมินผล | - ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น อาการปวดเข่าลดลง Pain score < 3 คะแนน<br>- ไม่รับประทานยาชุดแก้ปวดหรือรับประทาน ยาชุดแก้ปวดน้อยลง | - ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น อาการปวดขาลดลง Pain score <3 คะแนน<br>- ไม่รับประทานยาชุดแก้ปวดหรือรับประทาน ยาชุดแก้ปวดน้อยลง |
| กิจกรรมการพยาบาล | - แนะนำการการควบคุมอาหารลดน้ำหนักตัวเพื่อบรรเทาอาการปวด<br>- แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและการบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่า<br>- แนะนำการใช้ยาแก้ปวด ไม่ใช้ยาชุดแก้ปวด เพราะที่มีผลต่อการทำงานของไต<br>- แนะนำการเคลื่อนไหวที่ปลอดภัย ปรับสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน | - แนะนำการควบคุมอาหารลดน้ำหนักตัว บรรเทาอาการปวด<br>- แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับ สภาพร่างกายและการบริหารกล้ามเนื้อ<br>- แนะนำการใช้ยาแก้ปวด ไม่ใช้ยาชุดแก้ปวด เพราะมีผลต่อการทำงานของไต<br>- แนะนำการเคลื่อนไหวที่ปลอดภัยปรับสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน |
| ประเมินผลทางการพยาบาล | - ผู้ป่วยมีอาการสุขสบายขึ้น อาการปวดของเข่าลดลง Pain score 1-2 คะแนน<br>- รับประทานยาชุดแก้ปวดลดลงเดือนละ2ครั้ง | - ผู้ป่วยมีอาการสุขสบายขึ้น อาการปวดของขาลดลง Pain score 2 คะแนน<br>-รับประทานยาชุดแก้ปวดลดเดือนละ 1 ครั้ง |
| ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 | - มีความวิตกกังวลเกี่ยวปวดเข่า การฉีดยาและเศรษฐกิจค่าใช้จ่ายในครอบครัว | - มีความวิตกกังวลเรื่อง การฉีดยา และปัญหาเศรษฐกิจ |
| ข้อมูลสนับสนุน | - สอบถามวิธีการฉีดยา เตรียมยาไม่ถูกวิธี<br>- เครียดกังวลเรื่อง อาการปวดเข่า 2 ข้าง และค่าใช้จ่ายในครอบครัว ค่าเล่าเรียนหลาน<br>- ผลการประเมินโดยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Qพบ 1 ข้อ รู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่ เพลิดเพลิน คำถาม (9Q) พบว่า ข้อ 2 หลับยากหรือหลับๆตื่นๆ หรือนอนมากไป เป็น บางวัน เนื่องจากวิตกกังวลเกี่ยวกับเศรษฐกิจ | -สอบถามวิธีฉีด เตรียมยาฉีดไม่ถูกวิธี<br>- มีกังวลกับอาการปวดขาทำให้ทำงานไม่ได้บางวัน<br>- เครียดเรื่องค่าใช่จ่ายในครอบครัว<br>- สอบถามวิธีการฉีดยา เตรียมยาไม่ถูกวิธี<br>- ประเมินด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q พบ 1ข้อรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน 9Q พบ 1 ข้อ รู้สึกเบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร |
| วัตถุประสงค์ | - เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล | - เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล |
| เกณฑ์การประเมินผล | - ผู้ป่วยมีวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดความวิตกกังวลประเมินโดยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม(2Q) และ 9 คำถาม (9Q) ไม่พบ ความผิดปกติ<br>- สีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล | - ผู้ป่วยมีวิธีการปฏิบัติตัว เพื่อลดความวิตกกังวล<br>- ประเมินโดยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 ถาม (2Q) และ 9 คำถาม (9Q) ไม่พบความผิดปกติ<br>- สีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล |
| กิจกรรมการพยาบาล | -ให้คำแนะนำการเตรียมยาฉีดที่ถูกต้องพร้อมทั้งสาธิต<br>-ให้คำปรึกษาและคำแนะนำแนวทางที่ ช่วยเหลือเรื่องเศรษฐกิจครอบครัวแหล่งช่องทางในการศึกษา<br>- แนะนำการออกกำลังกาย และควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนักตัวที่มากจากภาวะอ้วน<br>- ชมเชยและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติอย่างเหมาะสมต่อเนื่อง<br>- ให้คำแนะนำวิธีจัดการความวิตกกังวล | - ให้คำแนะนำการเตรียมยาฉีดที่ถูกต้อง พร้อมทั้งสาธิต<br>- แนะนำการออกกำลังกาย และควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนักตัวที่มาก<br>- ให้คำแนะนำแนวช่องทางแก้ไขเรื่องเศรษฐกิจครอบครัว<br>- ชมเชยและให้กำลังใจในการปฏิบัติเหมาะสม อย่างต่อเนื่อง<br>- ให้คำแนะนำวิธีจัดการความวิตกกังวล |

**ตารางที่ 1** ผลการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

| รายการ | ผู้ป่วยรายที 1 | ผู้ป่วยรายที่ 2 |
|---|---|---|
| ประเมินผลการพยาบาล | - ผู้ป่วยมีวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดความวิตกกังวล เช่น ฟังวิทยุ พูดคุยกับเพื่อนบ้านไหว้พระสวดมนต์ ทำสมาธิ นอนหลับได้ดีขึ้น<br>- ประเมินโดยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และ 9 คำถาม (9Q) ไม่พบ<br>- สีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล | - ผู้ป่วยมีวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดความวิตก กังวล เช่น พูดคุยกับเพื่อนบ้าน ทำงานบ้าน ฟังวิทยุ ไหว้พระ สวดมนต์ ทำสมาธิ นอนหลับพักผ่อนได้<br>- ประเมินโดยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) พบว่า เบื่อเป็นบางวันและ 9 คำถาม (9Q) ไม่พบ สีหน้าสดชื่นหลับ นอนหลับพักผ่อนได้ |

**สรุปและอภิปรายผล**

กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีโรคร่วมเหมือนกัน ไตวายเรื้อรัง และความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาเบาหวานด้วยยาฉีดเหมือนกันแตกต่างที่ขนาดที่ได้รับ กรณีศึกษารายที่ **1** เป็นเบาหวาน 12 ปี กรณีศึกษา 2 เป็นเบาหวาน 18 ปี จากกรณีศึกษาพบว่าความแตกต่างระยะเวลาที่เป็นเบาหวานต่างกัน 6 ปี แต่ความรุนแรงและการดำเนินของโรคกับพบความรุนแรงที่มากกว่า ในกรณีศึกษารายที่ 1 ซึ่งแสดงให้เห็นได้ว่าแม้ระยะเวลาที่เป็นน้อยแต่ความรุนแรงภาวะแทรกซ้อนความรุนแรงมากกว่า จากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมก็จะส่งผลกระทบมากกว่า ดังนั้นระยะเวลาไม่ใช่ตัวแปรของความรุนแรงของการดำเนินโรค[6] จากการศึกษาพบว่าความรุนแรงของการดำเนินของโรคขึ้นอยู่กับปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพเป็นสำคัญ กรณีศึกษาราย ที่ 1 พบว่ามีภาวะซีด ปวดเข่า 2 ข้าง มีภาวะไตวายเรื่อรังในระยะที่ 4 โรคความดันโลหิตสูง และยังพบว่าไม่มาพบแพทย์ตามนัด 2 ครั้ง ซึ่งกรณีศึกษาจากพฤติกรรมสุขภาพจากการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ซึ่งทั้งกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวเรื่องโรคเบาหวาน แต่พบว่าไม่ควบคุมอาหารรับประทานอาหาร รสหวาน เค็ม มัน ปรุงรสอาหารเพิ่มโดยใช้ น้ำปลา ผงชูรส กรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะอ้วนน้ำหนักเกินระดับ 2 ในกรณีศึกษารายที่ **2** มีภาวะน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ การออกกำลังกายพบว่ากรณีศึกษารายที่ 1 ไม่ได้ออกกำลังกาย กรณีศึกษารายที่ 2 ออกกำลังกายบ้างไม่สม่ำเสมอ กรณีศึกษาทั้งรายที่ 1 และกรณีศึกษา 2 มีการใช้ยาชุด ยาสมุนไพรใช้บรรเทาอาการปวด ด้านอารมณ์และจิตใจพบว่ามีภาวะเครียดวิตกกังวลเหมือนกันด้านเศรษฐกิจ และอาการปวด ไม่พบอาการบวมตามร่างกาย ทั้ง 2 กรณีศึกษา ผลจากให้การพยาบาลผู้ป่วยแม้จะไม่ผ่านตามเกณฑ์แต่มีการลดลงอย่างมีนัยยะที่ดีขึ้น สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมสุขภาพ ประสานส่งข้อมูลภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ในการติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง[2,3,4]

**ข้อเสนอแนะ**

1. พัฒนาในระบบการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้เพื่อเข้าโปรแกรมการการดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

2. พัฒนาบุคคลากรมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้กระบวนการพยาบาล การเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลเพราะเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังต้องให้การดูแลต่อเนื่องสิ่งที่สำคัญคือผู้ป่วยดูแลตนเองได้ โดยพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

3. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องให้ครอบคลุม มีความเชื่อมโยงในชุมชนภาคีเครือข่ายสุขภาพมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพในการเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค

## เอกสารอ้างอิง

1. กัลยากร ลักษณะเลขา, สมสมัย รัตนกรีฑากุล และ สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. (2560). ผลการชี้แนะต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมและระดับน้ำตาลตาลในเลือดของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
2. เฉล่าศรี เสงี่ยม. หลักการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคบาหวาน ใน: สำรัช สุนทรโยธิน, ปฏิณัฐ บูรณะ ทรัพย์ขจร, บรรณาธิการ. Diabetes Mellitus ตำรับโรคเบาหวาน พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555. หน้า 60-66.
3. ญาณิสรา ปินตานา. (2560). ผลโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร
4. วสันต์ พนธารา. ผลการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลตากฟ้า. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 2563; 17(2): หน้า 43-51.
5. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2566) แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานครศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
6. ประกาย จิโรจน์กุล. แนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: ธนาเพรส; 2556.
7. วนิดา ศรีริภาพ. พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารศาสตร์สุขภาพ และการศึกษา. (2564) 24; 1(2) หน้า 57-68
8. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 Clinical practice guideline for Diabetes 2023. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์จำกัด; 2566.
9. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562) แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป กรุงเทพมหานคร : ทริคธิงค์ สำนักพิมพ์.
10. สุรีพร คนละเอียด. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย

# การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

# Development of Prevention Model for Stroke in High Risk Groups, Mueang Mahasarakham District, Mahasarakham Province.

(Received: April 9,2024 ; Revised: April 11,2024 ; Accepted: April 12,2024)

**เพราพนิต สอนสิทธิ์[1], จตุพร เหลืองอุบล[2] และ สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์[3]**
**Prowpanit Sonsit [1] Jatuporn Luangumol [2] and Surasak Thiabrithi[3]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม โดยมีกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 48 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มเสี่ยงสูง จำนวน 28 คน 2) กลุ่มพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงสูง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เจ้าหน้าที่กู้ชีพ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 20 คน ซึ่งคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายด้วยวิธีแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ข้อมูลด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลด้านการรับรู้แบบแผนความเชื่อ และข้อมูลด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test ในการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลัง

ผลการวิจัยพบว่า ได้รูปแบบการดำเนินงาน 4 แผนกิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง 2) การใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4) การติดตามเยี่ยมบ้าน หลังจากนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ พบว่าภายหลังดำเนินการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า ก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

**คำสำคัญ** : การพัฒนารูปแบบ, การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, กลุ่มเสี่ยงสูง

**ABSTRACT**

This action research aims to develop a model of stroke prevention for people at risk in Mueang District, Mahasarakham Province. The 48 target groups with purposive selected were divided into two groups, such as 28 people at risk of stroke and 20 model developers, including caregivers for stroke risk groups, community leaders, health village volunteers, emergency medical technicians, public health technical officers, professional nurses, and the director of a sub-district health promotion hospital. The data was collected by using a questionnaire and an interview questionnaire that related to stroke knowledge, perceptions of health beliefs, and preventive stroke practices. The data analysis for qualitative data using content analysis and for quantitative data using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test was applied to compare the average score of preventive stroke behavior before and after the model implementation.

The results showed that a model of stroke prevention consists of four activities, including 1) the education of stroke knowledge, 2) applying a health belief model, 3) behavioral changing, and 4) home visits. After model

[1] นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม Corresponding author Email: nadear_255@hotmail.com
[2] ปร.ด. ผู้ช่วยศาสาตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
[3] ส.ด. อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

implementation, we found that the stroke risk groups had an average score of perceptions of health beliefs significantly higher than before implementation ($p<0.05$).

**Keywords:** model development, stroke prevention, high risk group.

**บทนำ**

ในสถานการณ์ปัจจุบัน โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก มีประชาชนที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร[1] นอกจากนี้ ยังได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลกปี 2562 พบว่าทุกๆ 4 คน จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 80 ล้านคน[2] สำหรับประเทศไทย รายงานจากฐานข้อมูลหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ปี 2560 - 2563 เท่ากับ 278.49, 303.2, 318.89 และ 328.00 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดโรคในสังคมไทย ทำให้ในแต่ละปีรัฐบาลสูญเสียงบประมาณไม่น้อยในการจัดการแก้ไขปัญหา ซึ่งการดำเนินป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญปัญหาโรคเรื้อรัง ที่สามารถป้องกันได้โดยการรณรงค์ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากโรคเรื้อรังที่มีปัจจัยเสี่ยง ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาการเฝ้าระวังและการจัดการโรคเป็น หนึ่งในห้าของ 5 ยุทธศาสตร์หลักของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2554 - 2563) มุ่งพัฒนาเพื่อสร้างสุขภาพที่ดีของคนไทยด้วยการพัฒนาของทุกภาคส่วนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม[3,4] ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดจากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ถึงร้อยละ 80 โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงจากโรคที่เป็นอยู่ และส่วนใหญ่เกิดในกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ภาวะไขมันในเลือดสูง ถ้าหากมีการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง กระตุ้นให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ในการตัดสินใจ เข้ารับการดูแลด้านสุขภาพในโรงพยาบาล ได้อย่างทันท่วงที จะสามารถช่วยลดอุบัติการณ์ เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 50 ของการเกิดโรค[4] จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบรายงานการศึกษาที่ให้ผลสอดคล้องว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล เช่น การศึกษาของ สุพร หุตากร[5] ,จรินทร ดวงแสง[6] และศศิธรณ์ นนทะโมลี [7] ภายหลังเข้าร่วมโครงการเพื่อให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้น และครอบครัวผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น และจากการทบทวนวรรณกรรมของ Becker[8] การนำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม[9] การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ส่งผลให้กลุ่มดังกล่าวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เหมาะสม และมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเส้นเลือดสูง และโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องคัดกรองตามเกณฑ์ โดยได้มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงตามแบบบันทึกภายใต้โครงการรณรงค์

ป้องกัน อัมพฤกษ์ อัมพาต กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขโดยแบ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง และกลุ่มเสี่ยงสูงมาก[4] ผู้วิจัยเชื่อว่าปัญหานี้จะแก้ไขได้ โดยการร่วมมือกันของชุมชนทุกภาคส่วนโดยร่วมกันวางแผนคิดแนวทางแก้ไขการลงมือปฏิบัติ มีการสะท้อนคิด และร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และปรับปรุงจนเกิดผลการดำเนินงานที่พอใจในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ร่วมกันของทุกภาคส่วน ซึ่งวิธีการวิจัยที่ตอบความเชื่อดังกล่าว คือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้เห็นผลชัดได้มีการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงแบ่งแนวคิดที่มีผลต่อบุคคลในการรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรงของโรค ทั้งในกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จากความสำคัญข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคในชุมชน ซึ่งถ้าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่กู้ชีพ และแกนนำ มีแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เกิดความตระหนักมากขึ้น ก็จะทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน สามารถช่วยชะลอความเสี่ยงของการเกิดความพิการ ลดการเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตได้ และมีแนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพต่อไป ดังนั้น ผู้วิจัยได้เล็งเห็นและตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ในการเพื่อลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง พื้นที่ตำบลเกิ้ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ และบริบทการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง

**วิธีดำเนินการศึกษา**

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)[6]

**ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย**

**กลุ่มเป้าหมายกลุ่มที่ 1** คือ กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาบริบทสถานการณ์ จำนวน 28 คน ประกอบด้วย กลุ่มเสี่ยงสูง ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (CVD Risk) อายุ 35 – 60 ปี เพศชายและหญิง โดยมีค่า Risk score ในระดับ 3 - 5 เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลเกิ้ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

**เกณฑ์การคัดเข้า** (1) มีอายุ 35-60 ปี (2) มีความสามารถในการสื่อสารทั้งการพูดและเขียนได้อย่างเข้าใจ (3) เป็นผู้ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (CVD Risk) (4) ยินยอนเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ

**เกณฑ์การคัดออก** (1) มีคุณลักษณะบางประการที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัย เช่น ไม่สะดวกใจให้ข้อมูล ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอด

โครงการวิจัย (2) ย้ายออกนอกพื้นที่ เจ็บป่วยต้องนอนพักในโรงพยาบาลหรือเสียชีวิต (3) ยกเลิกการสมัครใจหรืองดการให้ข้อมูล (4) มีอาการทางจิตจำเป็นต้องส่งต่อ

**กลุ่มเป้าหมายกลุ่มที่ 2 กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน และกระบวนการพัฒนารูปแบบ** คัดเลือกตัวแทนจากภาคส่วนต่าง ๆ และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง จำนวน 20 คน คัดเลือกมาด้วยวิธี จำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย ผู้ดูแล 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 8 คน ผู้ใหญ่บ้าน 2 คน เจ้าหน้าที่กู้ชีพประจำตำบล 5 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน

**เกณฑ์การคัดเข้า**1) มีอายุ 35 – 60 ปี 2) มีความสามารถในการสื่อสารทั้งการพูดและเขียนได้อย่างเข้าใจ 3) กลุ่มเป้าหมายกลุ่มที่ 2 ต้องปฏิบัติงานในพื้นที่มากกว่า 1 ปี 4) สามารถเป็นตัวแทนของชุมชนในการให้ข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา และเสนอแนวทางแก้ไขได้ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

**เกณฑ์การคัดออก** 1) มีคุณลักษณะบางประการที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัย เช่น ไม่สะดวกใจให้ข้อมูล ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย 2) ย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน ลาออก เจ็บป่วย หรือเสียชีวิต 3) ยกเลิกการสมัครใจ หรืองดการให้ข้อมูล

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัย ทฤษฎีที่ เกี่ยวข้อง แล้วนำมาประยุกต์สร้างเครื่องมือให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิด การวิจัย และรูปแบบวิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) 4 ขั้นตอน (PAOR) ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม 1) แบบสอบถามสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มเป้าหมายในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ จำนวน 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทางประชากร เป็นคำถามแบบเลือกตอบ และปลายเปิดเกี่ยวกับ เพศอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่งทางสังคม จำนวน 15 ข้อ ทำการเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการครั้งเดียว การแปลผลโดยใช้การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 14 ข้อ ข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก (1 คะแนน) ตอบผิด (0 คะแนน) การแปลความหมายคะแนน ระดับความรู้ แบ่งคะแนนอิงเกณฑ์ 3 ระดับดังนี้[10]

ความรู้ระดับสูง หมายถึงให้ คะแนนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป

ความรู้ระดับปานกลาง หมายถึงให้ คะแนนร้อยละ 60.00 – 79.99

ความรู้ระดับต่ำ หมายถึงให้ คะแนนร้อยละ 59.99 ลงมา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 33 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 3) การรับรู้ประโยชน์ของโรคหลอดเลือดสมอง 4) อุปสรรคการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีลักษณะข้อคำถาม

เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ และกำหนดคะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงบวก ดังนี้ เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่แน่ใจ (1 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (0 คะแนน) และข้อคำถามเชิงลบกำหนดคะแนนในทิศทางตรงกันข้าม (Best, 1977) ตามลำดับ โดยแปลความหมายดังต่อไปนี้

ระดับความเชื่อที่ถูกต้องน้อย คะแนนต่ำกว่ากว่าร้อยละ 60 (0 - 39.59 คะแนน)

ระดับความเชื่อที่ถูกต้องปานกลาง คะแนนร้อยละ 60 – 80 (39.60 - 52.80 คะแนน)

ระดับความเชื่อที่ถูกต้องมาก คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (52.81 - 66.00 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับคือ และกำหนดคะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงบวก ดังนี้ เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่แน่ใจ (1 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (0 คะแนน) และข้อคำถามเชิงลบกำหนดคะแนนในทิศทางตรงกันข้าม[11] ตามลำดับ โดยแปลความหมายดังต่อไปนี้

ระดับการปฏิบัติที่ถูกต้องน้อย ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0 - 14.40 คะแนน)

ระดับการปฏิบัติที่ถูกต้องปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 60 – 80 (14.41 - 19.20 คะแนน)

ระดับการปฏิบัติที่ถูกต้องมาก ได้ร้อยละ 80 ขึ้นไป (19.21 - 24.00 คะแนน)

2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สำหรับผู้ดูแลของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการรับรู้อาการเตือนการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยประเด็นคำถาม ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว (15 ข้อ)

ตอนที่ 2 การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง (12 ข้อ)

3) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม สำหรับ อสม. และกลุ่มสำหรับเจ้าหน้าที่ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในตำบลเหนือเมืองมีประเด็นคำถามดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (15 ข้อ)

ตอนที่ 2 สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (10 ข้อ)

ตอนที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (10 ข้อ)

4) แบบบันทึกการสังเกต โดยแบบบันทึกข้อมูลของผู้วิจัย ที่กำหนดขึ้นเพื่อช่วยในการเตือนความจำในสิ่งที่จะทำ การบันทึกข้อมูล เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรวมทั้งประเด็นสำคัญ ที่สังเกตได้ หรือที่ได้จากการสัมภาษณ์พูดคุย และสนทนากลุ่ม รวมทั้งจดบันทึกความคิดคำถาม ที่เกิดขึ้นในระหว่างสถานการณ์นั้น ๆ หรือภายหลังการสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่ม ซึ่งอาจใช้อุปกรณ์บันทึกข้อมูล ได้แก่ กล้องถ่ายรูป และเครื่องบันทึกเสียง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในงานวิจัย ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งเป็นสูตรของโลวิเนลลี และแฮมเบลตัน[11] ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณความตรงเชิงเนื้อหาข้อคำถามแต่ละข้อมีค่า IOC เท่ากับ 1.00 หลังจากนั้นนำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขไปปรับปรุงทดลองใช้ (Try Out) กับพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงและมีลักษณะของชุมชนที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน ต่อไป

**ความเชื่อมั่น (Reliability)** ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขไปปรับปรุงทดลองใช้ (Try Out) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha

Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามอย่างน้อยที่สุดไม่ควรต่ำกว่า 0.70

**ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย**

การดำเนินการวิจัย มี 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis)

ศึกษาข้อมูลสถานการณ์ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นอยู่ในชุมชนในระยะนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูงในบริบทที่เป็นอยู่ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากทะเบียนสถิติรายงาน การเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่กู้ชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระยะเวลาการสัมภาษณ์เชิงลึกขึ้นอยู่กับการอิ่มตัวของข้อมูลที่สัมภาษณ์ และการ

ระยะที่ 2 วางแผนการปฏิบัติ (Planning)

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันวิเคราะห์ โดยการเปิดโอกาสให้ กลุ่มเสี่ยงสูง ผู้ดูแล อสม. ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่กู้ชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สร้างความเข้าใจและยอมรับร่วมกัน เช่น ร่วมวิเคราะห์และวางแผนกิจกรรมหรือแนวทางการแก้ไขปัญหา

ระยะที่ 3 การปฏิบัติตามแผน (Action) และการสังเกต (Observation) และสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เช่น การให้ความรู้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มแกนนำ และ กิจกรรมติดตามกระตุ้น และการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ระยะที่ 4 การประเมินผล (Evaluation)

ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลกระบวนการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ตามแนวทางที่กำหนดทั้งสิ่งที่ปฏิบัติได้และปฏิบัติไม่ได้ สิ่งสนับสนุนและอุปสรรคในการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยไปปฏิบัติ รวมทั้งผลลัพธ์จากการปฏิบัติตามแนวทางแก่ผู้ร่วมวิจัย โดยเปิดเวทีให้ผู้ร่วมวิจัยร่วมกันสะท้อนและประเมินผลการปฏิบัติ เพื่อหาข้อมูลปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติและกำหนดผลลัพธ์ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และนำผลการสะท้อนมาวางแผนปรับปรุงการปฏิบัติตามวงจรการวิจัยในระยะต่อไป และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยมีการประเมิน และสรุปผลในภาพรวมอีกครั้ง เพื่อแสดงให้เห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ซึ่งการประเมินผลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ (1) การประเมินกระบวนการ และ (2) การประเมินผลลัพธ์

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้**

1. การวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำเอาข้อมูลที่ต้องการศึกษาที่ สามารถวัดค่าออกมาเป็นตัวเลขหรือจำนวน โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านั้นด้วยวิธีทางสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD), และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Paired Sample T-test แล้วนำเสนอข้อมูล ที่ได้วิเคราะห์แล้ว ออกมาในลักษณะของการพรรณนาและนำเสนอข้อมูลด้วยตาราง

2. การวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์แบบสรุปผล แล้วนำเสนอข้อมูลที่ได้วิเคราะห์แล้วออกมาในลักษณะของการพรรณนาและนำเสนอข้อมูลด้วยตาราง

**จริยธรรมในการวิจัย**

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยรับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ทำการศึกษา เลขที่การ

รับรองจริยธรรม 202-131/2566 รับรองวันที่ 30 พฤษภาคม 2566

**ผลการวิจัย**

ขั้นการวางแผน (Planning) ลงพื้นที่ศึกษาบริบท ประชุมวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเกิ้ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม พบว่า สถานการณ์ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 28 ราย ที่อยู่ค่าดัชนีมวลกายเหมาะสม ร้อยละ 60.70 ส่วนขนาดรอบเอวส่วนใหญ่มีขนาดเหมาะสม ร้อยละ 67.90 และผู้ป่วยที่มีขนาดรอบเอวเกิน ร้อยละ 32.10 ประวัติญาติสายตรงป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ไม่มีป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 75.00 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีญาติตรงป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 10.70 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีญาติหญิงอายุน้อยกว่า 65 ปี ร้อยละ 7.10 และรองลงมาคือ กลุ่มญาติชายเป็นโรคอายุ น้อยกว่า 55 ปี ร้อยละ 3.60 ส่วนระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ ร้อยละ 92.90 และมีระดับความดันโลหิตควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 7.10 ส่วนผลการตรวจน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดจากหลอดเลือดฝอย พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับควบคุมได้ดี ร้อยละ 92.90 การได้รับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยเคยได้รับ ร้อยละ 100 โดยได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 57.10 รองลงมาจากอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 28.60 จากญาติและเพื่อนบ้าน ร้อยละ 7.10 ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ ได้แก่ บริบทชุมชน ข้อมูลสถานการณ์ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งกลุ่มแกนนำได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และปัญหาที่มีในเขตตำบลเกิ้ง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดในชุมชนที่มีความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษา พบว่าผู้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.70 อายุ 51–60 ปี ร้อยละ 67.90 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 50.00 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.60 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 78.60

ค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มี

เลือดสมองมีจำนวนมาก 2) มีความรู้เกี่ยวกับโรคดีแต่ไม่มีความตระหนัก เพราะไม่ได้เกิดกับตนและคนรอบข้าง 3) มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มสุรา ไม่ค่อยออกกำลังกาย บริโภคอาหารสำเร็จรูปจากตลาด

ขั้นปฏิบัติ (Action) ดำเนินงานตามตามแผนปฏิบัติการที่ได้จากการร่วมวางแผนของผู้ร่วมวิจัย การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเกิ้ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม แบ่งกิจกรรมเป็น 2 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแล โดยจัดอบรมให้ความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ 1) ปัจจัยสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2) พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมในการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียดและพฤติกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กิจกรรมที่ 2 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การปฏิบัติ ด้วยการประเมินพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ของตนเองทั้งที่ปฏิบัติได้ และไม่สามารถปฏิบัติได้ คือพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอเลือดสมอง ทบทวนพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสเค็ม การปรุงอาหาร และการเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูป อาหารหมักดอง อาหารรสหวานจัด รวมทั้งพฤติกรรมการรับประทานอาหารไขมัน

และคอเลสเตอรอลสูงและ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มแกนนำ ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการให้คำแนะนำผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง การกระตุ้นและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

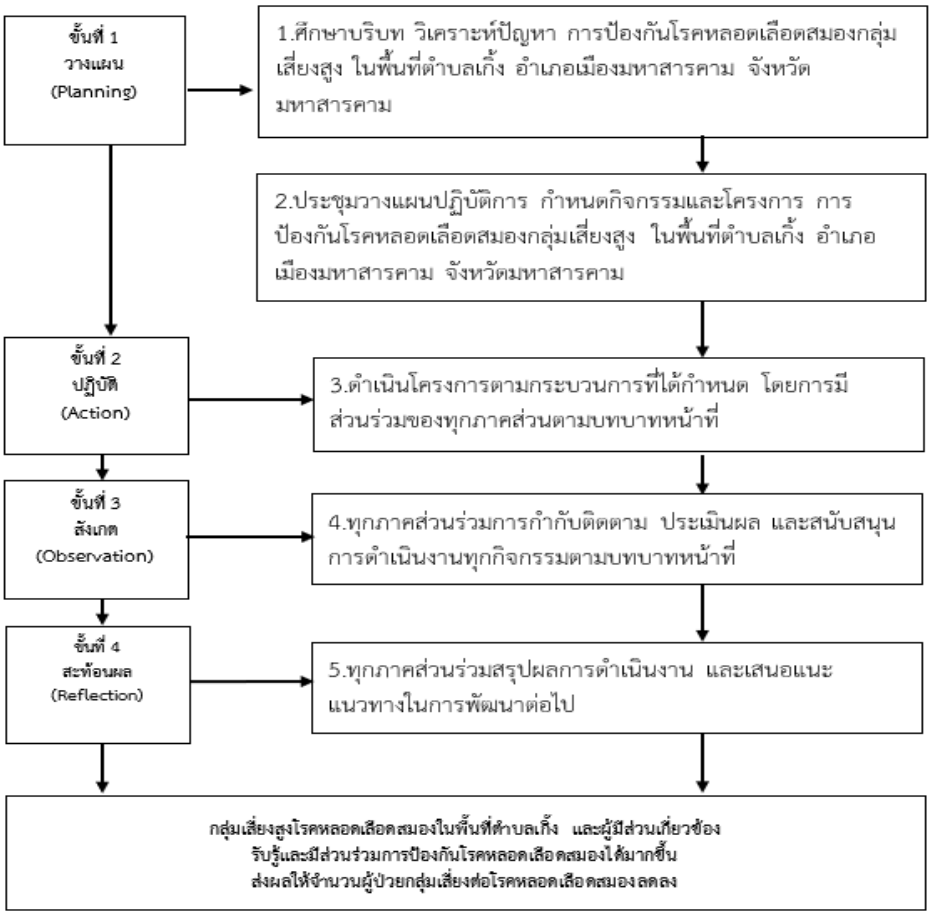
ขั้นสังเกต (Observation) การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ประเมินผลลัพธ์ หลังจากมีการให้ความรู้ผู้ร่วมวิจัยทุกท่านมีความรู้ หลังจากประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกระบวนการกลุ่มทำให้ผู้ร่วมวิจัย นำประสบการณ์ที่มีอยู่แสดงความคิดเห็นด้วยกัน แล้วนำมาวิเคราะห์ร่วมกันทำให้ได้แนวทางปฏิบัติที่ทุกคนในพื้นที่ปฏิบัติได้ ตามบริบทของตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มแกนนำได้ร่วมกันจัดกิจกรรมตามรูปแบบโดยนำไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจำนวน 28 ราย มีการประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า การพัฒนาการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การติดตามเยี่ยมบ้านโดยแกนนำในชุมชน ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ภายหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ขั้นสะท้อนผล (Reflection)** การศึกษาในขั้นตอนการสะท้อนผล และการรายงานผล หลังจากการดำเนินงานตามโครงการการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง พบว่า การพัฒนาการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การติดตามเยี่ยมบ้านโดยแกนนำในชุมชน ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ภายหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการประเมินผลลัพธ์ข้างต้น จะเห็นว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นทั้งระดับความรู้ ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และระดับการปฏิบัติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะเห็นว่าการที่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวเพิ่มมากขึ้นนั้น ต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อาจกล่าวได้ว่า การดำเนินงานได้มาซึ่งรูปแบบการพัฒนาในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ในพื้นที่ตำบลเกิ้ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม มีการประยุกต์ใช้แนวคิดสำคัญ ได้แก่ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเน้นการสนับสนุนให้ภาคีที่เข้ามามีส่วนร่วมทุกกิจกรรม ประกอบด้วย ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่กู้ชีพประจำตำบล และเจ้าหน้าสาธารณสุข ซึ่งการพัฒนาอยู่ภายใต้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยการวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผนร่วมกัน การกำหนดกิจกรรมร่วมกัน การปฏิบัติตามแผน การสะท้อนผลการปฏิบัติ การปรับแผนการปฏิบัติ และการประเมินผล หลังจากการปฏิบัติตามแผนได้มีการปรับปรุง และได้แนวทางปฏิบัติ

ที่เป็นรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีส่วนร่วม ในกลุ่มเสี่ยงสูง พื้นตำบลเกิ้ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

จากความร่วมมือและการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน จึงทำให้การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเกิ้ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม มีการดำเนินการที่ต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ สามารถสรุปรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเกิ้ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ดังภาพประกอบ 1




ภาพประกอบ 1 การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ในพื้นที่ตำบลเกิ้ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

**สรุปและอภิปรายผล**

จากการศึกษาวิจัยโดยการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการประยุกต์การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชน (Participatory Rural Appraisal: PRA) ตามแนวคิด P-A-O-R Spiral Cycle ของเคมมิส และแมคแท็คการ์ท[12] ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อภิปรายผลการศึกษาวิจัย ดังนี้

กลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ตำบลเกิ้ง จำนวน 28 ราย ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเป็นเพศหญิง

ร้อยละ 85.70 อายุ 51–60 ปี ร้อยละ 67.90 การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 75.00 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 50.00 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.60 และรายได้เฉลี่ยของครอบครัว ต่ำกว่า 5,000 บาท / เดือน / ครอบครัว ร้อยละ 78.60 ซึ่งรายได้มาจากบุตรหลานที่ไปทำงานรับจ้าง ค้าขาย ประวัติญาติสายตรงป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 10.30 ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้อาจเนื่องจากประชาชนในเขตตำบลเกิ้ง เป็นสังคมกึ่งเมือง ประกอบอาชีพนอกบ้าน ไม่ค่อยมีเวลาออกกำลังกาย มีพฤติกรรมซื้ออาหารสำเร็จรูปจากตลาด มีร้านค้าร้านอาหารหลายแห่ง มีตลาดสด ตลาดนัดทุกวันที่มีความสะดวกในการเข้าถึงของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ สาวิตรี สิงหาด [13] และ วีณา เที่ยงธรรม และคณะ[14] และ พวงเพชร จันทร์บุตร[15] ที่ศึกษาสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกับผลการศึกษาครั้งนี้

กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนในการพัฒนากิจกรรมเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ในขั้นตอนการศึกษาสถานการณ์ พบว่า ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมไม่มีความแตกต่าง แต่จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมีความรู้สูงไม่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันได้ เนื่องจากไม่มีเวลาทำงานนอกบ้าน มีตลาดหลายแห่ง มีร้านขายอาหารทั้งอาหารสด และอาหารสำเร็จรูป ผลการดำเนินกิจกรรมทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ มีการนำข้อมูลที่ได้รับไปประยุกต์ ใช้เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นไปตามแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb[9] ที่กล่าวไว้ว่า วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ผู้เรียนควรมีทักษะการเรียนรู้ ทั้ง 4 องค์ประกอบ หลังจากประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแล้ว กระบวนการกลุ่ม ทำให้บุคคลในทุกภาคส่วนต่าง ๆ ได้นำประสบการณ์ที่มีอยู่แสดงความคิดเห็นด้วยกัน แล้วนำมาวิเคราะห์ร่วมกัน ทำให้ได้แนวทางปฏิบัติที่ทุกคนในพื้นที่ปฏิบัติได้ ตามบริบทของชุมชนแต่ละบุคคล และสอดคล้องกับทักษะความสามารถ ทำให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย และกลุ่มแกนนำได้ตกลงร่วมกันว่าให้จัดกิจกรรมดังนี้ 1) การจัดประชุมวิชาการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการเมื่อพบอาการเตือนและแนวทางการแจ้งเหตุ 2) การสนทนากลุ่ม นำประสบการณ์ที่มีมาร่วมกันคิดและวางแผนร่วมกัน และ 3) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง พร้อมทั้งร่วมกันคิดและนำประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ จิราภรณ์ ชูวงศ์[16] ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภายหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สูงกว่าก่อนได้รับการเรียนรู้

ผลของการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคเกี่ยวกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยแกนนำในชุมชนได้กำหนดกิจกรรมร่วมกัน เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดคือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 78 ราย โดยกิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการเยี่ยมบ้านผลการศึกษา พบว่าภายหลังดำเนินการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่า ก่อน

การดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผลมาจากการให้ความรู้และร่วมอภิปรายกลุ่มให้ความรู้ถึงสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสียงโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูง สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคลนั้น ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ของ Becker & Maiman[17]

สอดคล้องกับการศึกษาของสุพร หุตากร[5] พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคของต้องขังทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ กชกร อ่อนอภัย[18] พบว่า การประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ โดยการให้ความรู้ และนำเสนอตัวแบบด้านลบ ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับกลุ่มเสี่ยง ทำให้ค่าคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงสูงขึ้นซึ่งมีความสัมพันธ์กับการศึกษาของบุญพิสิฐษ์ ธรรมกุล[19] พบว่า การ ใช้ทฤษฎีการตลาดเชิงสังคมร่วมกับแบบความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการให้ความรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ สัมพันธ์กับการศึกษาของ รัตนา ยอดพรหมมินทร์ และเกศแก้ว สอนดี[20] ผลของโปรแกรมสร้างพลัง โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ทำให้การรับรู้ภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและ การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้น้ำหนักตัวลดลง

สอดคลอดกับการศึกษาของวัลลยา ทองน้อย[21] ได้ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโนนพะยอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น จำนวน 74 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 37 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 37 คน ได้รับกิจกรรมโดยการบรรยายประกอบวิดิทัศน์ การสาธิตการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยการแจกเอกสารแผ่นพับ การเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทำให้ กลุ่มแกนนำเกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ในการทำกิจกรรมทำให้เกิดแนวทางการพัฒนาการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ทั้งนี้ปัจจัยแห่งความสำเร็จได้แก่ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มีความรับผิดชอบและความยืดหยุ่นในการทำงานร่วมกัน ความสามัคคีของกลุ่มและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด

**ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับงานวิจัย**

1. ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชนควรร่วมกันดำเนินโครงการและส่งเสริมกิจกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ภายหลังการดำเนินการวิจัย เช่น โครงการอาหารสุขภาพ และขยายแนวทางการให้ความรู้เพื่อสร้างสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็ง

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรจัดสรรงบประมาณ และจัดทำแผนการดำเนินงานด้านการ

ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง สมาชิกในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ในแต่ละปี เพื่อให้การดูแลครอบคลุม ต่อเนื่องและยั่งยืน

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรศึกษารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้ครอบคลุม เพื่อให้ได้รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่ยั่งยืน

2. ควรศึกษาการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. เจ้าหน้าที่กู้ชีพ ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมสนับสนุนในการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

## เอกสารอ้างอิง

1.World Stroke Organization. (2017). The state of stroke services across the globe: Report of World Stroke Organization–World Health Organization surveys. International Journal of Stroke. 2017; 16(8), https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1747.

2.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือประเมินการจัดการความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและ หลอดเลือด. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2563.

3.สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2554: Annual Report 201 1. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2554.

4.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2558. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2558.

5.สุพร หุตากร. พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ต้องขังทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์. วารสาร มฉก. วิชาการ. 2549; 22(3): 105–113.

6.จรินทร ดวงแสง. ผลของการให้ข้อมูลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นแผลเปปติคเรื้อรัง. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.

7.ศศิธรณ์ นนทะโมลี. ผลการให้ความรู้อย่างเป็นระบบตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตและพฤติกรรมในการดูแลครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปี 2551.

8.Becker, M. H. (1977). The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance: A field Experiment. Journal of Health and Social Behavior. 1977; 18(4): 348-366.

9.Kolb, D. A. (1984). Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.; 1984.

10.สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์ – สารคามเปเปอร์; 2553.

11.Best, J. W. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersy: Practice Hall, Inc; 1977.

12.Kemmis, S. & McTaggart, R.The Action Research Planer. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.

13.สาวิตรี สิงหาด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับอาการเตือน ปัจจัยเสี่ยงและการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วารสาร ประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2554; 6(3): 194-207.

14. วีณา เที่ยงธรรม, วีณา เที่ยงธรรม และสุนีย์ ละกำปั่น. การพัฒนาศักยภาพชุมชน: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.

15.พวงเพชร จันทร์บุตร. ความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ของผู้สูงอายุ ใน อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปี

2555.

16. จิราภรณ์ ชูวงศ์. ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2555; 6(2): 30-37.
17. Becker, M.H., & Miman, L.A. (1975). A new approach to explaining sick role behavior in low income population. American of Public Health. 1975; (3): 330-3.
18. กชกร อ่อนอภัย. การประยุกต์รูปแบบการส่งเสริม สุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลด ภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตำบล บ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ,บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปี 2551.
19. บุญพิสิฐษ์ ธรรมกุล. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตลาด เชิงสังคมร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูง ตำบลโนนสำราญอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปี 2554.
20. รัตนา ยอดพรหมมินทร์ และเกศแก้ว สอนดี. (2554). ผลของโปรแกรมสร้างพลัง โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. การพยาบาลสาธารณสุข. 2554; 25: 23-45.
21. วัลลยา ทองน้อย. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางด้านสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงตำบลโนนพะยอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปี 2554.

# ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

# The Effectiveness Of Health Literacy Enhancing Programs For Work Safety Among Infectious Waste Collector At Chum Phae hospital, Chum Phae District, Khon Kaen Province.

(Received: February 29,2024 ; Revised: April 16,2024 ; Accepted: April 20,2024)

**วรวุฒิ ผิวนางงาม[1] ชนะพล ศรีฤๅชา[2] นฤมล สินสุพรรณ[2] ชวลิต หงษ์ยนต์[3]**
**Worawoot Phiwnangngam[1] Chanaphol Sriruecha[2] Narumon Sinsupan[2] Chaowalit hongyon[3]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิผลโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มทดลองกลุ่มเดียว จำนวน 41 คน โดยเลือกแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน Paired Sample t-test ค่าความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิจัย พบว่า พนักงานเก็บขนขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมแพ เป็นพนักงานเพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 47.73 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.15) ระดับความรู้ก่อนทดลองส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง (20 คน ร้อยละ 48.78) อยู่ระดับต่ำถึง 19 คน (ร้อยละ46.34) หลังทดลองส่วนมากอยู่ในระดับสูง (31 คน ร้อยละ 75.61) หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนการทดลองส่วนมากอยู่ในระดับพียงพอ(26 คนร้อยละ 63.41) อยู่ในระดับเป็นปัญหาถึง 11 คน (ร้อยละ 26.63) โดยรวมค่าเฉลี่ย35.02 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.17 หลังทดลองส่วนมากอยู่ในระดับเพียงพอ (22 คน ร้อยละ 53.66) รองลงมาอยู่ในระดับเป็นเลิศ(17 คน ร้อยละ 41.46) ยังมีระดับเป็นปัญหา 2 คน (ร้อยละ4.88) โดยรวมค่าเฉลี่ย 39.56 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.59) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ได้มีการติดตามและทบทวน จากการประเมินภายหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยโดยรวม 44.44 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.16) มีความแตกต่างจากการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ความพึงพอใจหลังการทดลองโดยภาพร่วมเฉลี่ย 4.35 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.46) มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมระดับมาก

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยติดเชื้อ,ความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน,

**ABSTRACT**

This is a Quasi-Experimental Research. aimed to evaluate the Effectiveness Of Health Literacy Enhancing Programs For Work Safety Among Infectious Waste Collector At Chum Phae Hospital, Chum Phae District, Khon Kaen Province. The

[1] นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

[2] รองศาสตราจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและการจัดการสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

[3] อาจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและการจัดการสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

experimental group consisted of 41 people obtained by purposive selection. Data, collected by using a questionnaire, was analyzed by using descriptive statistics. and inferential statistics, Paired Sample t-test, At confidence value 95%

The research found that all of the experimental group was female, with mean age of 47.73 years (S.D.=7.15). Their knowledge level before the experiment was mostly at a moderate level. 20 Most of the people (48.78%) after the experiment were at a high level. 31 people (75.61%) after joining had a significantly higher mean score than before joining (P-value<0.001). Health literacy Before the experiment, the majority were at an adequate level, 26 people (63.41%), with an overall average of 35.02 points. After the experiment, most were at an adequate level, 22 people (53.66%), followed by 17 at an excellent level. People (41.46%) had an overall mean score of 39.56 (S.D.=5.59) after joining had a higher mean score than before joining. Statistically Significant (P-value<0.001) Satisfaction after the experiment, average overall satisfaction was 4.35 points (S.D.= 0.46), high level of satisfaction.

**Keywords**: health literacy, Infectious waste collector, Occupational safety

**บทนำ**

ขยะมูลฝอยเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ก่อให้เกิดปัญหากับสิ่งแวดล้อมและมีผลต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์และสัตว์ นับวันขยะมูลฝอยหรือของเสียต่างๆ จะมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นทุกปี สถานการณ์ทั่วโลกพบว่า มีการสร้างขยะมูลฝอยชุมชน ซึ่งรวมถึงขยะจากบริษัท อาคาร บ้าน สถานที่สาธารณะ และธุรกิจขนาดเล็ก ปีละเกือบ 2,000 ล้านตัน โดยข้อมูลของธนาคารโลก ชี้ว่า “จีน” เป็นประเทศที่ผลิตขยะมูลฝอยชุมชนมากที่สุดในโลก ปริมาณ 395 ล้านตันต่อปี รองลงมาคือ“สหรัฐอเมริกา” 265 ล้านตันต่อปี[1] ในประเทศไทยนั้น จากรายงานสถานการณ์การเกิดขยะมูลฝอยโดยกรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม พบว่าในระยะ10 ปีที่ผ่านมา โดยภาพรวมทั้งประเทศ มีอัตราการเกิดขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นทุกปี[2] โดยมีปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น 25.70 ล้านตัน มีขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดไม่ถูกต้อง 7.10 ล้านตัน และมีขยะมูลฝอยตกค้าง 9.91 ล้านตัน ในจังหวัดขอนแก่น มีขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น 1,348 ตัน/วัน มีขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดไม่ถูกต้อง 364 ตัน/วัน และขยะมูลฝอยตกค้าง 618,640 ตัน[3]

อำเภอชุมแพมีขยะมูลฝอย 45 ตัน/วัน และในโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 360 เตียง มีผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นทุกปี ทำให้มีประมาณขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นตามและพบว่าปริมาณขยะมูลฝอยติดเชื้อปี 2563-2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วย คือ 50.76, 50.75 และ 63.27 ตันต่อปี คิดเป็นปริมาณขยะมูลฝอยติดเชื้อต่อวัน เท่ากับ 140.98, 147.29 และ 172.76 กิโลกรัมต่อวัน ตามลำดับ หรือคิดเป็น 0.67, 0.70 และ 0.81 กิโลกรัม/คน/วัน ตามลำดับ จากรายงานการสุ่มสำรวจการแยกขยะมูลฝอยติดเชื้อยังพบว่ามีในบางจุดบริการ ในหน่วยงานมีการทิ้งขยะมูลฝอยทั่วไปปะปนกับขยะมูลฝอยติดเชื้อและมีขยะมูลฝอยติดเชื้อปะปนกับขยะมูลฝอยทั่วไป[4]

โรงพยาบาล เป็นสถานบริการทางการแพทย์ที่มีบทบาทครอบคลุมทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ ในแต่ละวันจะมีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมากทั้งที่เป็นผู้ป่วยและบุคคลทั่วไป ดังนั้นระบบการจัดการขยะมูลฝอยในโรงพยาบาล จึงเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญ เพราะหากมีการจัดการไม่ดีอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลได้ เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรค ระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคผิวหนัง การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากการทำงาน อันเนื่องมาจากปริมาณขยะมูลฝอยเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังอาจส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม และสุขภาพของประชาชนที่อาศัยในบริเวณใกล้เคียงโรงพยาบาลได้ เช่น มลพิษทางน้ำ มลพิษทางอากาศและเสียง เป็นต้น[2]

ปัญหาการคัดแยกขยะมูลฝอยติดเชื้อ ณ แหล่งกำเนิดแยกชนิดขยะมูลฝอย ติดเชื้อ พนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยติดเชื้อยังขาดความรู้ความเข้าใจในการเก็บขนขยะมูลฝอยติดเชื้อ และระยะทางในการขนย้ายขยะมูลฝอยติดเชื้อไปยังโรงพักขยะมูลฝอยติดเชื้อค่อนข้างไกล ดังนั้น เพื่อเป็นการบริหารจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมแพให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจในการเก็บขนขยะมูลฝอยติดเชื้อให้กับพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยติดเชื้อ และสามารถนำความรู้ไปอธิบายให้กับประชาชนรวมทั้งผู้ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมแพได้อย่างถูกต้อง สำหรับผู้ที่ปฏิบัติงานทำความสะอาด เก็บ ขนขยะมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมแพพนักงานเหล่านี้ ถ้าปฏิบัติไม่ถูกต้องจะได้รับความเสี่ยง ทำให้ได้รับผลกระทบต่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นได้จากการปฏิบัติงาน[2]

ดังนั้นจากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความปลอดภัยในการปฏิบัติงานต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

เพื่อประเมินประสิทธิผลโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อความปลอดภัย ในการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

**วิธีการวิจัย**

รูปแบบการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ (One Group pre-test post-test Design)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจง(Purposive Sampling) คือ พนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ที่เป็นลูกจ้างชั่วคราวเงินบำรุงโรงพยาบาลชุมแพ จำนวน 41 คน ที่ปฏิบัติงาน ระหว่างเดือน มิถุนายน 2566 ถึง พฤศจิกายน 2566 เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยติดเชื้อติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ที่ปฏิบัติงานระหว่างเดือน มิถุนายน 2566 ถึง พฤศจิกายน 2566 2) สามารถอ่านออก เขียนภาษาไทยได้ดี 3) สมัครใจ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) 1) ย้ายหรือลาออกจากงานระหว่างการศึกษาวิจัย 2) ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ครบถ้วน 3) ไม่สมัครใจเข้าร่วม

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา แผนกที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาปฏิบัติงาน ได้รับการอบรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน สิทธิการรักษา เป็นคำถาม ทั้งแบบปลายปิด (Closed End) แบบให้เลือกคำตอบและ แบบปลายเปิด (Opened End) โดยการเติมคำลงในช่องว่าง

**ส่วนที่ 2** ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน มีคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามมีตัวเลือก 4 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบถูกต้องเพียงคำตอบเดียว เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน ผู้วิจัยได้แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ตั้งอยู่บนพื้นฐานการประเมินความรู้ซึ่งการแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1971)[7] มีเกณฑ์แบ่งคะแนน ดังนี้

ความรู้ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 8-10 คะแนน)

ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79 (ช่วงคะแนน 6 - 7 คะแนน)

ความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ช่วงคะแนน 0 - 5 คะแนน)

**ส่วนที่ 3** ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน จำนวน 12 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ (Rating scale) ได้แก่ยากมาก ค่อนข้างยาก ค่อนข้างง่าย ง่ายมาก

| ระดับความคิดเห็น | คะแนน |
|---|---|
| ง่ายมาก | หมายถึง 4 คะแนน |
| ค่อนข้างง่าย | หมายถึง 3 คะแนน |
| ค่อนข้างยาก | หมายถึง 2 คะแนน |
| ยากมาก | หมายถึง 1 คะแนน |

สำหรับการแปลผลและจัดกลุ่มความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ จัดกลุ่มโดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Sorensen และคณะ (2013)[6] แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ได้คะแนนต่ำกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50.00

ระดับ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัญหา ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 50.01-66.99

ระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 67.00-84.99

ระดับ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเลิศ ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 85 ขึ้นไป

**ส่วนที่ 4** ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่าเป็น 5 ระดับ ในการตอบแบบสอบถามนั้นผู้วิจัยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำถามเดียว

| | |
|---|---|
| มากที่สุด | 5 คะแนน |
| มาก | 4 คะแนน |
| ปานกลาง | 3 คะแนน |
| น้อย | 2 คะแนน |
| น้อยที่สุด | 1 คะแนน |

การแปลผลระดับความพึงพอใจ การแปลความหมายพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Best (1977)[8] มีความหมายประเมิน 3 ระดับ ดังนี้

| การประเมิน | ค่าเฉลี่ยคะแนน |
|---|---|
| ระดับมาก | 3.37-5.00 คะแนน |
| ระดับปานกลาง | 2.34-3.36 คะแนน |
| ระดับน้อย | 1.00-2.33 คะแนน |

**การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ** ความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content Validity) การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ใช้วิธีการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยมีค่า (Item-objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 -1 ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) การหาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดสอบ (Try Out) พนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลสิรินธร อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน ผลวิเคราะห์ แบบ KR-20 ด้านความรู้ 0.82 ส่วนค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค พบว่า ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ 0.96 และความพึงพอใจ 0.79

**ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในตัวอย่างกลุ่มเดียว แบ่งการดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ ขั้นปฏิบัติการ และขั้นประเมินผล ใช้เวลาการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 4 สัปดาห์ มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

**1. ขั้นเตรียมการ**

1.1. ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากคณบดีคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย ในการออกหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

1.2 ประสานงานหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาล ชุมแพ เพื่อขออนุญาต เก็บรวบรวมข้อมูล หลังได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยนำเอกสารอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ พร้อมแบบสอบถามติดต่อกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้

1.3 เตรียมผู้ช่วยวิจัย เจ้าหน้าที่ผู้ควบคุมพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมแพ ประชุมเพื่อวางแผนและการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

1.4 จัดเตรียมอุปกรณ์ในการดำเนินการวิจัย เช่น การสร้างกลุ่มออนไลน์ เป็นต้น

1.5 จัดสื่อการสอน โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

1.6 ประสานผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ วิทยากรให้ความรู้ ผู้ช่วยวิจัย เพื่อนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง

1.7 ประกาศเชิญชวนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนปฏิบัติการ

ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 -30 พฤศจิกายน 2566 โดยใช้แบบสอบถามและการดำเนินกิจกรรม ซึ่งมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากคณบดีคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย ในการออกหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณ พร้อมนำหนังสือจากคณบดีคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ เพื่อขออนุญาต ดำเนินการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างและเก็บรวบรวมข้อมูล

3. หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง 1 -30 พฤศจิกายน 2566 โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง นำส่งแบบสอบถาม แบบชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง หากมีปัญหาสงสัยเกี่ยวกับแบบสอบถามสามารถซักถามได้ที่ผู้วิจัยหรือตามหมายเลขโทรศัพท์ที่แนบไว้ในแบบชี้แจงได้ตลอดเวลา และคำชี้แจงการนัดหมาย วัน เวลา โดยให้เวลาตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ ตอบแบบสอบถาม 5 วัน ลงชื่อเมื่อส่งแบบสอบถามเพื่อรับของระลึกเป็นปากกาลูกลื่น พร้อมรับนัดหมายวัน เวลา เข้าร่วมกิจกรรมต่อไป

**2. ขั้นปฏิบัติการ**

**กิจกรรมที่ 1** ปฐมนิเทศการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ข้อมูลโปรแกรม ฯ รวมทั้งการเข้าร่วมการศึกษาแจ้งขั้นตอนการวิจัยและให้เวลาการตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัย และวางแผนการเข้าร่วมงานวิจัยพร้อมลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงการทำแบบสอบถามแต่ละชุด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง (Pre- test) ผู้วิจัยสร้างกลุ่มออนไลน์ ผ่านสื่อแอพลิเคชั่นไลน์กลุ่ม นัดหมายดำเนินการครั้งต่อไป

**กิจกรรมที่ 2** ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงานเก็บขนขยะมูลฝอยติดเชื้อในสถานพยาบาล อันตราย ผลกระทบ ปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และการป้องกันโรค

**กิจกรรมที่ 3** ผู้วิจัยนำเสนอ ชุดสื่อวีดีโอและภาพนิ่งประกอบ การสาธิต และสาธิตย้อนกลับการเลือกสื่อความรู้จากแหล่งความรู้ทางอินเตอร์เน็ตผ่านสื่อ Google, Facebook และ YouTube การใช้คำสืบค้นเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงานเก็บขนขยะมูล

ฝอยติดเชื้อในสถานพยาบาล และ ผู้วิจัยมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างช่วยกันสืบค้นผ่านโทรศัพท์

**กิจกรรมที่ 4** ผู้วิจัยแบ่งกลุ่ม 10-11 คน ให้สมาชิกกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลที่ได้จากการฝึกการค้นหาข้อมูลเลือกเรื่องเกี่ยวกับปลอดภัยในการปฏิบัติงานมา กลุ่มละ 1 เรื่อง

**กิจกรรมที่ 5** ผู้วิจัยแบ่งกลุ่ม 10-11 คน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความปลอดภัยในการปฏิบัติงานเก็บขนขยะมูลฝอยติดเชื้อในสถานพยาบาลภายในกลุ่ม ให้ฝึกการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ ตามหัวข้อที่ได้รับมอบหมายให้ และนำไปเขียนลงกระดาษไว้นำเสนอ

**กิจกรรมที่ 6** ผู้วิจัยแบ่งกลุ่ม 10-11 คน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยในการปฏิบัติงานเก็บขนขยะมูลฝอยติดเชื้อในสถานพยาบาลจากกระบวนการดำเนินกิจกรรมที่ 1-5 และให้แต่ละกลุ่มนำเสนอแนวทางการประยุกต์ใช้ข้อมูลกลุ่มละ 10 นาที

**กิจกรรมที่ 7** ผู้วิจัยมอบหมายให้ แบ่งกลุ่ม 10-11 คน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องความเสี่ยง อันตราย โรคภัย ที่เคยเกิด และอาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน และวิธีป้องกัน แล้วบันทึกใส่กระดาษ และนำเสนอ กิจกรรมที่ 8 ผู้วิจัยมอบหมายให้ แบ่งกลุ่ม 10-11 คนสาธิตการปฏิบัติงานที่ถูกต้องตามขั้นตอนการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงานเก็บขนขยะมูลฝอยติดเชื้อในสถานพยาบาล ผู้วิจัยขอความร่วมมือตัวอย่าง หลังการทดลอง (Pos- test1) และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (Pos- test2)

**3. ขั้นประเมินผล** ประเมินหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน โดยใช้แบบสอบถาม บันทึกรหัสตามคู่มือการลงรหัสที่สร้างขึ้น บันทึกข้อมูล 2 ครั้ง เพื่อตรวจสอบความตรงของข้อมูลในคอมคอมพิวเตอร์กับแบบสอบถาม ประมวลผลข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้**

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired Sample t-test ค่าความเชื่อมั่น 95%

**จริยธรรมการวิจัย**

ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผ่านการอบรมจริยธรรมด้านการวิจัยในมนุษย์ หลักสูตร Social Science and Behavioral Science Research ในวันที่ 27 มีนาคม 2566 รับรองจากวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย ร่วมกับศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย เลขที่ CASHE660011 เมื่อ วันที่ 15 ตุลาคม 2566

**ผลการวิจัย**

**1.ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล** พนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 41 ราย เป็นเพศหญิง (41 คน ร้อยละ 100) อายุเฉลี่ย 47.73 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.15) พบว่ากลุ่มอายุ 50 ถึง 59 ปี มีจำนวนมากที่สุด (20 คน ร้อยละ 48.78) มีสถานภาพส่วนใหญ่สมรส (27 คน ร้อยละ 65.58) ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (18 คน ร้อยละ 43.90) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยใน (22 คน ร้อยละ 53.66) จำนวนปีที่ปฏิบัติงานเฉลี่ย 4.73 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.97) มีค่ามัธยฐาน 5 ปี (ค่าต่ำสุด 1 ปี ค่าสูงสุด 10 ปี) ส่วนใหญ่เคยอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน (37 คน ร้อยละ 90.24) สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่สิทธิประกันสังคม (39 คน ร้อยละ 95.25)

**2. เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขนขยะติดเชื้อ** ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

ของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนทดลอง ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง (20 คน ร้อยละ 48.78) รองลงมาในระดับต่ำ (19 คน ร้อยละ 46.34) และอยู่ในระดับสูง (2 คน ร้อยละ 4.88) คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานโดยรวมเฉลี่ย 5.58 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.54) มีค่ามัธยฐาน 6 คะแนน (ค่าต่ำสุด 2 คะแนน ค่าสูงสุด 8 คะแนน) หลังทดลองความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนมากมีความรู้อยู่ในระดับสูง (31 คน ร้อยละ 75.61) และรองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (10 คน ร้อยละ 24.39) คะแนนความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงานโดยรวมเฉลี่ย 8.21 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.01) มีค่ามัธยฐาน 8 คะแนน (ค่าต่ำสุด 6 คะแนน ค่าสูงสุด 10 คะแนน)

เมื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน พบว่ากลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงานมีความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงานคะแนนค่าเฉลี่ยสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) รายละเอียด ดังข้อมูลที่แสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงานในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n=41 คน)

| ความรู้ | n | Mean | S.D. | Mean difference | $S.D._d$ | 95%CI | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ก่อนการทดลอง | 41 | 5.58 | 1.54 | 2.63 | 1.41 | 2.18 ถึง 3.07 | <0.001 |
| หลังการทดลอง2 | 41 | 8.21 | 1.01 | | | | |

**3. เปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ** ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนทดลอง ส่วนมากอยู่ในระดับระดับเพียงพอ (26 คน ร้อยละ 63.41) รองลงมาอยู่ในระดับระดับเป็นปัญหา (11คน ร้อยละ 26.83) และอยู่ในระดับเป็นเลิศ 4 คน (ร้อยละ 9.76) คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน โดยรวมเฉลี่ย 35.02 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.71) มีค่ามัธยฐาน 36 คะแนน (ค่าต่ำสุด 25 คะแนน ค่าสูงสุด 46 คะแนน)

หลังทดลองโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน ของกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนมากอยู่ในระดับระดับเพียงพอ 22 คน (ร้อยละ 53.66) รองลงมาอยู่ในระดับระดับเป็นเลิศ 17 คน (ร้อยละ 41.46) และอยู่ในระดับระดับปัญหา 2 คน (ร้อยละ 4.88) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน โดยรวมเฉลี่ย 39.56 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.59) มีค่ามัธยฐาน 38 คะแนน (ค่าต่ำสุด 27 คะแนน ค่าสูงสุด 48 คะแนน)

เมื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน พบว่ากลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงานมีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน 4.53 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.18) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001)

ได้มีการติดตามและทบทวนพบว่าภายหลังทดลองโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน 2 สัปดาห์ ของ

กลุ่มทดลอง พบว่า ทั้งหมดอยู่ในระดับเป็นเลิศ 41คน (ร้อยละ 100.00) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน โดยรวมเฉลี่ย 44.44 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.26) มีค่ามัธยฐาน 43 คะแนน (ค่าต่ำสุด 41 คะแนน ค่าสูงสุด 48 คะแนน) และเมื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน 2 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน 9.41 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.77) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n=41 คน)

| ความรอบรู้ด้านสุขภาพ | n | Mean | S.D. | Mean difference | $S.D._d$ | 95%CI | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ก่อนการทดลอง | 41 | 35.02 | 4.71 | 4.53 | 5.18 | 2.89 ถึง 6.17 | <0.001 |
| หลังการทดลอง | 41 | 39.56 | 5.59 | | | | |
| หลังการทดลอง 2 wk. | 41 | 44.44 | 2.16 | 9.41 | 4.77 | 7.90 ถึง 10.92 | <0.001 |

**4. ระดับความพึงพอใจ** ความพึงพอใจโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของกลุ่มทดลอง หลังทดลอง พบว่ามีความพึงพอใจด้านกระบวนการขั้นตอนดำเนินกิจกรรม คะแนนเฉลี่ย 4.37 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70) มีความพึงพอใจระดับมาก ด้านความเหมาะสมของสถานที่ดำเนินกิจกรรม คะแนน เฉลี่ย 4.54 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.64) มีความพึงพอใจระดับมาก ด้านความเหมาะสมของระยะเวลาดำเนินกิจกรรม คะแนน เฉลี่ย 4.34 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.73) มีความพึงพอใจระดับมาก ด้านการอำนวยความสะดวก มีเอกสาร มีอุปกรณ์ คะแนนเฉลี่ย 4.20 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.87) มีความพึงพอใจระดับมาก ด้านความรู้ความเข้าใจประโยชน์ที่ได้รับจากโปรแกรม คะแนนเฉลี่ย 4.34 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.73) มีความพึงพอใจระดับมาก และความพึงพอใจภาพรวมคะแนนเฉลี่ย 4.35 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.46) มีความพึงพอใจระดับมาก

**สรุปและอภิปรายผล**

จากการศึกษาวิจัยโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น เมื่อวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย สามารถนำมาอภิปรายผลดังนี้

1. จากการสมมติฐานที่ตั้งไว้ ข้อที่ 1 หลังใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ค่าเฉลี่ยคะแนน ระดับ ของความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

จากผลการศึกษาพบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาล หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 75.61) คะแนนเฉลี่ยโดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างสำคัญทางสถิติ (P – valae < 0.001) ในรอบปีที่ผ่านมาเป็นช่วงถ่ายโอนพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยติดเชื้อที่สังกัดในบริษัทเอกชน มาเป็นพนักงานของโรงพยาบาลเอง ในการอบรมให้ความรู้ยังไม่มีการจัดแบบเป็นรูปธรรม แต่มีการแนะนำ กำกับติดตามจากบุคลากรสาธารณะสุข

และหัวหน้างานในการปฏิบัติงาน และการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงทำให้ได้รับความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น นับว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวุฒิ กกกระโทก และคณะ (2565) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการขยะ พบว่าหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการขยะ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจัดการขยะสูงกว่าก่อนการทดลอง[9] และสอดคล้องกับ Ola Nabil Abou Zeidetal.,(2022) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลของพนักงานกำจัดขยะมูลฝอย พบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพนักงานเพิ่มขึ้น[10]

และความรู้รอบด้านสุขภาพ จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนมากอยู่ในระดับเพียงพอ (ร้อยละ 53.66) รองลงมาอยู่ในระดับเป็นเลิศ (ร้อยละ 41.46) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P – value < 0.001) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้เช่นกัน สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Sorensen K et al.,(2012) ได้กล่าวว่า “ความสามารถของบุคคลในการแสวงหาสืบค้น เพื่อเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ ทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ วิเคราะห์ ประเมิน และเปรียบเทียบ ด้วยเหตุและผลรวมทั้งสามารถสื่อสาร และใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ”[5] และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรรคราธร สงวนตระกูล (2566) ที่ศึกษาการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมต้น พบว่าหลังการดำเนินการระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด และค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างจากก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญ เช่นกัน[11]

2. จากสมมติฐานที่ตั้งไว้ ข้อที่ 2 หลังใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ระดับความพึงพอใจของพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยติดเชื้อต่อโปรแกรมอยู่ระดับมาก

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยรวมระดับมากมีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.35 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน0.46) นับว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ เวสารัช สรรพอาษา และอารุญ เกตุสาคร (2565) ได้ศึกษาพฤติกรรมไม่ปลอดภัย และการเกิดอุบัติเหตุในกระบวนการจัดการขยะของคนงานในร้านรับซื้อของเก่าเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่าการเสริมสร้างการรับรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงานสร้างแรงจูงใจในการทำงานอย่างปลอดภัยควรมีการทบทวนความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงานแก่คนงานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง[12]

สรุปผลได้ว่าหลังการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพนังงานเก็บขนขยะมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลครั้งนี้ มีผลทำให้ระดับความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความพึงพอใจของกลุ่มทดลองดีขึ้น ซึ่งสามารถนำผลที่ได้ไปปรับใช้กับพนักงานหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อไปได้

**ข้อเสนอแนะ**

1. หน่วยงานควรนำโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลไปใช้กับพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยติดเชื้อที่มาปฏิบัติงานทุกคน และประยุกต์ใช้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อในสถานที่อื่นๆต่อไป

2. ในแต่ละปีควรมีการทบทวนความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงานแก่พนักงานอย่างน้อยปีละ 1

ครั้ง เพื่อให้เกิดความตระหนักและปฏิบัติอย่างจริงจัง

3. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการวัดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้วย

4. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการทำวิจัยเชิงเปรียบเทียบสองกลุ่ม ศึกษาพฤติกรรมในการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยติดเชื้อ โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

**กิตติกรรมประกาศ**

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณ พญ.จารุพรรณ มโนสิทธิศักดิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพและเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการทำวิจัย ตลอดจนขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1.SALIKA. (2023). World-of-waste-big-problem. ค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2566, จาก https://www.salika.co/2022/03/28/world-of-waste-big-problem/

2.กรมควบคุมมลพิษ. (2564). ข้อมูลสถานการณ์ขยะมูลฝอยของประเทศ [ออนไลน์]. ค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2566, จาก https://thaimsw.pcd.go.th/report1.php?year=2564

3.กรมควบคุมมลพิษ. (2565). ระบบสารสนเทศด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน [ออนไลน์]. ค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2566, จาก https://thaimsw.pcd.go.th/report_country.php?year=2565

4.โรงพยาบาลชุมแพ. (2566). สรุปรายงานการจัดการขยะมูลฝอย [เอกสารประกอบรายงาน]. ขอนแก่น: โรงพยาบาลชุมแพ.

5.Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012; 12: 80.

6.Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q) BMC Public Health. 2013; 13: 948.

7.Bloom BS, Madaus GF, Hastings JT. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw–Hill; 1971.

8.Best JW. Research in Education: Prentice-Hall; 1977.

9.ณัฐวุฒิ กกกระโทก, ณฤดี พูลเกษม, & วาสนา วิไลนุวัฒน์. (2565). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการขยะ: กรณีศึกษาตำบลหนองหอย อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการวิทยาลัยประทุมธานี, 14(1), 322-336.

10.Ola, Nabil A. S., Mesbah, S. Z., & Mohammed, H. (2022). Effect of an Educational Program on Utilization of Personal Protective Equipment among Municipal Waste Workers at Minia City, Egypt. Assiut Scientific Nursing Journal, 10(31), 123-138.

11.อรรคราธร สงวนตระกูล. (2566). รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมต้น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 8(1), 220-228.

12.เวสารัช สรรพอาษา, & อารุญ เกตุสาคร. (2565). พฤติกรรมไม่ปลอดภัยและการเกิดอุบัติเหตุในกระบวนการจัดการขยะของคนงานในร้านรับซื้อของเก่า เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31(3), 416-425.

# มุมมอง ความคิดเห็นเชิงระบบ และการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท

# The Perspective, Systematic Opinion and Risk Management of Sub-district Health Promoting Hospital that Transferred Missions to the Provincial Administrative Organization in Chainat Province

(Received: March 4,2024 ; Revised: April 16,2024 ; Accepted: April 20,2024)

**ปารวีร์ มั่นฟัก[1], พรเจริญ บัวพุ่ม[2], นภัสสร ยอดทองดี[3]**
**Parawee Manfak[1], Pornjaroen Buapum[2], Naphatsorn Yotthongdi[3]**

## บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) เพื่อศึกษามุมมอง เหตุผลประกอบการตัดสินใจ ความคิดเห็นเชิงระบบ และการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท ประชากรที่ศึกษา ได้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดชัยนาท จำนวน 7 แห่ง ที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท จำนวน 19คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structural Interview form) ผ่านการพิจารณาตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่ม (Group Interview) นำข้อมูลที่ได้มาตรวจและจัดหมวดหมู่ทำการวิเคราะห์โดยมุ่งการพรรณนาและอธิบายข้อมูลตามความเห็นของผู้ให้ข้อมูลและส่งให้ตรวจสอบยืนยันอีกครั้งภายหลังการวิเคราะห์และเขียนรายงาน

ผลการศึกษาพบว่า เหตุผลสำคัญที่ตัดสินใจเป็นหน่วยงานที่ถ่ายโอนภารกิจครั้งนี้ คือ เป็นข้อสั่งการจากผู้บริหาร เป็นตัวแทนของหน่วยงานในระดับอำเภอ เป็นการแสวงหาโอกาส และทางเลือกที่เหมาะสม สมัครใจ ส่วนใหญ่คิดเห็นว่าเป็นโอกาสที่ดีของหน่วยงานที่ถ่ายโอนทั้งในด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุเวชภัณฑ์ยา และไม่ใช่ยา การจัดบริการด้านสุขภาพให้กับประชาชน และผลลัพธ์ที่คาดหวัง โดยผ่านการประเมินความเสี่ยงแล้วอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

**คำสำคัญ:** มุมมอง ความคิดเห็นเชิงระบบ การบริหารความเสี่ยง การถ่ายโอนภารกิจ

## ABSTRACT

This cross-sectional descriptive study aimed to explore the perspectives, reasons for decision making, systematic opinions, and risk management of Sub-district Health Promoting Hospitals (SHPs) that have transferred their missions to the Chai Nat Provincial Administrative Organization (PAO). The study population consisted of public health officials from 7 SHPs in Chai Nat Province that had transferred their missions to the Chai Nat PAO, totaling 19 people. The research instrument was a semi-structured interview form, which was validated for content validity by experts. Data was collected using group interviews. The collected data was analyzed using descriptive and explanatory methods based on the opinions of the participants and was cross-checked after analysis and writing the report.

The results showed that the main reasons for the decision to transfer the missions were 4 reasons including; 1) Orders from the executives 2) Being a representative of the district-level agency 3) Seeking opportunities and suitable alternatives and 4) Volunteering. Most of the participants thought that it was a good opportunity for the

[1] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[2] วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[3] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding author Email: puinaja_31@hotmail.com

transferred units in terms of personnel, budget, medical supplies and non-medical supplies, health service provision to the people, and expected outcomes. The risks had been assessed at the acceptable level.

**Keyword:** perspectives, systematic opinion, risk management, transferred missions

**บทนำ**

โดยที่มาตรา 250 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้บัญญัติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่และอำนาจดูแลและจัดทำบริการสาธารณะและกิจกรรมสาธารณะเพื่อ ประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามกฎหมายที่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับกลไกและขั้นตอนในการกระจายหน้าที่และอำนาจ ตลอดจนงบประมาณและบุคลากรที่เกี่ยวกับหน้าที่และอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ บทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 มาตรา 17 (19) ประกอบกับกฎกระทรวงมหาดไทยซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540 ได้กำหนดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด มีหน้าที่และอำนาจจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด การรักษาพยาบาล การป้องกันและบำบัดรักษาโรคติดต่อ รวมทั้งแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไปให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม และในระยะสุดท้ายให้ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

การถ่ายโอนภารกิจดังกล่าวของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ประสบความสำเร็จตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยพบว่าข้อมูลการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ตั้งแต่ปี 2551-2563 จำนวน 103 แห่งจากจำนวนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 9,787 แห่งทั่วประเทศ คิดเป็น ร้อยละ 1.05 และภายหลังเว็บไซต์ราชกิจจานุเบกษา ออกประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัย เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 19 ตุลาคม 2564 ที่ผ่านมาพบว่าข้อมูลการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ปี 2565 ถ่ายโอนจำนวน 81 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 0.81 ปี 2566 ถ่ายโอนจำนวน 3,263 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 33.05 โดยมีองค์การบริหารส่วนจังหวัดรับถ่ายโอน 49 แห่ง ไม่รับถ่ายโอน 27 แห่ง และมีอยู่ 6 แห่งที่รับถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาทั้งหมดร้อยละ 100 ได้แก่ จังหวัดมุกดาหาร จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดขอนแก่น จังหวัดปราจีนบุรี และจังหวัดสุพรรณบุรี สำหรับ ปี 2567 มีการถ่ายโอนไปจำนวน 931 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 9.43 โดยมีองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่รับถ่ายโอนเพียง 62 แห่ง และไม่รับถ่ายโอน 14 แห่ง ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย

การถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ได้มีมุมมอง ความคิดเห็นและข้อคำถามที่มีผู้แสวงหาคำตอบที่หลากหลาย ทั้งในประเด็นของเกณฑ์การถ่ายโอน งบประมาณ การบริหารจัดการรวมไปถึงอนาคตของบุคลากร เนื่องจากในอดีตเคยมีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มาบ้างแล้ว แต่เกิดเสียงวิพากษ์วิจารณ์ตามมาว่าเป็นการกระจายอำนาจที่ล้มเหลว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีศักยภาพและความพร้อมในการรับการถ่ายโอนภารกิจดังเช่น การศึกษาของ อรพรรณ โยธาสมุทร[1] ศึกษาเรื่อง การถ่ายโอนโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงยี่โถ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีข้อจำกัดและประสบปัญหาเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณในการจ้างบุคลากรด้านสาธารณสุข มีรายได้ไม่เพียงพอในการจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ ยา และเวชภัณฑ์ด้านสาธารณสุข สำหรับให้บริการประชาชน และขาดการอุดหนุนงบประมาณที่ได้รับจากรัฐบาลซึ่งไม่เพียงพอต่อการบริหารงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การจัดหางบประมาณเพิ่มเติมเพื่อใช้สำหรับการดำเนินงานบุคลากรสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความกังวลเกี่ยวกับความมั่นคงของตำแหน่งงาน ความก้าวหน้า อัตราค่าตอบแทน ตำแหน่ง และรวมถึงสวัสดิการและความมั่นคงด้านงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ก็มิได้หมายความว่าการถ่ายโอนภารกิจดังกล่าวจะมีเฉพาะปัญหาอุปสรรคและความล้มเหลว ซึ่งจากบทเรียนการประเมินสถานการณ์การกระจายอำนาจในรูปแบบการถ่ายโอนสถานีอนามัยไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า การถ่ายโอนสถานีอนามัยบรรลุวัตถุประสงค์ของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพระดับหนึ่ง ได้แก่ ด้านความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการ ในสถานีอนามัยที่ได้รับการถ่ายโอน สามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้รวดเร็วขึ้น สามารถมีความคิดริเริ่มได้มากขึ้น โดยในช่วงแรกที่ยังเป็นช่วงการเปลี่ยนผ่านระบบ มีประเด็นเรื่องกฎหมายกฎระเบียบ โดยเฉพาะเรื่องการเงินที่ต้องได้รับการแก้ไข ด้านการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน สถานีอนามัยที่ถ่ายโอนไปยัง อปท. พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และภาคประชาชนมีส่วนร่วม มากขึ้น นายกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และสภาองค์การบริหารส่วนตำบล มีความกระตือรือร้นที่จะทราบความต้องการของชุมชนด้านสุขภาพและบริการสาธารณสุข ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน สถานีอนามัยที่ถ่ายโอนไปยัง อปท. มีการจัดบริการแบบใหม่ตามความต้องการของนายก อบต. และชุมชน และได้รับงบประมาณจาก อบต. มากขึ้น

จังหวัดชัยนาท ได้เริ่มมีกระบวนการและการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาทอย่างเป็นรูปธรรม ตั้งแต่ปี 2566 โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 7 แห่งจากจำนวน 72 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 9.72 ที่ได้ดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ ซึ่งอยู่ในระหว่างการดำเนินการตามขั้นตอนของกฎหมาย การศึกษามุมมอง ความคิดเห็นเชิงระบบ และการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่อยู่ระหว่างการดำเนินการถ่ายโอนจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและจะเป็นการหาแนวทางที่เหมาะสมในการวางแผนบริหารจัดการ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาในประเด็นดังกล่าว

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อศึกษามุมมอง เหตุผลประกอบการตัดสินใจในการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นเชิงระบบในด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุเวชภัณฑ์ยาและไม่ใช่ยา การจัดบริการด้านสุขภาพให้กับประชาชน และผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท
3. เพื่อศึกษาการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท

**วิธีการศึกษา**

การศึกษาวิจัยครั้งเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) ประชากรที่ศึกษา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดชัยนาท จำนวน 7 แห่ง ที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท จำนวน 19 คน ระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interviews) โดยกำหนดประเด็นคำถามตามจุดมุ่งหมายและเนื้อหาของวัตถุประสงค์การวิจัย ผ่านการพิจารณาตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ และเครื่องบันทึกข้อมูลเพื่อใช้บันทึกขณะสัมภาษณ์

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่ม (Group Interview) การสัมภาษณ์ ทำการเลือกหยิบคำถามเป็นประเด็น ๆ ตามเหตุการณ์และบรรยากาศการสนทนา ซึ่งจะใช้คำถามปลายเปิด (Open Ended Question) และจดบันทึกข้อมูลร่วมกับใช้เครื่องบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ ภายหลังการสัมภาษณ์นำข้อมูลที่ได้จากการจดบันทึกและเครื่องบันทึกมาตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยจัดหมวดหมู่ โดยมุ่งการพรรณนาและอธิบายข้อมูลตามความเห็นของผู้ให้ข้อมูล และทำการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ถอดความได้ไปให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้อง (member check) ภายหลังการวิเคราะห์ ก่อนนำไปเขียนรายงานผลการวิจัย

**จริยธรรมการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท เลขที่ BCNC-IRB 021/2566 วันที่ 28 ตุลาคม 2566

**ผลการศึกษา** พบว่า

1. มุมมอง เหตุผลประกอบการตัดสินใจในการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองต่อการถ่ายโอนภารกิจที่หลากหลาย ได้ข้อสรุป ดังนี้

1.1 การรับรู้เกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ว่าเป็นไปตามกฎหมายและนโยบายของรัฐที่จะกระจายอำนาจให้กับท้องถิ่นซึ่งได้ออกไว้นานแล้วกว่า 20 ปี ตั้งแต่สมัยที่ใช้ชื่อสถานีอนามัยจนเปลี่ยนมาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หน่วยงานที่เป็นผู้ปฏิบัติเป็นเพียงผู้ตอบสนองนโยบายและกฎหมายโดยก่อนการออกกฎหมายใดๆ ก็มิได้รับรู้และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ทั้งนี้แม้กฎหมายจะออกไว้นานแล้วแต่ที่ผ่านมาการถ่ายโอนภารกิจก็ไม่ได้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดเนื่องจากในรายละเอียดของการปฏิบัติในการถ่ายโอนขาดความชัดเจน หน่วยงานต้นสังกัดของสถานีอนามัยเดิม หรือ รพ.สต.ในวันนี้ก็ไม่ได้ผลักดันให้เกิดการถ่ายโอนอย่างเป็นรูปธรรมที่แท้จริงด้วยหลายเหตุผลจนถึงปัจจุบัน หน่วยงานที่รับถ่ายโอนภารกิจก็ไม่ได้มีความพร้อมรองรับการถ่ายโอนทั้งหมด ขาดความชัดเจนในเรื่องงบประมาณ บุคลากร ภารกิจ ตลอดจนลักษณะงานที่ต้องดูแลสุขภาพประชาชนที่เชื่อมโยงต่อเนื่องทั้งระดับ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ดังที่ได้เคยมีการประชุมชี้แจงในเวทีต่าง ๆ รวมถึงเอกสารข่าวสารที่มีการเผยแพร่กันมา

1.2 เหตุผลสำคัญที่ตัดสินใจเป็นหน่วยงานที่ถ่ายโอนภารกิจสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ในครั้งนี้อาจสรุปได้เป็น 4 กรณี คือ 1) เป็นหน่วยงานที่ได้รับข้อสั่งการจากผู้บริหารให้เป็นหน่วยงานตัวแทนของอำเภอในการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดด้วยเหตุผลทางการบริหาร 2) เป็นหน่วยงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเดียวกันเสนอขอให้เป็นตัวแทนของอำเภอในการถ่ายโอนภารกิจเนื่องด้วยเหตุผลว่าผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานมีความอาวุโส มีความพร้อมรองรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นจากการถ่ายโอนบุคลากรไปพร้อมภารกิจ 3) เป็นหน่วยงานที่ได้ทำการวิเคราะห์ ทบทวนสถานะตนเองทั้งในด้านงบประมาณที่ได้รับจัดสรรสถานะเงินบำรุงที่ลดลงในทุกปีจนไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในปัจจุบันและอนาคต ความก้าวหน้าในหน้าที่การงานของบุคลากร รวมไปถึงความรู้สึกไม่ได้รับความเป็นธรรมจากการจัดสรรค่าตอบแทนที่เกิดจากผลการปฏิบัติงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามภาระงานและรายการบริการจึงต้อง

แสวงหาโอกาสและมองว่าการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นทางเลือกที่เหมาะสม และ 4) เป็นหน่วยงานที่สมัครใจถ่ายโอนภารกิจสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เนื่องจากได้มีการศึกษาข้อกฎหมาย ขั้นตอน หลักเกณฑ์ วิธีการ และโอกาสต่าง ๆ ที่หน่วยงานจะได้รับจากการถ่ายโอนภารกิจในครั้งนี้ รวมทั้งได้มีการศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การถ่ายโอนภารกิจกับหน่วยงานในต่างจังหวัดที่ถ่ายโอนภารกิจไปแล้วและประสบความสำเร็จในงานต่าง ๆ

2. ความคิดเห็นเชิงระบบ จากการสัมภาษณ์พบว่า

2.1 ด้านบุคลากร การถ่ายโอนภารกิจในระยะแรกมีความกังวลใจและรู้สึกไม่มั่นคงอยู่บ้าง แต่เมื่อทบทวนกลับในสถานะที่เป็นอยู่เดิมพบว่าความก้าวหน้าในหน้าที่ราชการภายใต้ระบบบริหารงานบุคคลเดิมก็ไม่ได้มีโอกาสที่จะก้าวหน้าไปจากที่เป็นอยู่ ผู้ปฏิบัติงานหลายคนเงินเดือน เต็มขั้นโดยได้รับค่าตอบแทนพิเศษมาหลายปีและไม่มีแนวโน้มที่จะมีการขยายกรอบอัตรากำลังให้ได้รับการแต่งตั้งในตำแหน่งระดับที่สูงขึ้น และเมื่อได้ทำการศึกษาเอกสาร คู่มือการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ประกอบกับข้อกฎหมายตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่องหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามที่ปรากฏในราชกิจจานุเบกษา ประกาศเมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2564 ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดอาจพิจารณาปรับปรุงโครงสร้างและอัตรากำลังของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามความจำเป็นและเหมาะสมกับปริมาณงาน ทั้งนี้ ให้สอดคล้องกับกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น ซึ่งจากการประชุมการถ่ายโอนภารกิจร่วมกับผู้บริหารขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท ได้ให้ความชัดเจนและความมั่นคงแก่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดว่าในด้านบุคลากร ขอให้ผู้ปฏิบัติงานตั้งใจปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในความรับผิดชอบให้เต็มที่ ความก้าวหน้าในหน้าที่ราชการ องค์การบริหารส่วนจังหวัดจะดำเนินการให้เป็นไปตามโครงสร้างกรอบอัตรากำลังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของกระทรวงสาธารณสุข โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดจะพิจารณาปรับปรุงตามความเหมาะสมกับปริมาณงานและขอบเขตหน้าที่และอำนาจ ซึ่งตามโครงสร้างกรอบอัตรากำลังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของกระทรวงสาธารณสุข ประเภทตำแหน่งวิชาการสามารถเติบโตได้ถึงระดับเชี่ยวชาญ และประเภทตำแหน่งทั่วไป ไปได้ถึงระดับอาวุโส ทั้งนี้ความก้าวหน้าทางวิชาชีพของบุคลากรประเภทวิชาการและประเภททั่วไปของบุคลากรที่สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดจะเร็วกว่ากลุ่มข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) เพราะระบบของข้าราชการท้องถิ่นใช้หลัก "ประเมินเข้าสู่ตำแหน่ง" ไม่ใช่ระบบ "สอบแข่ง" เพื่อเข้าสู่ตำแหน่งอาวุโส ชำนาญการพิเศษ หรือเชี่ยวชาญและเนื่องจากเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติภารกิจด้าน ปฐมภูมิตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ก.ก.ถ.) เรื่องหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด จึงมีมติการประชุมคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้บุคลากรที่สมัครใจถ่ายโอนและมีรายชื่ออยู่ในบัญชีรายชื่อบุคลากรถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ประจำปีงบประมาณ 2567 ตามที่กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (สถ.) เสนอ เป็นบุคลากรถ่ายโอนทั้งหมด (ไม่เป็นบุคลากรการโอนปกติ) โดยให้สำนักงบประมาณสนับสนุนงบประมาณให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดจ่ายเป็นเงินเดือนและสิทธิ

สวัสดิการต่าง ๆ ของบุคลากรถ่ายโอนตามบัญชีรายชื่อฯ โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 และให้สำนักงบประมาณและ สถ.ร่วมกันกำหนดแนวทางการสรรหาบุคลากรให้เต็มกรอบโครงสร้างอัตรากำลังตามขนาด สอน. และ รพ.สต. (รพ.สต. ขนาดเล็ก 7 อัตรา รพ.สต.ขนาดกลาง 12 อัตรา รพ.สต.ขนาดใหญ่ 14 อัตรา) โดยจัดทำแผนสรรหาอัตราทดแทนให้ อบจ. เป็นแนวทางในการจัดทำคำขอตั้งงบประมาณ ตลอดจนปีงบประมาณ 2567 องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาทได้มอบทุนการศึกษาให้หน่วยงานที่ถ่ายโอนภารกิจจัดส่ง อสม.และบุตร อสม. เข้าศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 4 ทุน เพื่อกลับมาปฏิบัติงานในหน่วยงาน จึงทำให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ถ่ายโอนภารกิจมีความรู้สึกมั่นคงและมองเห็นโอกาสที่จะมีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ตลอดจนมีอัตรากำลังของบุคลากรในหน่วยงานเพื่อช่วยปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นโอกาสที่ดีของหน่วยงานที่ถ่ายโอนภารกิจในครั้งนี้

2.2 ด้านงบประมาณ จากข้อมูลแนวโน้มการได้รับจัดสรรเงินสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่เป็นต้นทุนคงที่ (Fixed Cost) สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับจัดสรรจากหน่วยบริการประจำแม่ข่าย เมื่อเทียบกับรายจ่ายค่าสาธารณูปโภคและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ พบว่า จำนวนเงินที่ได้รับจัดสรรไม่เพียงพอต่อการบริหารจัดการภายในหน่วยงาน โดยในปีที่ผ่านมาได้รับการจัดสรรเฉลี่ย 140-160 บาทต่อหัวประชากร เมื่อรวมกับงบประมาณอื่น ๆ ที่ได้รับจัดสรรทั้งตามภาระงานและรายการบริการแล้ว เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่าย เงินบำรุงของหน่วยงานมีแนวโน้มลดลงทุกปี และเมื่อพิจารณาถึงงบประมาณที่จะได้รับจัดสรรภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ พบว่า หน่วยงานที่มีการถ่ายโอนภารกิจในครั้งนี้ จะได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มมากขึ้น ดังนี้ 1) การจัดสรรเงินสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่เป็นต้นทุนคงที่ (Fixed Cost) ตามข้อตกลงในอัตรา 200 บาทต่อหัวประชากร ซึ่งเพิ่มมากขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 25 2) ค่าตอบแทน ที่เกิดจากผลการปฏิบัติงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามภาระงานและรายการบริการ โดยได้รับการโอนเงินโดยตรงจาก สปสช. เท่ากับภาระงานที่ปฏิบัติ 3) เงินอุดหนุนทั่วไปสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด อุดหนุนเป็นงบดำเนินงาน (เงินบำรุง) ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยเกี่ยวกับเงินบำรุงโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4) เงินจากสำนักงบประมาณ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดสรรงบประมาณให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่ 1 แห่ง เป็นเงิน 1,000,000 บาท ขนาดกลาง 4 แห่ง ๆ ละ 650,000 บาท และขนาดเล็ก 2 แห่ง ๆ ละ 400,000 บาท เฉลี่ยแล้วหน่วยงานที่ถ่ายโอนภารกิจครั้งนี้ ได้รับงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมเฉลี่ย 1-1.5 ล้านบาทต่อแห่ง ซึ่งถือว่าเป็นโอกาสที่ดีสำหรับหน่วยงานที่ถ่ายโอนภารกิจครั้งนี้

2.3 ด้านวัสดุเวชภัณฑ์ยาและไม่ใช่ยา จากการสัมภาษณ์พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีค่าใช้จ่ายวัสดุเวชภัณฑ์ยาและไม่ใช่ยาเพื่อการจัดบริการสุขภาพให้กับประชาชน เฉลี่ยปีละ 1-1.5 แสนบาท โดยเป็นการขอเบิกจากหน่วยบริการประจำแม่ข่ายจัดสรรให้แก่หน่วยบริการ ซึ่งหากเมื่อเทียบค่าใช้จ่ายวัสดุเวชภัณฑ์ยาและไม่ใช่ยาที่เบิกจ่าย พบว่าการที่หน่วยงานที่ถ่ายโอนภารกิจ หากมีความจำเป็นต้องจัดหาวัสดุเวชภัณฑ์ยาและไม่ใช่ยาเอง ก็สามารถดำเนินการได้โดยนำเงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับจัดสรรมาดำเนินการจัดหา ซึ่งจะทำให้มีเงินสนับสนุนค่าใช้จ่ายคงเหลือมากกว่าการขอเบิกจากหน่วยบริการประจำแม่ข่าย นอกจากนั้นแล้ว หน่วยงานที่โอนภารกิจยังอาจมีรายได้จากงบประมาณรายจ่ายประจำปีตามกฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เงินอุดหนุนเฉพาะกิจสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการ

ให้บริการด้านสาธารณสุขโดยเป็นงบประมาณอุดหนุนค่าครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้างหากได้มีการเสนอขอและบรรจุในแผนคำของบประมาณรายจ่ายประจำปี ซึ่งในปีงบประมาณ 2567 นี้ หน่วยงานที่ถ่ายโอนภารกิจ ได้จัดทำคำของบประมาณเพื่อขอรับการสนับสนุนครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้างหลายรายการและได้รับการบรรจุในแผนคำของบประมาณประจำปี 2567 ที่รอการจัดสรรงบประมาณในครึ่งปีหลัง ต่อไป

2.4 ด้านการจัดบริการด้านสุขภาพให้กับประชาชน จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่าการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด จะทำให้ประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพที่ดีขึ้นอันเนื่องมาจากยังคงเป็นหน่วยงานที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทั้งในฐานะหน่วยบริการ หรือในฐานะเครือข่ายหน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังคงได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานตามภารกิจต่าง ๆ ประกอบกับเหตุผลสำคัญเพิ่มเติม 3 ประการคือ 1) บริบทของการเมืองท้องถิ่นที่ยึดประชาชนเป็นสำคัญ ที่มาของผู้นำท้องถิ่นมาจากฐานเสียงที่ประชาชนเลือกเข้ามาเป็นผู้นำ นโยบายและผลงานต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อประชาชนคือฐานเสียงและความมั่นคงทางการเมืองที่ต่างจากระบบราชการที่เป็นอยู่เดิมที่ลักษณะการทำงานเป็นการตั้งรับและให้บริการประชาชน ณ ที่ตั้ง ตามพันธกิจของหน่วยงาน ประชาชนกลายเป็นผู้ขอรับบริการตามความจำเป็นพื้นฐานภายใต้ข้อจำกัดทั้งในด้านงบประมาณ ผู้ให้บริการและเวชภัณฑ์ หากผู้นำท้องถิ่นสามารถสนับสนุนให้การจัดบริการด้านสุขภาพที่ดีให้กับประชาชนได้แล้ว ยิ่งสะท้อนถึงผลงานเชิงประจักษ์ของผู้นำและทีมงานอันนำไปสู่การได้รับความนิยมในตัวผู้นำและฐานคะแนนเสียงในการเลือกตั้งต่อไป 2) การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดความต้องการด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่จะมีความชัดเจนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากระบบและกลไกการจัดทำ คำของบประมาณเพื่อสนับสนุนภารกิจของหน่วยงานต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้แทนของประชาชนในพื้นที่ประชาชนจะมีส่วนร่วมในการกำหนดการบริการด้านสุขภาพที่สอดคล้องและเป็นไปตามจำเป็นที่แท้จริง ตลอดจนภาคประชาชนจะมีส่วนร่วมในกระบวนการตรวจสอบการทำงานและสะท้อนปัญหาการจัดบริการด้านสุขภาพของหน่วยบริการเพื่อนำสู่การแก้ไขและพัฒนางานบริการด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) การได้รับการสนับสนุนทั้งด้านคนเงิน ของที่เพิ่มขึ้นดังที่ได้ให้ข้อมูลไว้แล้วนั้น จะทำให้ผู้ให้บริการในหน่วยบริการที่ถ่ายโอนภารกิจ สามารถจัดบริการที่มีคุณภาพ อีกทั้งยังมีความคล่องตัวในการบริหารจัดการตามการมอบอำนาจตามกฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง ที่จะส่งผลให้หน่วยงานที่ถ่ายโอนภารกิจในครั้งนี้สามารถจัดบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและสร้างความพึงพอใจให้กับประชาชนได้มากขึ้น ต่อไป

2.5 ด้านผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นต่อผลลัพธ์เป็นสองระยะคือ ระยะแรกก่อนเริ่มดำเนินการถ่ายโอนภารกิจเป็นไปตามเหตุผลสำคัญที่ต้องถ่ายโอน กล่าวคือ รพ.สต.บางแห่งไม่ได้คาดหวังอะไรต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเนื่องจากการถ่ายโอนภารกิจเป็นไปตามกฎหมายและนโยบายของผู้บริหาร ขอเพียงยังให้สามารถปฏิบัติงานได้ ได้รับเงินเดือนค่าตอบแทนที่เหมาะสมก็เพียงพอ ในขณะที่หลายแห่งมีความคาดหวังว่าในการถ่ายโอนครั้งนี้จะส่งผลกระทบเชิงบวกต่อทั้งตัวผู้ปฏิบัติงานในด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน มีบุคลากรมาช่วยปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้นตามกรอบโครงสร้าง ได้รับการจัดสรรงบประมาณที่เพิ่ม มากขึ้นและเป็นธรรมตามหัวประชากรและภาระงานที่ปฏิบัติ ต้องการได้รับการจัดสรรเงินค่าบริการโดยตรงจาก สปสช. โดยไม่ผ่านหน่วยบริการประจำแม่ข่าย มีระบบงานที่มีความคล่องตัว มีอิสระที่จะดำเนินการจัดการงานด้านสุขภาพชุมชนให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่เพื่อแก้ไข

ปัญหาและตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของชุมชน ผลลัพธ์สุดท้ายที่จะเกิดขึ้นคือประชาชนได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพ ตามสิทธิและความจำเป็นขั้นพื้นฐานของการดำรงชีวิต ต่อไป

3. การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท จากการสัมภาษณ์พบว่าหน่วยงานที่ถ่ายโอนภารกิจสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาทในครั้งนี้ ได้มีการประชุมเพื่อประเมินสถานการณ์ ระบุความเสี่ยงและผลกระทบ ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นตามมาทั้งในเชิงบวกและเชิงลบภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ ทั้งในด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ด้านการเงินและงบประมาณที่จะได้รับการจัดสรร ด้านการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ยาและไม่ใช่ยาเพื่อการบริการด้านสุขภาพให้กับประชาชน ด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยกรณีเกินขีดความสามารถและกาส่งต่อผู้ป่วย รวมไปถึงการวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านนโยบายและการบริหารจัดการขององค์การบริหารส่วนจังหวัดที่จะส่งผลต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน ในภาพรวมพบว่าทุกด้านมีความเสี่ยงทั้งหมด แต่เป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับการลดและการยอมรับได้ กล่าวคือในการถ่ายโอนภารกิจครั้งนี้เป็นไปตามกฎหมาย บทบัญญัติตามรัฐธรรมนูญ บทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 รวมทั้งแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ให้กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม และในระยะสุดท้ายให้ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ประกอบกับคณะ กรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้กำหนดหลักเกณฑ์และขั้นตอนการดำเนินการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยยึดหลักการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วน การรับประกันความต่อเนื่องของการจัดบริการด้านสุขภาพให้บริการประชาชน และการพัฒนาคุณภาพของการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่อย่างแท้จริง จึงทำให้ความเสี่ยงในด้านต่างๆ อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ อาจมีข้อกังวลอยู่บ้างในเรื่องของการนำแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสู่การปฏิบัติจริงที่เนื่องจากเป็นเรื่องใหม่ที่ผู้ปฏิบัติงานในองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่มีส่วนเกี่ยวข้องยังขาดความชัดเจนและความเข้าใจที่ถ่องแท้ในการดำเนินการ และเป็นข้อกฎหมายใหม่ที่ต้องใช้เวลาในการศึกษาเพื่อให้เกิดถูกต้อง โปร่งใสและมีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ซึ่งผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ถ่ายโอนภารกิจยอมรับความเสี่ยงดังกล่าวและถือเป็นเรื่องที่ต้องแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการพัฒนาต่อไป

**สรุปและอภิปรายผล**

1. มุมมอง เหตุผลประกอบการตัดสินใจในการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท จากผลการวิจัยพบว่า แม้ว่าแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านมากว่า 15 ปี แต่การรับรู้รายละเอียด แผนและขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจฯ ยังขาดความชัดเจน การถ่ายโอนภารกิจตามกฎหมายยังไม่เกิดการนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม การตัดสินใจถ่ายโอนภารกิจอยู่ในวงจำกัดเฉพาะผู้บริหาร สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่มีการเตรียมความพร้อมของหน่วยงานเพื่อการถ่ายโอนภารกิจ สอดคล้องกับการศึกษาของ นภัสภรณ์ เชิงสะอาด และคณะ[2] ที่

พบว่าระดับความสำเร็จในการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดร้อยเอ็ดอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งในด้านการปรับกฎหมายระเบียบปฏิบัติงานสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินภารกิจที่ได้รับการถ่ายโอน ด้านขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจ ด้านการผลักดันสนับสนุนและส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจและด้านความชัดเจนในการถ่ายโอนภารกิจ สอดคล้องกับการศึกษาของนะชาวีร์ สมหวังพรเจริญ และคณะ[3] ที่พบว่าการตัดสินใจถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดกาญจนบุรี โดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง ปัจจัยด้านความรู้ และทัศนคติด้านโครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทัศนคติด้านข้อมูลข่าวสาร การได้รับการสนับสนุน นโยบายการถ่ายโอนภารกิจ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจถ่ายโอนภารกิจ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมไปถึงการศึกษาของ ตุลยวดี หล่อตระกูล และคณะ[4] ที่พบว่าสภาพปัจจุบันและระดับความพร้อมในการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอำเภอพระนครศรี อยุธยาในการรับการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากที่ผ่านมากระแสการถ่ายโอนภารกิจมีความหลากหลายในเชิงปัญหาและอุปสรรคมากกว่าเชิงโอกาสและการสร้างสรรค์ โดยเฉพาะเรื่องความมั่นคงในงานของบุคลากรที่จะถ่ายโอน งบประมาณ ระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนการรับส่งต่อผู้ป่วย รวมไปถึงความเชื่อมั่นที่มีต่อระบบการบริหารของท้องถิ่นที่ขึ้นอยู่กับนโยบายของนักการเมืองท้องถิ่นที่เป็นผู้บริหาร จึงทำให้การสื่อสารเพื่อการเตรียมความพร้อมและการให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจถ่ายโอนภารกิจเป็นไปอย่างจำกัดและอยู่ในวงแคบเฉพาะผู้สนใจและผู้รับผิดชอบโดยตรงเท่านั้น ส่งผลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขาดข้อมูลและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการถ่ายโอนภารกิจอย่างแท้จริง

2. ความคิดเห็นเชิงระบบและผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท จากผลการวิจัยพบว่า ความคิดเห็นเชิงระบบในด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุเวชภัณฑ์ยาและไม่ใช่ยา การจัดบริการด้านสุขภาพให้กับประชาชน และผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นโอกาสที่ดีสำหรับหน่วยงานที่ถ่ายโอนภารกิจครั้งนี้ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ถ่ายโอนภารกิจมีความรู้สึกมั่นคงและมองเห็นโอกาสที่จะมีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ตลอดจนมีอัตรากำลังของบุคลากรในหน่วยงานเพื่อช่วยปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น มีระบบการจัดสรรงบประมาณที่เป็นธรรมและได้รับงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมเฉลี่ย 1-1.5 ล้านบาทต่อแห่ง ซึ่งสามารถนำมาบริหารจัดการภายในหน่วยงานและจัดซื้อเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการจัดบริการประชาชนได้มากขึ้น ในปีงบประมาณ 2567 หน่วยงานที่ถ่ายโอนภารกิจยังได้จัดทำคำของบประมาณเพื่อขอรับการสนับสนุนครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้างหลายรายการและได้รับการบรรจุในแผนคำของบประมาณประจำปี 2567 ที่รอการจัดสรรงบประมาณในครึ่งปีหลัง ในด้านการจัดบริการสุขภาพ หน่วยงานที่ถ่ายโอนภารกิจยังคงเป็นหน่วยงานที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทั้งในฐานะหน่วยบริการ หรือในฐานะเครือข่ายหน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังคงได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานตามภารกิจต่าง ๆ เสริมพลังจากผู้นำท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ทำให้ผู้ให้บริการในหน่วยบริการที่ถ่ายโอนภารกิจสามารถจัดบริการที่มีคุณภาพ อีกทั้งยังมีความคล่องตัวในการบริหารจัดการตามการมอบอำนาจตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องจะช่วยสร้างความพึงพอใจให้กับประชาชนได้มากขึ้น ผลลัพธ์สุดท้ายที่จะ

เกิดขึ้นคือประชาชนได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพ ตามสิทธิและความจำเป็นขั้นพื้นฐานของการดำรงชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของตุลยวดี หล่อตระกูล และคณะ[4] พบว่า ปัจจัยความพร้อมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านบริหารจัดการ ด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร และด้านทรัพย์สินอยู่ในระดับสูง ซึ่ง กรณิศ ส่อนชัย และคณะ[5] ศึกษาการกระจายอำนาจทางการปกครองสู่ท้องถิ่นกับปัญหาการจัดโครงสร้างงานของรัฐ กรณีศึกษาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ พบว่า การกระจายอำนาจหรือการถ่ายโอนอำนาจด้านสุขภาพถือเป็นจุดเปลี่ยนโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนโดยมีข้อเสนอแนะจัดระบบโครงสร้างการบริหารงานบุคคลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอนามัยให้มีความชัดเจน ออกกฎระเบียบ ข้อบังคับในเรื่องของตำแหน่ง ความเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงาน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวมทั้งประชาชนผู้ใช้บริการ สอดคล้องกับรายงานการวิจัยของอานนท์ กุลธรรมานุสรณ์ และคณะ[6] ที่ทำการศึกษาการประเมินการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: สังเคราะห์บทเรียนจากพื้นที่ 51 แห่งและทางเลือกในเชิงนโยบายพบว่า บุคลากรที่ถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความพึงพอใจด้านค่าตอบแทน สวัสดิการ ภาระงานและบรรยากาศการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ นภัสภรณ์ เชิงสะอาด และคณะ[2] พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการถ่ายโอนภารกิจ ได้แก่ ปัจจัยนโยบาย ปัจจัยการมีส่วนร่วมของประชาชน ปัจจัยการบริหารงานบุคคล และปัจจัยงบประมาณ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท ได้มีการเตรียมความพร้อมและศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจ ประกอบกับภายหลังเว็บไซต์ราชกิจจานุเบกษา ออกประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 19 ตุลาคม 2564 ที่ผ่านมาและได้มีการจัดทำเอกสารแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่ถ่ายโอนภารกิจมีความชัดเจนมากขึ้นทั้งในเรื่องการเตรียมความพร้อมในการบริหารภารกิจด้านสาธารณสุข การบริหารงบประมาณ และการบริหาร งานบุคคลด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนจังหวัด รวมไปถึงภารกิจการดำเนินการภายหลังการถ่ายโอนด้านโครงสร้างองค์กร ด้านงานบุคคล ด้านงบประมาณ การเงิน และบัญชี ด้านสาธารณสุขมูลฐานและการจัดบริการปฐมภูมิ การกำกับ ติดตาม และประเมินผล ซึ่งมีกฎหมายรองรับอย่างชัดเจน อีกทั้งจากการติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจยังพบว่า คณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้จัดให้มีการประชุม เสวนาเพื่อแก้ปัญหาและหาทางออกที่ดีที่สุดสำหรับหน่วยงานที่ถ่ายโอนภารกิจร่วมกับหลายฝ่ายทั้งจากกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงบประมาณ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องของกระทรวงมหาดไทยและภาคีเครือข่ายอื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง จึงทำให้หน่วยงานที่ถ่ายโอนภารกิจครั้งนี้ได้รับทราบข้อมูลความก้าวหน้าการถ่ายโอน มาตรการเยียวยาและแนวทางการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ อย่างเป็นรูปธรรม จึงเห็นว่าเป็นโอกาสของหน่วยงานที่ถ่ายโอนภารกิจในครั้งนี้

3. การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด จากผลการวิจัยพบว่ามีระดับความเสี่ยงในระดับการลดและยอมรับได้ทั้งในด้าน

บุคลากร งบประมาณ ยาและเวชภัณฑ์ไม่ใช่ยา การจัดบริการสุขภาพสำหรับประชาชนและระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากความขัดเจนของกฎหมายและแนวทางการถ่ายโอนภารกิจตลอดจนความจริงจังในการพยายามขับเคลื่อนการถ่ายโอนภารกิจ สำหรับความเสี่ยงที่ยังคงอยู่ส่วนใหญ่ก็เป็นความไม่พร้อมขององค์การบริหารส่วนจังหวัดในการเตรียมระบบรองรับทั้งในด้านบุคลากรที่ทำหน้าที่บริหารการถ่ายโอนภารกิจและการทำความเข้าใจในงานที่รับถ่ายโอนแต่เป็นประเด็นที่สามารถบริหารจัดการควบคุมให้การดำเนินการถ่ายโอนเป็นไปได้สำเร็จ เป็นการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อการพัฒนาและก้าวไปสู่อนาคตอันเป็นรากฐานการกระจายอำนาจให้กับท้องถิ่นต่อไป

**ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยในอนาคต**

1. ควรมีการศึกษาและพัฒนารูปแบบการถ่ายโอนภารกิจที่ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการผลักดันสนับสนุนและบูรณาการกิจกรรมของชุมชนให้เป็นภารกิจร่วมในการถ่ายโอน

2. ควรศึกษาพัฒนารูปแบบการถ่ายโอนภารกิจแบบยกเครือข่าย ทั้งโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด

3. ควรศึกษามุมมอง ผลลัพธ์ ผลกระทบที่ภาคประชาชนได้รับจากการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

**กิตติกรรมประกาศ**

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท คณะผู้บริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่ได้อำนวยความสะดวกและอนุญาตให้มีการศึกษาวิจัยเพื่อสะท้อนมุมมอง ความคิดเห็นอันจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบของการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท ในครั้งนี้

**เอกสารอ้างอิง**

1.อรพรรณ โยธาสมุทร. การถ่ายโอนโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงยี่โถ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี [อินเทอร์เน็ต] [การศึกษาค้นคว้าอิสระ รัฐศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาสหวิทยาการเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น คณะรัฐศาสตร์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 9 ม.ค.2567]. เข้าถึงได้จาก: http://www.islocal.ru.ac.th/pdffile/is165/6414880005.pdf

2.นภัสภรณ์ เชิงสะอาด, สิทธิพรร์ สุนทร, เสาวลักษณ์ นิกรพิทยา. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิทยาลัยการเมืองการปกครอง มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2565; 12(3): 112-126 https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jopag/article/view/237574

3.นะชาวีร์ สมหวังพรเจริญ, ธีระวุธ ธรรมกุล, อารยา ประเสริฐชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและการตัดสินใจถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดกาญจนบุรี.วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล 2565; 35(2): 33-50 https://ph01.tci-thaijo.org/index.php/vujournal/article/download/248142/170087

4.ตุลยวดี หล่อตระกูล, อนุวัต กระสังข์, ธิติวุฒิ หมั่นมี. ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรับถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น 2564; 7(6): 31-42. https://so03.tci-thaijo.org/index.php/IARJ/article/view/262213

5.กรณิศ ส่อนชัย, เพิ่ม หลวงแก้ว, ภีชญา จงอุดมการณ์. การกระจายอำนาจทางการปกครองสู่ท้องถิ่นกับปัญหาการจัดโครงสร้างงานของรัฐ กรณีศึกษาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. วารสารวิชาการปัญญาปณิธาน 2566; 8(2) 211-224 https://so05.tci-thaijo.org/index.php/PPJ/article/view/269598

6.อานนท์ กุลธรรมานุสรณ์, นิธิวัชร์ แสงเรือง, เยาวลักษณ์ แหวนวงษ์, หทัยรัตน์ โกษียาภรณ์, วรณัน วิทยาพิภพสกุล, จรวยพร ศรีศศลักษณ์, และคณะ. รายงานการวิจัย: การประเมินการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: สังเคราะห์บทเรียนจากพื้นที่ 51 แห่งและทางเลือกในเชิงนโยบาย. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 9 ม.ค.2567] เข้าถึงได้จาก: https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4866?locale-attribute=th

# ผลของการสนทนากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในตำบลหนองญาติ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

# Effects of group motivational interviewing on blood sugar control in uncontrolled type 2 diabetic patients in Nong Yat Subdistrict, Mueang District, Nakhon Phanom Province.

(Received: March 7,2024 ; Revised: April 21,2024 ; Accepted: April 26,2024)

**พิศมัย สูตรสุวรรณ**[1]
**Pissamai Sootsuwan**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ศึกษาผลของการสนทนากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ออกแบบวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 33 คน ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนทนากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจ 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือนธันวาคม 2566-มีนาคม 2567 ประเมินการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม การรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเอง พฤติกรรมและระดับน้ำตาลในเลือด เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามชนิดถาม และผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มด้วยสถิติ Parried t-test และระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test พร้อมประมาณช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 65.7 ปี และ 65.6 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มเป็นเพศหญิง สถานภาพสมรส การศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและอาชีพหลักเกษตรกรรม ผลการสนทนากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจพบว่า ทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม การรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ (p-value<0.05) และระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองระยะหลังการทดลองลดลงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.01) และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.01)

**คำสำคัญ**: โปรแกรมสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม, การควบคุมน้ำตาลในเลือด

**ABSTRACT**

This research aimed to study effects of group motivational interviewing on blood sugar control in type 2 diabetic patients with poor blood sugar control. Quasi-experimental research designed with control group. The sample size were 33 samples each group and enrolled by simple random sampling. The experimental group received a 12-week group motivational interviewing program during December 2023-March 2024 and assess attitude changes, perceived subjective norms, perceived behavioral control, blood sugar control behavior and blood sugar levels. Data were collected using a questionnaire. Data were analyzed using numbers, percentages, means and standard deviations and compare mean differences within groups with the Parried t-test and between groups with the independent t-test at significant level 0.05. Results: The average age of the samples were 65.7 years and 65.6 years, respectively. Most of both groups were female, marital status, primary education, and agriculture occupation. The results found that attitudes, perceptions of subjective norms, perceived behavioral control, blood glucose control behavior in the experimental group increased more than before the experiment and were significantly higher than control group after experiment (p-value<0.05) and blood sugar levels in the experimental group in the post-experiment period were significantly lower than in the pre-experiment period (p-value<0.01) and was significantly different from the control group after the experiment. (p-value<0.01)

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองญาติ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครพนม

**Keywords:** Group motivational interviewing, blood glucose control

**บทนำ**

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพประชาชนวัยแรงงานตอนปลายและผู้สูงอายุจำนวนมากในทุกประเทศทั่วโลกได้แก่ เบาหวานชนิดที่ 2 (Diabetes Type 2) นอกจากจะกระทบต่อสถานะสุขภาพประชากรโดยทั่วไปแล้วยังสร้างผลกระทบความมั่นคงของระบบสุขภาพอย่างมากมาย องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี พ.ศ. 2565 ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 422 ล้านคน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลางและผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานกว่าปีละ 1.5 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในระยะกว่า 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา[1] และสร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจกว่าปีละ 465 พันล้านเหรียญสหรัฐ[2] เบาหวานชนิดที่ 2 เป็นกลุ่มอาการเมตาบอลิซึมผิดปกติเรื้อรังจากการดื้ออินซูลินหรือมีอินซูลินไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติเรื้อรังนำไปสู่การก่อความเสียหายร้ายแรงต่อหัวใจ หลอดเลือด ตา ไต และเส้นประสาทเมื่อเวลาผ่านไป ก่อปัญหาการตายก่อนวัยอันควร เกิดความพิการ คุกคามคุณภาพชีวิต ระบบสุขภาพและการพัฒนาประเทศโดยรวม เช่น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองถึง 2-3 เท่า รวมทั้งความพิการจากปลายประสาทอักเสบ แผลที่เท้าเรื้อรัง การติดเชื้อง่ายและส่งผลต่อความพิการ[3] ก่อโรคจอประสาทตาเสื่อมกว่าปีละ 1 ล้านคนทั่วโลก[4] และเป็นสาเหตุหลักภาวะไตวายเรื้อรังในประชากรทั่วโลก[5] องค์การอนามัยโลกได้ออกมาตรการตอบสนองสถานการณ์ดังกล่าวโดยสนับสนุนการพัฒนาบริการผู้ป่วยเบาหวานให้เกิดประสิทธิภาพในการชะลอ ป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว[1] จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมามีหลักฐานเชิงประจักษ์มากมายที่บ่งชี้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างวิถีชีวิตสุขภาพ (Healthy lifestyle) ในผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การลดน้ำหนักพอประมาณ การออกกำลังกายเป็นประจำ การรับประทานยาและพบแพทย์สม่ำเสมอ การบริหารความเครียด การไม่สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรักษาระดับน้ำตาลในเลือดได้ในระดับที่ดีต่อสุขภาพและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ[6-8] อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ากว่า 60% ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดี [9-10] โดยสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับการควบคุมน้ำตาลในเลือดที่ดีและเพียงพอในระยะยาว การไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่และปัญหาทางอารมณ์ ซึ่งส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลงของผู้ป่วยเบาหวานในระยะยาว อย่างไรก็ตามจากผลการทบทวนวรรณกรรมระยะหลังชี้ให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมแทรกแซงทางจิตวิทยาในผู้ป่วยเบาหวานสามารถช่วยในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานได้ดีและมีประสิทธิภาพได้แก่ กระบวนการสนทนากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ในผู้ป่วยเบาหวานสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิผลมากกว่าวิธีอื่นๆ[11-12] สอดคล้องกับผลการวิจัยของวิงเลย์และคณะได้วิเคราะห์แบบเมต้าในประสิทธิผลของการแทรกแซงทางจิตวิทยาสำหรับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในเด็กและผู้ใหญ่ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่าไม่พบการลดลงของระดับฮีโมโกลบินเอ วันซี (Hemoglobin A1c: HbA1c) ในเด็กในขณะที่การวิเคราะห์เมตาในกลุ่มผู้ใหญ่แสดงให้เห็นให้ผลเชิงบวกต่อการลดลงของ ระดับฮีโมโกลบินเอ วันซี[13] สอดคล้องกับการใช้กิจกรรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงในในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในนอร์ทเวส ประเทศอิหร่านพบว่าสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการปกติในคลินิกที่ไม่ใช่การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ[14]

สอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่จังหวัดนครราชสีมาที่ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ดีเพิ่มการรับรู้สมรรถนะตนเองด้านการจัดการตนเองสามารถควบคุมน้ำตาลได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับกิจกรรมในระบบบริการปกติ[15] ผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจสามารถสร้างผลกระทบทางบวกแก่ผู้รับบริการมากกว่าการให้คำแนะนำหรือการให้ความรู้ในการบริการปกติอย่างมีนัยสำคัญ[16] จากการทบทวนวรรณกรรมดังที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า การส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายควบคุมโรคหรือปัญหาสุขภาพให้เกิดประสิทธิผลนั้นจะต้องสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้น การกำจัดความสับสนและแรงต้านทางอารมณ์ ความเชื่อทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม รวมทั้งสร้างความเชื่อมั่นต่อการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นหลักของการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ และกระบวนการเปลี่ยนแปลงยังมีการเปลี่ยนแปลงตามลำดับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงซึ่งมีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ในระดับสูง[17] ดังนั้นจึงพบว่าสามารถนำมาใช้ในการบัดบัดผู้มีปัญหาทางสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ เพื่อมุ่งหมายให้ผู้รับบริการประสบผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

จังหวัดนครพนมเป็นจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง ในปี พ.ศ.2565 มีผู้ป่วยเบาหวานสะสมจำนวน 39,000 รายและเพิ่มเป็น 40,784 รายในปี พ.ศ.2566 ในจำนวนนี้ควบคุมเบาหวานได้ในระดับปกติเพียงร้อยละ 32.4 และ 34.1 ตามลำดับ[18] ส่วนตำบลหนองญาติประกอบด้วย 13 หมู่บ้านมีประชากรรวม 6,466 ราย[19] และป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 898 ราย หรือร้อยละ 13.8 ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเบาหวานมารับการตรวจต่อเนื่องและควบคุมน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 14.8 และ 15.4 ตามลำดับ[18] จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดีให้ข้อมูลว่าไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารตามที่ได้รับการแนะนำจากคลินิกเบาหวานได้เพียงพอและต่อเนื่อง โดยเฉพาะการรับประทานอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลสูง รวมทั้งการับประทานผลไม้รสหวานตามฤดูกาล รวมทั้งไม่สามารถออกกำลังกายได้เพียงพอและสม่ำเสมอ รวมทั้งขาดการรับประทานยาและไปพบแพทย์สม่ำเสมอซึ่งตรงข้ามกับผู้ที่ควบคุมน้ำตาลได้ดี ที่มีวิถีชีวิตสุขภาพดีกว่ามาก โดยกิจกรรมแทรกแซงที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับบริการในคลินิกเบาหวานส่วนใหญ่จะได้รับคำแนะนำ การให้บริการปรึกษาและการให้ความรู้ผ่านการให้สุขศึกษาในวันที่จัดบริการคลินิกเบาหวานซึ่งไม่มีความเข้มข้นเพียงพอที่จะเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสุขภาพได้ จากเหตุผลและหลักการที่กล่าวมาผู้วิจัยในฐานะที่รับผิดชอบงานคลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองญาติ จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการสนทนากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงความเชื่อทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มและความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตควบคุมเบาหวานด้วยตนเองให้บรรลุเป้าหมายภายใต้การจัดการแรงต้านและสนับสนุนให้เกิดการลื่นไหลในการปฏิบัติ ซึ่งจะส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีประสิทธิผล ซึ่งนอกจากจะลดผลกระทบจากโรคเบาหวานและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานในระยะยาวได้แล้ว ยังจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการผู้ป่วยเบาหวานในสถานบริการและสามารถขยายผลในวงกว้างเพื่อให้เกิดคุณประโยชน์ต่อผู้ป่วยเบาหว่านและระบบสุขภาพในวงกว้างต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษาผลของการสนทนากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในตำบลหนองญาติ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

**วิธีการศึกษา**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบวัดก่อนและหลังการทดลอง (A quasi experimental time series design)

**ประชากรศึกษาและตัวอย่าง**

ประชากรได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และอยู่ในเกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมในการวิจัย โดย เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) มีดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยในเขตตำบลหนองญาติและตำบลอาจสามารถ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนมต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี 2) เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยมีระดับฮีโมโกลบินเอวัน ซี มากกว่า 6.5 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์จากการเจาะเลือดตรวจคัดกรองประจำปีในรอบปีที่ผ่านมาและมีระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting blood sugar: FBS) จากการตรวจคักรองโดยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้วตามวิธีคัดกรองมาตรฐานในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาสูงกว่า 130 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์ 3) สามารถอ่าน เขียนและสื่อสารภาษาไทยได้ดี 4) ยินยอมเป็นอาสาสมัครเข้าร่วมในการวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ครบตามกิจกรรมที่วางแผนไว้ในโปรแกรม 2) ไม่สามารถให้ข้อมูลในการวัดตัวแปรได้ครบถ้วนและขาดความสมบูรณ์เพียงพอที่จะวิเคราะห์ผลการวิจัยได้

**เครื่องมือในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการสนทนากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในตำบลหนองญาติ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและร่างโครงร่างโปรแกรมและขยายเป็นรายละเอียดในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม 5 ขั้นตอน ซึ่งจะดำเนินการในระยะเวลา 3 เดือน ระหว่างเดือนธันวาคม 2566-มีนาคม 2567 ได้แก่

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมกลุ่มเพื่อระบุสถานการณ์ปัญหาที่คุกคามความสุขหรือคุณภาพในการดำเนินชีวิตจากโรคเบาหวานปัญหาการควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ผลกระทบที่จะเกิดขึ้น วิเคราะห์สาเหตุที่ส่งผลให้ควบคุมน้ำตาลไม่ดี วิเคราะห์สิ่งแวดล้อม อารมณ์ พฤติกรรม ความห่วงใยต่อปัญหาและเป้าประสงค์ที่อยากจะเป็นเกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวาน นักวิจัยและพยาบาลผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้อำนวยการจัดกิจกรรมเป็นผู้ร่วมวิเคราะห์และส่งเสริม สนับสนุนการวิเคราะห์ตนเองให้ครอบคลุมทุกมิติและทุกคน กรณีมีแรงต้านให้พยายามเข้าใจและหมุนไปตามแรงต้านเมื่อไว้วางใจแล้ว จะยกตัวอย่าง ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้พิจารณาและวิเคราะห์ตนเองและกำหนดเป้าหมายตนเองและการตัดสินใจว่าปัญหาและเป้าหมายใดที่ต้องการมุ่งเน้นในการเปลี่ยนแปลงและจัดการ การวิเคราะห์และตระหนักถึงอารมณ์ แรงจูงใจ ความรู้ ความคิด ทัศนคติ อารมณ์และความเชื่อมั่น ความต้องการสนับสนุนเมื่อจะเปลี่ยนแปลง พยาบาลกลุ่มจะสนับสนุนให้แบ่งปันความคิดของอาสาสมัครกับกลุ่มเพื่อนและตัวเองด้วยการเขียนและพูดกับตัวเองพร้อมกับจดบันทึกไว้ในสมุดพกส่วนตัว

สัปดาห์ที่ 2 กำหนดพฤติกรรมที่จะเปลี่ยน กำหนดตารางเวลา ปริมาณหรือความถี่ที่จะปฏิบัติ ระดับความรู้ ความคิด อารมณ์ ที่จะสังเกตเมื่อเริ่มต้นเปลี่ยน กำหนดสิ่งสนับสนุนที่ต้องการ กำหนดอารมณ์ทางบวกที่จะสนับสนุนการเปลี่ยนอารมณ์หรือความคิดทางลบที่จะขัดขวางการเปลี่ยนแปลง สร้างคำพูดบันดาลใจหรือข้อความทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงตนเองด้วยตนเองและเขียนลงในสมุดการบ้านและพูดกับตนเองว่าตนเองจะทำอะไร เพื่ออะไรและจะสำเร็จเมื่อใด สร้างพันธสัญญาร่วมกันภายในกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 3 การลงมือทำตามกำหนดในสมุดการบ้าน แลกเปลี่ยนกับพยาบาล กลุ่มเพื่อนและแหล่งสนับสนุนและปรับแก้ปัญหาอุปสรรคที่ขัดขวางการเปลี่ยนแปลง ประเมินความเชื่อมั่นในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง

สัปดาห์ที่ 4 ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงตามเป้าหมาย อารมณ์ ความรู้สึก ความรู้ ความเชื่อมั่น

การรับรู้การเปลี่ยนแปลงและทำซ้ำในประเด็นที่สำเร็จและปรับปรุงสิ่งที่ยังเป็นอุปสรรคและยังแก้ไขได้ไม่ดี

สัปดาห์ที่ 5 สนับสนุนการแลกเปลี่ยนภายในกลุ่ม เผยกลยุทธ์ตนเอง ความมั่นใจของตนเอง ชื่นชมยินดีและนักสร้างแรงจูงใจสนับสนุนข้อมูลและแนวทางในการจัดการปัญหาและอุปสรรค

โดยจะวางแผนการจัดกิจกรรมโดยการจัดกลุ่มในสถานบริการ 5 ครั้งและติดต่อแลกเปลี่ยนสนับสนุนในกลุ่มและมีสมุดการบ้าน (Workbook) เพื่อจดบันทึกสิ่งที่ตนเองวางแผนและตรวจสอบการปฏิบัติเพื่อกำกับการทำกิจกรรมและจดบันทึก

สัปดาห์ที่ 5-12 จะเป็นการตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงตามเป้าหมาย อารมณ์ ความรู้สึก ความรู้ ความเชื่อมั่น การรับรู้การเปลี่ยนแปลงและทำซ้ำในประเด็นที่สำเร็จและปรับปรุงสิ่งที่ยังเป็นอุปสรรคและยังแก้ไขได้ไม่ดีและสนับสนุนการแลกเปลี่ยนภายในกลุ่ม เปิดเผยกลยุทธ์ตนเอง ที่ส่งผลให้สามารถควบคุมน้ำตาลได้สำเร็จ ความมั่นใจของตนเอง ชื่นชมยินดีและนักสร้างแรงจูงใจสนับสนุนข้อมูลและแนวทางในการจัดการปัญหาและอุปสรรค

คุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือนี้ได้รับการประเมินความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ การพยาบาลโรคเรื้อรัง ระเบียบวิจัยและสถิติได้ค่าดัชนีความตรง (Index of congruence: IOC.) เท่ากับ 0.75

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามชนิดถามตอบด้วยตัวเอง (Self-administered questionnaire) ได้แก่ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ครอบคลุมปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคมครอบคลุม อายุ ภูมิลำเนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว การมีโรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง รวมทั้งหมด 9 ข้อ ส่วนที่ 2 ได้แก่ 2.1) แบบประเมินทัศนคติทัศนคติต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยพัฒนาข้อคำถามจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการและการทบทวนวรรณกรรมและนำมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินทัศนคติของ Ajzen[22]รวมข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ให้ระดับการวัดเป็นช่วงอันดับ 0-5 คะแนนในแต่ละข้อ 2.2) แบบประเมินการรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้วิจัยพัฒนาข้อคำถามจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยเบาหวานเป้าหมายที่มารับบริการและการทบทวนวรรณกรรมและนำมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินการรับรู้ บรรทัดฐานกลุ่มของ Ajzen[22] รวมข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ให้ระดับการวัดเป็นช่วงอันดับ 0-5 คะแนนในแต่ละข้อ 2.3) แบบประเมินการรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้วิจัยพัฒนาข้อคำถามจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยเบาหวานเป้าหมายที่มารับบริการและการทบทวนวรรณกรรมและนำมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินการรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองของ Ajzen[22] รวมข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ให้ระดับการวัดเป็นช่วงอันดับ 1-6 คะแนน ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้วิจัยพัฒนาข้อคำถามจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการและการทบทวนวรรณกรรมและนำมาปรับปรุงข้อคำถามให้ครอบคลุมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การบริหารอารมณ์สังคม การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและรับประทานยา จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 4 ได้แก่ แบบบันทึกผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยวิธีการตรวจ Fasting blood sugar วัดเป็นมิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ เครื่องมือนี้ได้รับการประเมินความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ การดูแลโรคเรื้อรัง ระเบียบวิจัยและสถิติได้ค่าดัชนีความตรง (Index of congruence: IOC.) เท่ากับ 0.75 การประเมินค่าความเที่ยง (Reliability) ในส่วนการวัดตัวแปรด้าน

ทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม การรับรู้สมรรถนะตนเอง ผู้วิจัยนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างนอกพื้นที่ศึกษา จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient: $\alpha$) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม 0.70, 0.72 และ 0.71 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มโดยการสอบ Independent t-test และทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มโดยการทดสอบ Dependent t-test พร้อมประมาณช่วงเชื่อมั่นของค่าเฉลี่ย กำหนดระดับนัยสำคัญการทดสอบที่ 0.05

**จริยธรรมการวิจัย**

การวิจัยนี้ขอรับการพิจารณาและได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่ REC No.104/66 วันที่รับรอง 15 ธันวาคม 2566-14 ธันวาคม 2567

**ผลการศึกษา**

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยมีอายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง 65.7 ปี (SD=9.1) และ 65.6 ปี (SD=9.1) ในกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.7 และในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 51.5 ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส มีระดับการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด อาชีพหลักของครอบครัวได้แก่การประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุดทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่ นอนหลับสนิทเป็นบางคืนเป็นส่วนใหญ่ ให้ความเห็นว่ามีสุขภาพและจิตใจเป็นปกติเป็นส่วนใหญ่ ความสัมพันธ์ในครอบครัวอยู่ในระดับดีและมีดัชนีมวลกายส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับอ้วน โดยมีค่าเฉลี่ย 41.2 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ผลการสนทนากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้พบว่า ทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม การรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ (p-value<0.05) รวมทั้งระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองลดลงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.01) และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.01) ส่วนผลวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะระบุความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของข้อมูลตัวแปรในระยะระยะก่อนและหลังการทดลอง

ผลการสนทนากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในตำบลหนองญาติ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งในระยะก่อนและหลังการทดลอง ผลวิจัยพบว่าในระยะก่อนการทดลองไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะระบุความแตกต่างของตัวแปรศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยพบว่า ทัศนคติต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดมีความแตกต่างกันเฉลี่ย -1.72 คะแนน(Mean difference -1.72, 95% CI=-3.3-0.6, P-value >0.52) การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีความแตกต่างกันเฉลี่ย 3.6 คะแนน (Mean difference 3.6, 95% CI=-3.3-0.7, P-value >0.52) การรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีความแตกต่างกันเฉลี่ย 4.1 คะแนน (Mean difference 4.1, 95% CI=-0.4-3.2, P-value >0.08) พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีความแตกต่างกันเฉลี่ย 0.9 คะแนน (Mean difference 0.9, 95% CI=-0.9-2.8, P-value >0.12) และระดับน้ำตาลในเลือดมีความแตกต่างกันเฉลี่ย 15.5

คะแนน (Mean difference 15.5, 95% CI=1.4-31.2, P-value >0.06)

ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังนี้ ด้านทัศนคติต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 1.2 คะแนน(Mean difference 1.2, 95% CI=1.1-3.1, P-value <0.03) การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 3.6 คะแนน (Mean difference 8.0, 95% CI=6.2-9.9, P-value <0.01) การรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 3.9 คะแนน (Mean difference 3.9, 95% CI=2.1-5.7, P-value <0.01) พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 4.3 คะแนน (Mean difference 4.3, 95% CI=2.6-6.3, P-value <0.01) และระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย -4.9 คะแนน (Mean difference 4.9, 95% CI=-16.6-7.5, P-value <0.01) รายละเอียดต่างๆ ดังแสดงในตารางที่ 3

โดยผลการสนทนากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่า ทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม การรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ (p-value<0.05) รวมทั้งระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองลดลงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.01) และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.01) ส่วนผลการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะระบุความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของค่าตัวแปรระหว่างระยะก่อนและหลังการทดลอง

**สรุปและอภิปรายผล**

จากผลการวิจัยเรื่อง ผลของการสนทนากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในตำบลหนองญาติ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม การอภิปรายผลการวิจัยจะแยกเป็นรายประเด็นดังนี้ จากผลการวิจัยนี้ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value< 0.01) และสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการสนทนากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิผลต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานได้ดีกว่าการให้บริการปกติในคลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองญาติ ทั้งนี้กระบวนการสนทนากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นกระบวนการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มที่มีขั้นตอนสร้างกระบวนการเรียนรู้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมกระบวนการสนทนากลุ่มโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทีมนักวิจัยวิจัยทำหน้าที่สนับสนุนการจัดกระบวนการตามหลักพื้นฐาน 5 ประการได้แก่ 1) การแสดงความห่วงใย เห็นอกเห็นใจ รับฟังปัญหา การปฏิบัติพฤติกรรม ทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม ความเชื่อมั่นเดิมทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม รวมทั้งปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม 2) การสนับสนุนให้เห็นความขัดแย้งที่ก่อให้เกิดปัญหาจากนั้นจะให้ข้อมูลเพื่อสร้างความเข้าใจและสร้างแรงจูงใจให้เกิดความโน้มเอียงที่จะกระทำพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นไปในทิศทางที่พึงประสงค์ 3) จากนั้นจะพูดจูงใจโดยวิธีหลีกหนีความขัดแย้งและลดแรงต้านหลีกเลี่ยงการเอาชนะ เพื่อสร้างกระบวนการ

ตั้งเป้าหมายด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และกำหนดแผนและกิจกรรมที่จะปฏิบัติในชีวิตประจำวันในระยะ 5-12 สัปดาห์ข้างหน้า 4) โอนอ่อนตามแรงต้าน ผ่านการให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติแต่ละอย่าง รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นและมอบหมายให้ไปปฏิบัติอย่างจริงจังตามแผนและสนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนภายในกลุ่ม ให้การสนับสนุนกำลังใจ ชื่นชม ส่งเสริมกันภายในกลุ่ม กระบวนการดังกล่าวก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ผ่านการกระทำที่มีเป้าหมายและเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงไปพร้อมกัน เกิดปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม นอกจากจะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านแรงจูงใจ ทัศนคติต่อการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมน้ำตาลที่เหมาะสม ยังจะเกิดความรู้สึกร่วมและบรรทัดฐานความเชื่อ ความคิด ความห่วงใยและความคำนึงถึงผู้อื่นภายในกลุ่มขึ้น 5) ส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมได้และเกิดบรรทัดฐานกลุ่มจากกระบวนการร่วมกันปฏิบัติเป็นกลุ่ม ดังนั้นผู้เข้าร่วมในโปรแกรมจึงเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม ความเชื่อมั่นการปฏิบัติและส่งผลต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลที่เหมาะสมและสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดลงได้ในท้ายที่สุด ผลการวิจัยนี้ดำเนินการตามแนวทางของ Miller และ Rollnick[23] ซึ่งสรุปว่ากระบวนการสนทนากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงผู้รับบริการผ่านการยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยมีผู้จัดกระบวนการเป็นเสมือนผู้ทำหน้าที่โค้ช ให้ข้อมูลสนับสนุน เสริมแรงจูงใจ สนับสนุนกระบวนการปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มและสะท้อนการปฏิบัติตามแผนโดยใช้เทคนิคลดแรงต้านและสร้างความร่วมมือสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้ขึ้นภายในกลุ่มจนสามารถเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางจิตวิทยา พฤติกรรมและส่งผลกระทบต่อการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทั้งนี้กระบวนการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นกระบวนการเรียนรู้ซึ่งเกิดจากการประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีการเรียนรู้มาไว้ในกระบวนการ[24] ซึ่งจะมีทั้งการเรียนรู้แบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ผ่านกระบวนการ 1) การจัดกระบวนการเรียนรู้ 2) การจัดสถานที่และบรรยากาศส่งเสริมการเรียนรู้ 3) การตั้งเป้าหมายและ 4) การสนับสนุนเนื้อหา[25] ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Ornsuda Lertbannaphong และคณะ[26] ซึ่งมีการนำกระบวนการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจมาใช้ในคลินิกผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ในเด็กและในวัยรุ่นที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีในโรงพยาบาลศิริราชสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลงได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาการใช้การสนทนากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมการควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดชลบุรีพบว่าสามารถลดระดับดัชนีมวลกายในกลุ่มทดลองลงได้อย่างมีนัยสำคัญ[27] โดยสอดคล้องกับผลการใช้การสนทนากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและส่งผลต่อประสิทธิผลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าการให้บริการปกติในระบบบริการ[28] สอดคล้องกับผลการศึกษาการนำกระบวนการสนทนากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศตุรกีพบว่าสามารถเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานได้ ทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นและเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้สูงขึ้นได้[29] สอดคล้องกับข้อสรุปขององค์การอนามัยโลกที่ให้ข้อแนะนำว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีวิถีชีวิตสุขภาพที่ดีจะสามารถควบคุมโรคและควบคุมการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ในระยะยาว[30] ดังนั้นการสนทนากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ดีจึงส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานได้ดีผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่มีขั้นตอนตามความพร้อมของสมาชิกกลุ่มและอำนวยการให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่มระหว่างกระบวนการอย่างเหมาะสมและเพียงพอจึงส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้และทำให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมในท้ายที่สุด[24-25] สอดคล้องกับผล

การศึกษาของ Rasouli และคณะ[29] และการศึกษาของ Mansour Shakiba, Maryam Navaee, Yassamin Hassanzei[31] ที่พบว่าทัศนคติส่งผลต่อต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองได้ดีขึ้นกว่าก่อน การทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นกระบวนการนี้ยังสามารถยกระดับการรับรู้สมรรถนะตนเองในการควบคุมน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองได้สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้การรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองเป็นปัจจัยจิตวิทยาที่บ่งชี้ถึงความเชื่อมั่นในการกำกับตนเองให้ปฏิบัติพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ความเชื่อมั่นนี้เกิดขึ้นจากประสบการณ์ การมีตัวแบบให้เรียนรู้ การลองปฏิบัติจนทำได้จะเกิดความมั่นใจขึ้นว่าสามารถกำกับตนเองให้ปฏิบัติพฤติกรรมเฉพาะนั้นๆ ได้และจะส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมในระยะต่อมา[32] ในกระบวนการนักวิจัยจะให้คำแนะนำการสาธิตและให้ทดลองปฏิบัติตามการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับการควบคุมน้ำตาลในเลือดในชีวิตประจำวัน เช่น การเดิน การเคลื่อนไหวร่างกาย การออกกำลังกาย การควบคุมและรับประทานอาหารที่เหมาะสม การรับประทานยาควบคุมเบาหวานเพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้จากการบอกเล่า สาธิตและทำตาม ชื่นชมและให้นำไปปฏิบัติต่อที่บ้าน เมื่อผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติไปในระยะหนึ่งจะเกิดการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงตัวเอง เช่น ความแข็งแรงร่างกายดีขึ้น สบายตัวมากขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ความดันโลหิตลดลง ได้รับคำชมจากพยาบาลหรือแพทย์ว่าปฏิบัติดีแล้วก็จะเกิดความมั่นใจและเชื่อมันในตนเองต่อการปฏิบัติของตนเองและรู้สึกเชื่อมั่นว่าจะควบคุมให้ตนเองปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวได้ง่ายและมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ความเชื่อมั่นหรือการรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาในกลุ่มการเรียนรู้ทางสังคม ทั้งนี้การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลนั้นเกิดจากการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องแบบอัตโนมัติเพื่อดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม เกิดการเรียนรู้ผ่านการลองผิดลองถูกหรือผลจากการเสริมประสบการณ์จนเกิด การบรรลุเป้าหมายหรือก้าวข้ามอุปสรรคในการดำเนินชีวิตดังกล่าวมาแล้ว บุคคลจะเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-confident) ขึ้นมาโดยบุคคลสามารถรับรู้ความเชื่อมั่นดังกล่าวนี้ว่าการปฏิบัติอีกครั้งด้วยตนเองนั้นเป็นสิ่งที่ยากหรือง่าย[33] ผู้ที่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูงจะมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำๆ อีก ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาการใช้กระบวนการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานประเทศอิหร่านที่สามารถยกระดับความเชื่อมั่นด้านการรับรูสมรรถตนเองในการควบคุมน้ำตาลในเลือดและส่งผลต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดให้ดีขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญ[34] รวมทั้งผลการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ในประเทศตุรกีที่พบว่ากระบวนการสนทนาเพื่อสร้างแรงบันดาลใจสามารถยกระดับความเชื่อมั่นในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ[35]

กระบวนการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มทดลองได้ปฏิสัมพันธ์ แลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ระหว่างกันใน กระบวนการจัดกิจกรรมดังนั้นจึงเกิดการซึมซับและสร้างการรับรู้ความเป็นกลุ่มขึ้นมาและสามารถยกระดับการรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มได้ [36] จึงพบว่ากลุ่มทดลองในการวิจัยนี้มีระดับการรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มสูงกว่ากลุ่มควบคุมและสูงกว่าในระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มเป็นการรับรู้ส่วนบุคคลด้านความคาดหวังของคนรอบข้างและคนในสังคมที่สำคัญต่อเขา (Significant others expectation) และผลักดันการปฏิบัติหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเฉพาะเจาะจงตามความเชื่อและการรับรู้ความความคาดหวังนั้น การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มส่งผลต่อความตั้งใจและการปฏิบัติพฤติกรรมตามความเชื่อตามบรรทัดฐานกลุ่ม[37] ดังนั้นจึงสามารถสร้างแรงผลักดันในตัวบุคคลให้ปฏิบัติตามบรรทัดฐานกลุ่มได้ ทั้งนี้มนุษย์เป็นสัตว์สังคมอาศัยรวมกันเป็นกลุ่มก่อเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและการเรียนรู้ทางสังคม จึง

เกิดบรรทัดฐานทางสังคมในการอยู่ร่วม สมองส่วนรู้คิดจะรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มคนรอบข้างและคนส่วนใหญ่แล้วใช้อ้างอิงการปฏิบัติในกลุ่มและในสังคมที่อาศัยอยู่

โดยสรุป กระบวนการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มในการวิจัยนี้สามารถเพิ่มประสิทธิผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมในการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ผ่านกระบวนการจัดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบผ่านเทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ โดยมีการสนับสนุนข้อมูลอย่างเพียงพอและอำนวยการให้เกิดปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางจิตวิทยา ได้แก่ ทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มและความเชื่อมั่นจึงส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้นและส่งผลกระทบต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ดียิ่งขึ้นในท้ายที่สุด

**ข้อเสนอแนะ**

1. ควรนำโปรแกรมสนทนากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มนี้ ไปเป็นโปรแกรมทางเลือกในการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในตำบลหนองญาติในบริการปกติเพื่อยกระดับความมีประสิทธิผล ประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

2. เป็นโปรแกรมทางเลือกที่มีประสิทธิผลในการขยายผลใช้ในงานบริการคลินิกเบาหวานเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่มีประสิทธิภาพในระยะยาวในหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง

3.ควรนำโปรแกรมนี้ไปวางแผนทดลองให้มีความน่าเชื่อถือในวงกว้างเพื่อนำไปกำหนดเป็นทางเลือกเชิงนโยบายในการให้บริการในคลินิกเบาหวายในระยะยาวและวงกว้างต่อไป

4.ควรวิจัยเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพผ่านการวิจัยเปรียบเทียบและวิเคราะห์ต้นทุนระหว่างรูปแบบการให้บริการเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มกับการให้บริการอื่นๆ ในคลินิกเบาหวานเพื่อเสนอเป็นทางเลือกในการตัดสินใจเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพต่อไป

**ข้อจำกัดของการวิจัย**

การวิจัยนี้ศึกษาในขอบเขตประชากรที่แคบ ดังนั้นการอ้างอิงผล วิจัยไปใช้จึงมีข้อจำกัดภายใต้ของเขตประชากรของการวิจัยนี้

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ให้คำปรึกษาข้อเสนอแนะ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณบุคลากร เจ้าหน้าที่ อาสาสมัครที่สนับสนุนและร่วมวิจัยจนการวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

**เอกสารอ้างอิง**

1. WHO. Diabetes [Internet]. 2023 [cited 2023 Jan 22]. Available from: https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1
2. Zhang, P., Zhang, X., Brown, J., Vistisen, D., Sicree, R., Shaw, J., Nichols, G. Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Res Clin Pr. 2010;(87):293–303.
3. Sarwar, N., Gao, P., Seshasai, SR., Gobin, R., Kaptoge, S., Di Angelantonio, et al. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. Lancet. 2010;26(375):2215–22.
4. Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study. Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION 2020: the

Right to Sight: an analysis for the Global Burden of Disease Study GBD 2019 Blindness and Vision Impairment Collaborators. Lancet Glob Health. 2021;9:า141-160.

5. Saran, R. Li, L., Robinson, B., & et al. US Renal Data System 2014 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States. Am J Kidney Dis. 2015;66(1 (supp)):s1305-316.
6. Hu, G., Jousllahti, P. & Barengo, N.C. Physical activity, cardiovascular risk factors, and mortality among Finnish adults with diabetes. Diabetes Care. 2005;28(799–805).
7. Carol, E., Koro, S.J.B., Bourgeois, N., Fedder, D.O. Glycemic Control From 1988 to 2000 Among U.S. Adults Diagnosed With Type 2 Diabetes: A preliminary report. Diabetes Care. 2004;27(1):17–20.
8. Sun, J. & Buys, N.J. Glucose- and glycaemic factor-lowering effects of probiotics on diabetes: a meta-analysis of randomised placebo-controlled trials. Br J Nutr. 2016;115(7):1167–77.
9. Chapman, A., Liu, S., Merkouris, S., Enticott, J.C., & et al.et al. Psychological Interventions for the Management of Glycemic and Psychological Outcomes of Type 2 Diabetes Mellitus in China: A Systematic Review and Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials. Front Public Health. 2015;3:252–66.
10. Tolin, D.F. Is cognitive–behavioral therapy more effective than other therapies?: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev. 2010;30(6):710–20.
11. Winkley, K., Upsher, R., Stahl, D., Pollard, D., Brennan, A., Heller, S., et al. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in children and adults with type 1 diabetes. Diabetes Med. 2020;37(5):735–46.
12. Maslakpak, M.H., Parizad, N., Ghahremani, A. & Alinejad, V.. The effect of motivational interviewing on the self-efficacy of people with type 2 diabetes: A randomised controlled trial. J Diabetes Nurs. 2021;25(4):1–8.
13. กฤตกร หมั่นสระเกษ, ทัศนีย์ รวิวรกุล และ, สุนีย์ ละกำปั่น. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. 2019;25(2):87–103.
14. Rubak, S., Sanbaek, A., Laurizen, T.. & Christensen, B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract. 2005;55:305–12.
15. Hall, K., Gibbie, T. & Lubman, D.I. Motivational interviewing techniques Facilitating behaviour change in the general practice setting. Austrlian Fam Physician. 2012;41(9):660–7.
16. กลุ่มรายงานมาตรฐาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. รายงานตามตัวชี้วัดใน NCDs ClinicPlus [Internet]. 2566. Available from: https://npm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php
17. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานข้อมูลตำบลหนองญาติ [Internet]. 2565. Available from: https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp_village?region
18. Chow, S-C., Shao, J., Wang, H., Lokhnygina, Y. Sample Size Calculations in Clinical Research. 3rd ed. New York: Chapman and Hall/CRC; 2017.
19. คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองญาติ. รายงานการดำเนินงานคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองญาติ. นครพนม: (เอกสารอัดสำเนา); 2565.
20. Ajzen, I. The Theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process. 1991;50(2):179–211.
21. Miller, W. R., & Rollnick, S. Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. 2nd ed. New Yor: Guilford Press.; 2002.
22. Söderlund, L.L. Motivational interviewing in Theory and practice [Medical Dissertations]. [Sweden]: Division of Community Medicine Department of Medical and Health Sciences Linköping University; 2010.
23. Malcolm, J., Hodkinson, P., & Colley, H. The interrelationships between informal and formal learning. J Workplace Learn. 2003;15:313–8.
24. Ornsuda Lertbannaphong, Pimonsri Hantanasiriskul, Pornpimol Kiattisakthavee, Sunsanee, Ruangson, Nantawat Sitdhiraksa & Jeerunda Santiprabhob. Effect of Diabetes Self-Management Education (DSME)

with and without Motivational Interviewing(MI) on Glycemic Control among Children and Adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus: A Randomized Controlled Trial. Siriraj Med J. 2021;73:635–43.

25. ลักษณา พงษ์ภุมมา, ขวัญตา เพชรมณีโชติ, เชษฐา แก้วพรมและเมทณี ระดาบุตร. ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและดัชนีมวลกายในวัยผู้ใหญ่ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด โรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2563;14(1):21–31.
26. Li, Z., Chen, Q., Yan, J., Liang, W., William, C. & Wong, W. Effectiveness of motivational interviewing on improving Care for Patients with type 2 diabetes in China: A randomized controlled trial. BMC Health Serv Res. 2020;20(57):1–9.
27. Seki, H. & Buyuksoy, G.D. The Effects of Motivational Interview on Healthy Behaviour and Quality of Life in the Uncontrolled Type 2 Diabetes Patients. Int J Caring Sci. 2022;15(2):1194–201.
28. WHO. Diabetes [Internet]. 2022 [cited 2023 Oct 12]. Available from: https://www.who.int/health-topics/diabetes?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAopuvBhBCEiwAm8jaMZVpwyHFU_SPyHEZX23Q0ScTfCyIzr3gS_6TqAX-VA8sugBSZWgo5RoC03EQAvD_BwE#tab=tab_1
29. Rasouli M, Sokhan GA, Keramat A, Khosravi A, Fooladi E,, Mousavi SA. The impact of motivational interviewing on participation in childbirth preparation classes and having a natural delivery. BJOG. 2017;124:631–9.
30. Mansour Shakiba, Maryam Navaee, Yassamin Hassanzei. The effect of motivational interviewing on attitude and practice about type of delivery in primigravid women requesting elective cesarean section referring to comprehensive health services centers. J Educ Health Promot. 2020;9:1–8.
31. Ajzen, I. Constructing a theory of planned behavior questionnaires [Internet]. 2010 [cited 2022 Feb 12]. Available from: https://people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf
32. Atkins, R. Self-efficacy and the promotion of health for depressed single mothers. Ment Health Fam Med. 2010;7:155–68.
33. Masumeh Hemmati Maslakpak, Naser Parizad, Amir Ghahremani & Vahid Alinejad. The effect of motivational interviewing on the self-efficacy of people with type 2 diabetes: A randomised controlled trial. J Diabetes Nurs. 2021;25(4):1–8.
34. Hasan Evcimen, Fatos Uncu & Ihsan Esen. Investigation of the Effect of Motivational Interviewing on Self-Efficacy Levels in Adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus. Int J Caring Sci. 2021;14(1):298–301.
35. Wagner, C.C., & Ingersoll, K.S. Motivational Interviewing in Groups. New York: Guilford Press; 2012.
36. Ajzen, I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis. 1991;(50):179–211.
37. Hershey, D. & Henkens, K. Impact of different types of retirement transition on perceived satisfaction with life. Gerontologist. 2013;54:233–44.

# ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นตำบลนาคูณใหญ่ อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม

# The effective of the program to promote psychological factors and social support in the community on the intention to avoid risky sexual behavior of youth in Na Khun Yai Subdistrict, Na Wa District, Nakhon Phanom Province.

(Received: March 9,2024 ; Revised: April 21,2024 ; Accepted: April 26,2024)

**ปาริชาติ ศุภวรรณวิบูล**[1]
**Parichat Supawanwiboon**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ศึกษาการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น เป็นการวิจัยกึ่งทดลองวัดก่อนและหลังการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายกลุ่มละ 38 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการให้สุขศึกษาจากหน่วยบริการปกติ ดำเนินระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566-มีนาคม 2567 ประเมินการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม การรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ด้วยแบบสอบถามชนิดถามตอบด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มด้วยสถิติ Parried t-test และระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test พร้อมประมาณช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 17.1 ปี และ 17.0 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสถานภาพโสดเป็นส่วนใหญ่ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายเป็นส่วนใหญ่ ครอบครัวส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทั้งหมดมีที่พักอาศัยเป็นบ้านตัวเอง ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกวันร้อยละ 47.7 และ 50.0 ตามลำดับ

**คำสำคัญ**: โปรแกรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ, วัยรุ่น

## Abstract

The purpose of this research aimed to study effectiveness of a program to mental strength and social support to prevent risky sexual behavior in teenagers. Research designed for quasi-experimental research, measuring before and after the experiment with a controlled group. A simple random sampling of 38 people per group was enrolled. The experimental intervention was a 12-week program, while the control group received health education from the regular service unit. This research was performed between November 2023-March 2024 to assess attitude change, perception norms, perceived behavioral control, social support and sexual risk behavior by using a self-questionnaire. Data were analyzed for numbers, percentages, means and standard deviations, and comparing mean differences within groups with Parried t-test and between groups with independent t-test, along with estimating a 95% confidence interval at a significance level of 0.05. The results, the sample has an average age in the experimental and control groups was 17.1 years and 17.0 years. Most were female, single status, high school education, most of their families work in agriculture, all have their own residences, and drink alcohol every day for 47.7% and 50.0%, respectively.

**Keywords:** risky sexual behavior preventive program, adolescent

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาคูณใหญ่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครพนม

**บทนำ**

ในปัจจุบัน ประชากรโลกกว่า 1.2 พันล้านคน อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 10-19 ปี หรือคิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรโลก ในจำนวนนี้มากกว่า 350 ล้านคนอยู่ในทวีปเอเชีย โดยเฉพาะในเอเชียใต้และเอเชียแปซิฟิกกว่า 300 ล้านคน[1] ส่วนในประเทศไทยมีประชากร 66 ล้านคน กลุ่มอายุ 10-19 ปี มีอยู่ร้อยละ 10.7 ในจำนวนกว่า 5.5 ล้านคนอาศัยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร[2] โดยธรรมชาติของวัยรุ่นจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางสมองและร่างกายอย่างรวดเร็วทั้งขนาดและเชิงปริมาณในขณะเดียวกันก็ต้องเรียนรู้เพื่อให้สามารถปรับตัวและใช้ชีวิตในสังคมและสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันและอนาคตให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อมดังนั้นการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ และการปรับตัวในวัยรุ่นจึงมีความเหมาะสมและเกิดขึ้นตลอดเวลาในขณะที่สมองยังเรียนรู้ไม่สมบูรณ์เท่าที่ควรวัยรุ่นจึงจะเผชิญปัญหาต่างๆ อย่างรอบด้านซึ่งจะต้องเรียนรู้ ปรับตัวและกำกับพฤติกรรมตนเองให้เหมาะสมจึงจะก้าวข้างไปสู่วัยผู้ใหญ่ได้อย่างสมบูรณ์[3] ดังนั้นปัญหาการมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านต่างๆจึงพบมากในช่วงวัยรุ่น เช่น ปัญหาอุบัติเหตุ การทะเลาะวิวาท ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์เป็นอีกหนึ่งปัญหาที่คุกคามและสร้างผลกระทบต่อพัฒนาการของประชากรโลกในช่วงวัยรุ่น (4) จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ยน้อยลงเรื่อยโดยมีอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเฉลี่ย 13.2 ปี[4] และมีมารดากว่า 1 ล้านคนที่ตั้งครรภ์และคลอดลูกครั้งแรกเมื่ออายุไม่ถึง 15 ปี [5] โดยสัดส่วนการเคยมีเพศสัมพันธ์แล้งในนักเรียนอายุ 13-17 ปี โดยรวมเคยมีเพศสัมพันธ์แล้วถึงร้อยละ 19.8 และพบในสัดส่วนเพศชายสูงกว่าเพศหญิง และมีคู่นอนมากกว่า 1 คนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาถึงร้อยละ 7.8 ของผู้ที่มีเพศสัมพันธ์แล้วและใช้ถึงยางอนมัยเป็นบางครั้งร้อยละ 73.4[6] ดังนั้นจึงพบจำนวนวัยรุ่นติดเชื้อซิฟิลิสมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 2,818 คน ในปี พ.ศ.2561 เป็น 3,735 คน ในปี พ.ศ.2562 เช่นเดียวกับแนวโน้มการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ถึงแม้จะมีแนวโน้มลดลงแต่ยังอยู่ในสัดส่วนที่สูงถึงร้อยละ 27.6 ของหญิงคลอดทั้งหมดในปี พ.ศ.2562[7] จากข้อมูลบ่งชี้ให้เห็นแนวโน้มปัญหาสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นว่ามีแนวโน้มจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของวัยรุ่นเพื่อให้มีคุณภาพในการก้าวสู่เป็นวัยผู้ใหญ่ต่อไป ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในลักษณะดังกล่าวจะขัดขวางและสร้างผลกระทบในห่วงโซ่การพัฒนาคุณภาพวัยรุ่นไทยทั้งปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรล้วงส่งผลกระทบและขัดขวางการพัฒนาคุณภาพคนไทยทั้งในปัจจุบันและในอนาคต จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับสาเหตุการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นพบว่าปัจจัยหลักได้แก่ ปัญหาด้านความเชื่อและทัศนคติต่อการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ยังไม่เข้มข้นมากพอ รวมทั้งบรรทัดฐานกลุ่มในการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นเป็นที่ยอมรับเฉพาะกลุ่ม รวมทั้งการมีเพศสัมพันธ์และไม่ป้องกันสามารถทำได้ในคนรัก คู่รัก เป็นต้น[8-9] สอดคล้องกับการศึกษาในวัยรุ่นจังหวัดพะเยาพบว่าทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์และการได้รับสื่อกระตุ้นเป็นปัจจัยทำนายการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น[10] การได้รับการกดดันและสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนเป็นสาเหตุให้มีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นในระวันดา[11] รวมทั้งวัยรุ่นที่มีผลการศึกษาต่ำ มีพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การมีแฟน หรือการเคยมีแฟน การบริโภคสื่อกระตุ้นมีความเสี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา[12] ส่วนการแก้ไขปัญหาการมีเพศสัมพันธ์แบบเสี่ยงของวัยรุ่นนั้นส่วนมากดำเนินการในลักษณะโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพทั้งในชุมชน ในโรงเรียนและในสถานบริการสาธารณสุขทั้งการเปลี่ยนแปลงความรู้ การเปลี่ยนทัศนคติและฝึกทักษะการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศแต่ส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในระดับการเปลี่ยนแปลงปัจจัยจูงใจหรือความรู้เท่านั้นกิจกรรมในโปรแกรมดำเนินการในระยะสั้น ขาดการติดตามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงในระยะยาวและไม่เห็นผลในเชิงลดความชุกอย่างจริงจังจึงส่งผลให้ขาดการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบให้ได้ผลอย่างแท้จริง[13] จาก

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากผลการศึกษาในทวีปยุโรปพบว่าการเปลี่ยนแปลงทักษะการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพและสนับสนุนแหล่งเรียนรู้ในวัยรุ่น การพัฒนาทัศนคติ มุมมองทางบวกและความฉลาดในการจัดการตนเองที่เหมาะสมด้านเพศสัมพันธ์ เป็นแนวทางที่ควรดำเนินการในอนาคตเพื่อส่งเสริมความเหมาะสมด้านเพศสัมพันธ์วัยรุ่น[14] รวมทั้งการพัฒนาการรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม รวมทั้งพัฒนาการรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองเป็น[15] ดังนั้นการพัฒนาทักษะการสื่อสารระหว่างเพศที่เหมาะสมให้วัยรุ่นเพื่อต่อรอง ปฏิเสธและรู้เท่าทันความเสี่ยงและผลกระทบของการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนแหล่งเรียนรู้เพื่อพัฒนาทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงและผลกระทบ การพัฒนามุมมองทางบวกต่อชีวิต การสร้างบรรทัดฐานกลุ่มและฝึกทักษะให้สามารถกำกับตนเองจึงเป็นทางเลือกที่ควรดำเนินการเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น

ตำบลคูณใหญ่เป็นหนึ่งตำบลในอำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย 7 หมู่บ้าน มีประชากร 3,349 คน มีประชากรวัยรุ่นอายุ15-19 ปี จำนวน 270 คน[16] ปัญหาความเสี่ยงทางเพศในเยาวชนเป็นหนึ่งในความเสี่ยงของเยาวชนในตำบลนาคูณใหญ่ แนวโน้มการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.5 ในปี พ.ศ.2563 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ.2565 จากสถิติการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ.2564 พบจำนวนวัยรุ่นมารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาคูณใหญ่ด้วยโรคดกโนเรียจำนวน 4 รายในปี พ.ศ. 2564 และเพิ่มขึ้นเป็น 12 รายในปี พ.ศ.2565 มีรายงานการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 3 ราย[17] จากการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี จำนวน 10 คนพบว่า วัยรุ่นในพื้นที่มีการใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนร้อยละ 80 และสามารถเข้าถึงสื่อทางเพศเว็ปโป้และวิดีโอลามกอนาจารได้อย่างไร้ขีดจำกัด และมีเพื่อนในกลุ่มมีแฟนและเคยมีเพศสัมพันธ์ ส่วนน้อยที่ใช้ถุงยางอนามัยกับแฟนและส่วนหนึ่งเปลี่ยนแฟน โอกาสในการออกนอกบ้านไปทำกิจกรรมต่างๆ มีความสะดวกผู้ปกครองส่วนให้โอกาส ส่วนกิจกรรมที่ดำเนินการในพื้นที่จะเป็นการรณรงค์และบรรยายเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนปีละ 1-2 ครั้งและไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นในพื้นที่มากนัก ถ้ามีกิจกรรมที่มุ่งเป้าหมายและส่งเสริมการมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมในพื้นที่จะเกิดประโยชน์มากและยินดีร่วมโครงการ จากข้อมูลทั้งหมดที่ทบทวนมาผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบงานพัฒนางานอนามัยเจริญพันธุ์ เยาวชนและวัยรุ่นจึงมีความสนใจที่จะดำเนินการวิจัยพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นตำบลนาคูณใหญ่ อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม เพื่อลดปัญหาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสมในวัยรุ่นในตำบลนาคูณใหญ่และเป็นต้นแบบโครงการในการขยายผลในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นตำบลนาคูณใหญ่ อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบวัดก่อนและหลังการทดลองและมีการติดตามหลายครั้งหลังการทดลอง การวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมและมีลำดับเวลาติดตามผล (Quasi experimental time series design) หน่วยศึกษาได้แก่เยาวชนอายุ15-19 ปี ในตำบลนาคูณใหญ่อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม จำนวน 270 คน มีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นเยาวชนที่อาศัยอยู่ต่อเนื่องในพื้นที่ตำบลนาคูณใหญ่ อำเภอนาหว้าจังหวัดนครพนมอย่างน้อย 1 ปี อ่าน เขียนและเข้าใจภาษาไทย 2) ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นข้อห้ามหรืออุปสรรคต่อการร่วมกิจกรรมในโครงการ 3) ฟังพูด และเข้าใจภาษาไทย 4) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย เกณฑ์คัดออก

(Exclusion criteria) 1) เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมครบถ้วนไม่ถึงร้อยละ 80 ของการจัดกิจกรรม 2) สูญหาย ไม่สามารถติดตามได้ 3) สมัครใจออกจากการทดลอง 4) มีอุปสรรคและไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นตำบลนาคูณใหญ่ อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและร่างโครงร่างโปรแกรมและขยายเป็นรายละเอียดในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม จำนวน 12 สัปดาห์ ดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1** มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ชี้แจงรายละเอียดโครงการ ประเมินก่อนการทดลอง 2) กิจกรรมเข้าใจตนเองกิจกรรมเข้าใจตนเองด้านพัฒนาการและธรรมชาติของวัยรุ่น หัวข้อ 1) กิจกรรมและร่วมเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในชุมชน 2) การสนทนากลุ่มและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงตนเองและบทเรียนจากแหล่งต่าง 3) การอภิปรายแบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับอุปสรรคและสิ่งกีดขวางการเดินทางชีวิตของวัยรุ่นและมูลค่าการสูญเสียโอกาส พร้อมยกกรณีศึกษา 4) การกำหนดเป้าประสงค์แห่งชีวิตของวัยรุ่น 5) บรรยายสรุปบทเรียนและฝากสื่อไว้ในช่องทางสังคมออนไลน์ 6) มอบหมายงานสัปดาห์ที่ 2 การจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 7) การอภิปรายกลุ่มแบบมีส่วนร่วม 8) การบรรยายสรุป 9) การนำข้อสรุปสู่ช่องยูทูปและเฟสบุคกลุ่ม ระยะเวลาดำเนินการ 5 ชั่วโมง

**สัปดาห์ที่ 2** มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) การรับรู้สถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศผลกระทบและการสูญเสียโอกาสของวัยรุ่น 2) กลยุทธ์การสร้างโอกาสและหลีกหนีความเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น กิจกรรม 1) กิจกรรมการอภิปรายและแลกเปลี่ยนการรับรู้สถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศผลกระทบและการสูญเสียโอกาสของวัยรุ่น 2) กลยุทธ์การสร้างโอกาสและหลีกหนีความเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น 3) การวางแผนชีวิตเพื่อป้องกันความเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของตนเอง (Workbook) 4) การจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 5) การอภิปรายกลุ่มแบบมีส่วนร่วม 6) การบรรยายสรุป 7) การบันทึกและตั้งเป้าหมายและกำหนดกลยุทธ์ในหนังสือวางแผนชีวิต (Workbook) เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของตนเอง 8) การนำข้อสรุปสู่ช่องยูทูปและเฟสบุคกลุ่ม ระยะเวลาดำเนินการ 5 ชั่วโมง

**สัปดาห์ที่ 3** มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ฝึกทักษะการสื่อสารและจัดการความเสี่ยงทางเพศและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการจัดการสถานการณ์เสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ 2) ฝึกทักษะการสื่อสารและจัดการความเสี่ยงทางเพศและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการจัดการสถานการณ์เสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ กิจกรรม 1) การจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 2) การอภิปรายกลุ่มแบบมีส่วนร่วม 3) การบรรยายสรุป 4) การบันทึกและตั้งเป้าหมายและกำหนดกลยุทธ์ในหนังสือวางแผนชีวิต (Workbook) เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของตนเอง 5) การนำข้อสรุปสู่ช่องยูทูปและเฟสบุคกลุ่ม ระยะเวลาดำเนินการ 3 ชั่วโมง

**สัปดาห์ที่ 3-4** มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สร้างกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนและช่วยเหลือกัน 2) สร้างกลุ่มแลกเปลี่ยน ปรึกษาและเสนอแนวทางการจัดการความเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ กิจกรรม 1) อภิปรายกลุ่ม 2) สร้างพันธสัญญา 3) สร้างกลุ่มสังคมออนไลน์ ระยะเวลาดำเนินการ 3 ชั่วโมง

**สัปดาห์ที่ 5** มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) แสดงความห่วงใยและสนับสนุนจากผู้ปกครอง กิจกรรม 1) กิจกรรมส่งความห่วงใยจากผู้ปกครอง 2) ส่งความห่วงใยจากเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน 3) พบปะเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน 4) อภิปรายร่วมการสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมการจัดการทางเพศที่เหมาะสมในวัยรุ่นและรับฟังข้อเสนอและส่งมอบพันธสัญญาในการสนับสนุนเยาวชน ระยะเวลาดำเนินการ 3 ชั่วโมง

**สัปดาห์ที่ 7-12** มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) แลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้คำปรึกษาและเพิ่มความเชื่อมั่น 2) ความห่วงใยและสนับสนุนจากผู้ปกครอง 3) ปรึกษาและตอบคำถามจากผู้รู้ 4) อภิปรายเชิง

ประเด็นความเสี่ยงทางเพศในสังคมไทยและต่างประเทศ 5) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การจัดการความเสี่ยงทางเพศในชุมชน 6) การเรียนรู้ข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ 8) สารความห่วงใยจากผู้ปกครอง 9) การถามตอบและเปลี่ยนและอภิปรายประเด็นทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นข่าวและกระแสในสังคม 10) ช่องทางเฟสบุ้คกลุ่มช่องยูทูป ไลน์กลุ่ม ระยะเวลา 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 วัน

คุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือนี้ได้รับการประเมินความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ การพยาบาลโรคเรื้อรัง ระเบียบวิจัยและสถิติได้ค่าดัชนีความตรง (Index of congruence: IOC.) เท่ากับ 0.65

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามชนิดถามตอบด้วยตัวเอง (Self-administered questionnaire) ได้แก่ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ครอบคลุมปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคมครอบคลุม อายุ ภูมิลำเนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว การมีโรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง รวมทั้งหมด 9 ข้อ ส่วนที่ 2 ได้แก่ 2.1) แบบประเมินทัศนคติทัศนคติต่อต่อการมีเพศสัมพันธ์ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกวัยรุ่นประเด็นเพศสัมพันธ์ด้านเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นในพื้นที่และการทบทวนวรรณกรรมและนำมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินทัศนคติของ Ajzen[19] รวมข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ให้ระดับการวัดเป็นช่วงอันดับ 0-5 คะแนนในแต่ละข้อ 2.2) แบบประเมินการรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มต่อการมีเพศสัมพันธ์ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกวัยรุ่นประเด็นเพศสัมพันธ์ด้านเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นในพื้นที่และการทบทวนวรรณกรรมและนำมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินการรับรู้ บรรทัดฐานกลุ่มของ Ajzen[19] รวมข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ให้ระดับการวัดเป็นช่วงอันดับ 0-5 คะแนนในแต่ละข้อ 2.3) แบบประเมินการรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองต่อการมีเพศสัมพันธ์ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกวัยรุ่นประเด็นเพศสัมพันธ์ด้านเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นในพื้นที่และการทบทวนวรรณกรรมและนำมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินการรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองของ Ajzen[19] รวมข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ให้ระดับการวัดเป็นช่วงอันดับ 1-6 คะแนน ส่วนที่ 4 การประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกวัยรุ่นประเด็นเพศสัมพันธ์ด้านเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นในพื้นที่และการทบทวนวรรณกรรมและนำมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินการรับรู้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาท์ [20] รวมข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ให้ระดับการวัดเป็นช่วงอันดับ 1-6 คะแนน
ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกวัยรุ่นประเด็นเพศสัมพันธ์ด้านเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นในพื้นที่และการทบทวนวรรณกรรมและนำมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินการพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศวัยรุ่นตามแนวทางของชลลดา ไชยกุลวัฒนาและคณะ [10] รวมข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อให้ระดับการวัดเป็นช่วงอันดับ 1-6 คะแนน เครื่องมือนี้ได้รับการประเมินความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ การดูแลโรคเรื้อรัง ระเบียบวิจัยและสถิติได้ค่าดัชนีความตรง (Index of congruence: IOC.) เท่ากับ 0.70 การประเมินค่าความเที่ยง (Reliability) ในส่วนการวัดตัวแปรด้านทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม การรับรู้สมรรถนะตนเอง ผู้วิจัยนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างนอกพื้นที่ศึกษา จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient: $\alpha$) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม 0.74, 0.75, 0.82 และ 0.78 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่าง

กลุ่มโดยการสอบ Independent t-test และทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มโดยการทดสอบ Dependent t-test พร้อมประมาณช่วงเชื่อมั่นของค่าเฉลี่ย กำหนดระดับนัยสำคัญการทดสอบที่ 0.05 การวิจัยนี้ขอบรับการพิจารณาและได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่รับรอง REC 097/66 วันที่รับรอง 20 พฤศจิกายน 2566 ถึงวันที่ 19 พฤศจิกายน 2567

**ผลการวิจัย**

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยมีอายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง 17.1 ปี (SD=1.4) และ 17.0 ปี (SD=1.3) ในกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.3 และในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 60.5 ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดร้อยละ 89.5 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีสถานภาพโสดร้อยละ 92.1 ทั้งสองกลุ่มมีระดับการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปลายมากที่สุดร้อยละ 50.0 และ 42.1 ตามลำดับ รองลงมาได้แก่ ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ร้อยละ 28.9 และ 36.8 ตามลำดับ อาชีพหลักของครอบครัวได้แก่การประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 44.7 และ 44.74 ตามลำดับ มีรายได้ครัวเรือนต่อเดือนในกลุ่มทดลองเฉลี่ย 9,736.8 บาท (SD=10,889.9) ในกลุ่มทดลองเฉลี่ย 9,644.7 บาท (SD=7,757.2) จำนวนสมาชิกครัวเรือนอยู่ระหว่าง 4-6 คนมากที่สุด ร้อยละ 63.2 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 73.7 ในกลุ่มควบคุมตามลำดับ ในกลุ่มทดลองร้อยละ 52.6 และในกลุ่มควบคุมร้อยละ 50.0 มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่ายและเหลือเก็บ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีที่พักอาศัยเป็นบ้านตัวเอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกวันร้อยละ 47.7 และ 50.0 ตามลำดับ นอกนั้นเป็นบางเดือนร้อยละ 28.9 และ ร้อยละ 26.3 ตามลำดับ ไม่เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 84.2 และ ร้อยละ 86.8 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ร้อยละ 92.1 และร้อยละ 89.5 เห็นว่าสุขภาพตนเองแข็งแรงดี

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นตำบลนาคูณใหญ่ อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนมเปรียบเทียบภายในกลุ่มทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า พบการเปลี่ยนแปลงตัวแปรศึกษาในระยะหลังการทดลองในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าทัศนคติต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) การรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) การรับรู้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) และในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ลดลงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะระบุความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญตัวแปรในระยะระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า ในระยะก่อนการทดลองไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะระบุความแตกต่างของตัวแปรศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนระยะหลังการทดลองพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งด้านทัศนคติต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น (p-value<0.05) การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม (p-value<0.05) การรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเอง (p-value<0.05) การรับรู้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (p-value<0.05) และพฤติกรรมเสี่ยงทาง

เพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นในกลุ่มทดลองลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุม (p-value<0.05)

โดยสรุป โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถลดหรือป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นตำบลนาคูณใหญ่ อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนมซึ่งออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเป็นหลักสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติทางบวกต่อการมีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการรับรู้บรรทัดฐานสังคมและการกำกับพฤติกรรมตนเองได้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและกลายเป็นปัจจัยนำร่วมกับการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ปกครอบและสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นปัจจัยเสริมทำให้โปรแกรมนี้สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นลงได้อย่างมีนับสำคัญ

**สรุปและอภิปรายผล**

จากผลการวิจัยสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถลดหรือป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นตำบลนาคูณใหญ่ อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม ลงได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการออกแบบโปรแกรมและดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน[21] มาเป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบโปรแกรมและเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม[22] เป็นกิจกรรมสนับสนุนในโปรแกรมด้วยทำให้วัยรุ่นได้เรียนรู้ แลกเปลี่ยน มีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มและได้รับการสนับสนุนจากผู้ปกครองจึงเกิดการเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่เป็นตัวกลางในการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ได้ ทั้งนี้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นเป็นพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพประเภทหนึ่งที่สร้างผลกระทบต่อสุขภาพวะในวัยรุ่นเป็นจำนวนมาก โดยพฤติกรรมดังกล่าวขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างโดยเฉพาะปัจจัยด้านบุคลิกภาพและการเรียนรู้ของวัยรุ่น[23] และปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคม [24] ดังนั้นปัจจัยเหล่านี้จึงมีอิทธิพลเชิงปฏิสัมพันธ์ต่อการก่อเกิดพฤติกรรมในวัยรุ่น ดังนั้นการส่งเสริมการพัฒนาปัจจัยต่างๆ ผ่านการส่งเสริมการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงทางบวกในปัจจัยภายใน และสนับสนุนปัจจัยภายนอกจึงเป็นแนวทางในการส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมทางบวกในวัยรุ่นและเป็นการปกป้องพฤติกรรมเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นได้ ดังนั้นการออกแบบโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถลดหรือป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นตำบลนาคูณใหญ่ อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนมนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพสูง[25] เป็นหลักในการออกแบบซึ่งในกระบวนการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมผู้เข้าร่วมโปรแกรมเกิดกระบวนการเรียนรู้ทางปัญหาและสังคมไปพร้อมกัน [26] ดังนั้นจึงสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติทางบวกต่อการป้องกันความเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น รวมทั้งกระบวนการปฏิสัมพันธ์กลุ่มภายในโปรแกรมเพื่อสร้างพันธสัญญา การสาธิตและแลกเปลี่ยน สนับสนุนให้กำลังใจกันภายในสมาชิกวัยรุ่นที่เข้าร่วมโปรแกรมจะผลักดันให้เกิดการรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มและการรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเอง จึงส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลงได้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของรัสวรรณ แสนคำมั่นและคณะที่พบว่าผลของโปรแกรมสามารถเปลี่ยนแปลงปัจจัยด้านทัศนคติการรับรู้บรรทัดฐานสังคม การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมและส่งเสริมความตั้งใจละเว้นพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญ[15] สอดคล้องกับการวิจัยของอนุชิตา อายุยืนและคณะที่พัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมทัศนคติในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 พบว่าสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อการป้องกันความเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[27] สอดคล้องกับการวิจัยโดยการพัฒนาโปรแกรมป้องกันพฤติกรรมทางเพศในนักเรียนหญิงในจังหวัดกำแพงเพชร โดยใช้ทฤษฎี

พฤติกรรมตามแผนสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานสังคมและการรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและทำให้พฤติกรรมการป้องกันพฤติกรรมทางเพศในกลุ่มทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ[28] ทั้งนี้ทัศนคติเป็นปัจจัยด้านจิตวิทยาที่มีความสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ เป็นความพร้อมทางด้านจิตของมนุษย์ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ สภาวะความพร้อมทางประสบการณ์ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือประเด็นใดประเด็นหนึ่ง มีผลเป็นแรงผลักในลักษณะที่ชอบ ไม่ชอบต่อการกำหนดทิศทางการมีปฏิกิริยาหรือพฤติกรรมต่อสิ่งนั้น ทัศนคติจึงเป็นคุณลักษณะที่สำคัญที่จะเป็นแรงจูงใจให้เกิดความตั้งใจในการกำหนดทิศทางการปฏิบัติพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งของบุคคลและอยู่ภายใต้การควบคุมภายใต้จิตสำนึก[21] เช่นเดียวกับการรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มการรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความคาดหวังของคนรอบข้างและคนในสังคมที่สำคัญต่อเขา (Significant others expectation) และผลักดันการปฏิบัติหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเฉพาะเจาะจงตามความเชื่อและการรับรู้ความความคาดหวังนั้น การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มส่งผลต่อความตั้งใจและการปฏิบัติพฤติกรรมตามความเชื่อตามบรรทัดฐานกลุ่ม[21] ดังนั้นจึงสามารถสร้างแรงผลักดันในตัวบุคคลให้ปฏิบัติตามบรรทัดฐานกลุ่มได้ ทั้งนี้มนุษย์เป็นสัตว์สังคมอาศัยรวมกันเป็นกลุ่มก่อเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและการเรียนรู้ทางสังคม จึงเกิดบรรทัดฐานทางสังคมในการอยู่ร่วม สมองส่วนรู้คิดจะรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มคนรอบข้างและคนส่วนใหญ่แล้วใช้อ้างอิงการปฏิบัติในกลุ่มและในสังคมที่อาศัยอยู่[29] เช่นเดียวกับการรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยจิตวิทยาที่อยู่ในกรอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เป็นตัวแปรที่บ่งชี้ถึงความเชื่อมั่นในการกำกับตนเองให้ปฏิบัติพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ความเชื่อมั่นนี้เกิดขึ้นจากประสบการณ์ การมีตัวแบบให้เรียนรู้และทดลองปฏิบัติจนทำได้จะเกิดความมั่นใจขึ้นว่าสามารถกำกับตนเองให้ทำและปฏิบัติพฤติกรรมเฉพาะนั้นๆ และส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมในระยะต่อมา[30] คำแนะนำและสาธิตจากผู้ช่วยนักวิจัยในการนำไปปฏิบัติเพื่อใช้เดินและเคลื่อนไหวร่างกายในชีวิตประจำวันจนเข้าใจและมั่นใจในการปฏิบัติได้ซึ่งความเชื่อมั่นดังกล่าวนี้ว่าการปฏิบัติอีกครั้งด้วยตนเองนั้นเป็นสิ่งที่ยากหรือง่าย[31] ผู้ที่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูงจะมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำๆ อีก

จากแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในวัยรุ่นตามที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้นว่าวัยรุ่นจะพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนอกจากปัจจัยด้านการเรียนรู้แล้วยังเกิดจากปัจจัยทางสังคมด้วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนการพัฒนาส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพหรือควบคุม เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในวัยรุ่นได้ ทั้งนี้วัยรุ่นจะสร้างพฤติกรรมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใต้การสนับสนุนของครอบครัว โรงเรียนหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ ซึ่งจะครอบคลุมทั้งการให้ข้อมูลสนับสนุนการสร้างความตระหนัก อารมณ์ การสนับสนุนทรัพยากรหรือควบคุมกำกับ[32] ดังนั้นการให้แรงสนับสนุนทางสังคมในวัยรุ่นจึงสามารถส่งเสริมหรือลดพฤติกรรมให้เป็นไปในทิศทางที่พึงประสงค์ได้ งานวิจัยนี้ได้เพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวโดยผู้ปกครอง ผ่านให้ให้ข้อมูล สร้างความตระหนักและควบคุมคุมติดตามพฤติกรรมวัยรุ่นในกลุ่มทดลองที่มีแบบแผนและเข้มข้นขึ้น โดยวิธีทางตรงได้แก่การพูดคุย สอบถามและให้ข้อมูลในครอบครัวและติดตามกำกับผ่านช่องทางสื่อสารสังคมออนไลน์ส่วนบุคคลจึงสามารถส่งเสริมสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลงได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับผลการวิจัยจากการติดตามพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นในบัลติมอร์และโยฮันเนสเบิร์กที่พบว่าวัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสามารถควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญ[33] สอดคล้องกับการใช้โปรแกรมประยุกต์ทักษะชีวิตและแรงสนับสนุนทางสังคมในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในจังหวัดอุบลราชธานีพบว่า

สามารถเปลี่ยนแปลงและพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ได้อย่างมีนัยสำคัญ[34] และสอดคล้องกับผลการให้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา โดยการสร้างแรงจูงใจและให้แรงสนับสนุนทางสังคมพบว่าสามารถเปลี่ยนแปลงและยกระดับพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศได้อย่างมีนัยสำคัญ [35]

**ข้อเสนอแนะ**

1. ผู้เกี่ยวข้องและมีส่วนได้ส่วนเสียกับการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและป้องกันปัญหาทางเพศในวัยรุ่นควรนำโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นนี้ไปขยายผลเพื่อลดความเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นในระดับตำบลและเผยแพร่พื้นที่อื่นๆ ต่อไป

2. ควรนำโปรแกรมนี้ไปเป็นโครงการทางเลือกเพื่อดำเนินการในกลุ่มวัยรุ่นในระดับตำบลให้ครอบคลุมเพื่อลดผลกระทบจากความเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ เช่น ลดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ลดความเสี่ยงต่อการขัดขวางโอกาสทางการเรียนและยกระดับศักยภาพวัยรุ่นในอนาคต

3. ควรนำโปรแกรมนี้ไปเป็นกิจกรรมทางเลือกเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศเพื่อเป็นทางเลือกเชิงนโยบายต่อผู้บริหาร หน่วยงานด้านการพัฒนาสุขภาพวัยรุ่นโดยเฉพาะการจัดการปัญหาและผลกระทบทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพซึ่งจะพัฒนาศักยภาพวัยรุ่นเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาสังคมอย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว

**ข้อจำกัดของการวิจัย**

การวิจัยนี้ศึกษาในขอบเขตประชากรเฉพาะการนำไปใช้หรืออ้างอิงจึงมีข้อจำกัดภายใต้ของเขตประชากรของการวิจัยนี้

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ให้การปรึกษาการทำวิจัย ให้ข้อเสนอแนะ รวมทั้งการประเมินคุณภาพเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณบุคลากร เจ้าหน้าที่อาสาสมัครที่สนับสนุนและร่วมวิจัยจนการวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

**เอกสารอ้างอิง**

1.Chandra-Mouli, V., Ferguson, B.J., Plesons, M., Paul, M., Chalasani, S., Amin, A., Pallitto, C., Sommers, M. , Avila,, R., Biaukula, K.V. & Husain ,S. The political, research, programmatic, and social responses to adolescent sexual and reproductive health and rights in the 25 years since the International Conference on Population and Development. J Adolesc Health. 2019;1(65):s6-40.

2.สำนักงานสถิติ. การสัมมะโนประชากรไทย 2564 [Internet]. 2021. Available from: http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/pop.aspx, Accessed 30 Dec 2021

3.The Human Journey. Adolescence: Second Growth Spurt [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 12]. Available from: https://humanjourney.us/health-and-education-in-the-modern-world-section/adolescence-second-growth-spurt/

4.Centers for Disease Control and Prevention. Sexual risk behaviors: HIV, STD, & teen pregnancy prevention [Internet]. 2016 [cited 2022 Aug 15]. Available from: http://www.cdc.gov/healthyyouth/yrbs/pdf/us_overview 2016

5.WHO. Adolescents: health risks and solutions [Internet]. 2016 [cited 2021 Jun 15]. Available from: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en

6.กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนวัยรุน สำนักสงเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2564. นนทบุรี: มินนี่กรุ๊ป; 2564.

7.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2563 : สองทศวรรษ ปฏิรูปการศึกษาไทย ความล้มเหลวและความสำเร็จ. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พลับลิชิ่ง; 2563.

8.Koniak,-Griffin, .D. & Stein, J.A. Predictors of sexual risk behaviors among adolescent mothors in a human immunodeficiency virus prevention program. J Adolesc Health. 2006;38(297):e1-11.

9.กนกพร ต่ายคณอง สุพัฒนา คำสอนและนงพินิล นิมิตรอานันท์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยม. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2554;17(1):168–77.

10.ชลลดา ไชยกุลวัฒนา, ชณิตา ประดิษฐ์สถาพรและแววดาว คำเขียว. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น จังหวัดพะเยา. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2556;6(ฉบับพิเศษ):104–15.

11.Ndagijimana, E., Biracyaza, E. & Nzayirambaho,M. Risky sexual behaviors and their associated factors within high school students from Collège Saint André in Kigali, Rwanda: An institution-based cross-sectional study. Front Reprod Health. 2023;5(1029465):e1-11.

12.ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์และปราโมทย์ วงสวัสดิ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2563;36(1):149–63.

13.Chokprajakchad, M. & Phuphaibul, R. Sexual health interventions among early adolescents: an integrative review. J Health Res. 2018;32(6):467–77.

14.Abrams, R., Nordmyr , J.and Forsman, A.K. Promoting sexual health in schools: a systematic review of the European evidence. Front Public Health. 2023;11(1193422):1–11.

15.รัสวรรณ แสนคำหมื่น รุจา ภู่ไพบูลย์และอัจฉริยา ปทุมวัน. ผลของโปรแกรมกระตุ้นการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อทัศนคติการรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมและความตั้งใจละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564;31(2):195–208.

16.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ปิรามิดประชากร ตำบลนาคูณใหญ่ ปี 2563 [Internet]. 2565. Available from: https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/populationpyramid/tambon?year=2020&tb=480904

17.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาคูณใหญ่. รายงานการเฝ้าระวังความเสี่ยงในวัยรุ่นตำบลนาคูณใหญ่ อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม 2565. นครพนม: โรงพยาบาลส่งเสร้มสุขภาพตำบลนาคูณใหญ่ (เอกสารอัดสำเนา); 2565.

18.Chow, S-C., Shao, J., Wang, H., Lokhnygina, Y. Sample Size Calculations in Clinical Research. 3rd ed. New York: Chapman and Hall/CRC; 2017.

19.Ajzen, I. The Theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process. 1991;50(2):179–211.

20.House, J.S. Work stress and social support. Reading, M.A.: Addison-Wesley; 1981.

21.Ajzen, I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis. 1991;(50):179–211.

22.House, J. S. Work Stress and Social Support. Reading, Mass: Addison-Wesley; 1981.

23.Allen, M. S., Vella, S. A., & Laborde, S. Health-related behavior and personality trait development in adulthood. J Res Personal. 2015;59:104–10.

24.Lippke, S., Nigg, C. R., & Maddock, J. E. Health-promoting and health-risk behaviors: Theory-driven analyses of multiple health behavior change in three international samples. Int J Behav Med. 2012;19(2):1–13.

25.Armitage, J. & Conner, M. Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: a meta-analytic review. Bristish J Psychol. 2001;40(4):471–99.

26.Conner, M., & Norman, P. The role of social cognition in health behaviours. Res Pract Soc Cogn Models. 1996;22:1–22.

27.อนุชิตา อายุยืน, ปัณณทัต บนขุนทด, ถาวรีย์ แสงงาม, กิตติพงษ์ เรือนเพชรและคณะ. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อทัศนคติในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง ทางเพศของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2565;37(3):669–77.

28.สุทธิวรรณ อร่วมเรือง. ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.

29.Hershey, D. & Henkens, K. Impact of different types of retirement transition on perceived satisfaction with life. Gerontologist. 2013;54:233–44.

30.Ajzen, I. Constructing a theory of planned behavior questionnaires [Internet]. 2010 [cited 2022 Feb 12]. Available from: https://people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf

31.Atkins, R. Self-efficacy and the promotion of health for depressed single mothers. Ment Health Fam Med. 2010;7:155–68.

32.Ferlander, S. The Importance of Different Forms of Social Capital for Health. Acta Sociol. 2007;50(2):115–28.

33.Bruederly, A., Delaney-Moretlwe, S. Mmari, K. & Brahmbhatt, H. Social Support and Its Effects on Adolescent Sexual Risk Taking: A Look at Vulnerable Populations in Baltimore and Johannesburg. J Adolesc Health. 2019;64(1):56–62.

34.ฐิติมา โกศัลวิตร, กัญญารัตน์ กันยะกาญจน,, สุทธพงษ์ สทธิลักษมุนีกุลและขนิษฐา หล้ามาชน. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนนทางสุ ังคม ในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดอุบลราชธานี. J Ratchathani Innov Health Sci. 2017;1(1):45–663.

35.ชัชนัย ติยะไทธาดาและพรรณี บรรชรหัตกิจ. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกัน การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2556;28(2):146–54.

# ปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย กรณีศึกษาเทศบาลตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

# Factors promoting the provision of health care services for the elderly in the community with knowledge of traditional Thai medicine. Case study of Bunrueang Subdistrict Municipality Chiang Khong District Chiang Rai Province

(Received: March 14,2024 ; Revised: April 7,2024 ; Accepted: April 8,2024)

**สุวนันท์ แก้วจันทา[1] ปริพัช เงินงาม[2] ณิศรา ชัยวงค์[1] สุธิดา วิริยา[1] ปัญญรัช คำเสือ[1]**
**Suwanan Kaewjanta[1] Paripach Ngoenngam[2] Nissara Chaiwong[1] Suthida Wiriya[1] Panyarach Kamsua[1]**

**บทคัดย่อ**

บทความนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยของเทศบาลตำบลบุญเรือง ซึ่งเป็นการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ใช้กระบวนการถอดบทเรียนจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการในพื้นที่ตำบลบุญเรือง โดยใช้วิธีการประชุมกลุ่ม เครื่องมือวิจัยที่เป็นแบบบันทึกการประชุมกลุ่ม

ผลการการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยการแพทย์แผนไทยของเทศบาลตำบลบุญเรือง มี 3 ด้าน โดยปัจจัยที่ 1 ด้านหน่วยงานในท้องถิ่น เทศบาลมีนโยบายนำเอาภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์แผนไทยมาใช้ในการดูแลสุขภาพ บุคลากรทั้งฝ่ายบริหาร ฝ่ายสภาเทศบาลและบุคลากรประจำให้การสนับสนุนการจัดบริการดูแลสุขภาพ มีงบประมาณวัสดุอุปกรณ์และสถานที่ในการจัดบริการ ด้านบริบทแวดล้อมของพื้นที่มีแหล่งทรัพยากรธรรมชาติที่เป็นแหล่งสมุนไพรและมีหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งจะมีการส่งต่อผู้ป่วย และวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกมีส่วนช่วยในด้านวิชาการนำองค์ความรู้ไปใช้จัดบริการดูแลสุขภาพในพื้นที่ ปัจจัยที่ 2 ด้านผู้นำชุมชน มีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์การจัดบริการสุขภาพ และปัจจัยที่ 3 ด้านประชาชนในพื้นที่ ผู้สูงอายุมีความต้องการให้แพทย์แผนไทยเข้ามาดูแล

**คำสำคัญ :**การจัดบริการ, การแพทย์แผนไทย, เทศบาลตำบลบุญเรือง

**Abstract**

This articleis an action researchwith the objective of studyingthe factors that promote the provision of health care services for the elderly in the community using Thai traditional medicine knowledge of Bunruang Subdistrict Municipality. This is the collection and analysis of qualitative data usingtheprocess of extracting lessons from key informants who are participants in implementing the integrated sub-district economic and social upgrading project in the Bunrueang sub-districtusing the group meeting method Research tools that are group meeting recordings.

The results of the study found that there are 3 factors that promote the provision of health care services for the elderly in the community using traditional Thai medicine in Bunrueang Subdistrict Municipality. Factor 1: Local agencies,Themunicipality has a policy of using local wisdom and Thai traditional medicine to provide healthcare. Municipal personnel, both administrative and municipal council department permanent personnel support the provision of health care services. There is a budget, materials, equipment, and a place for providing services. In the environmental context of the area, there are natural resources that are medicinal herbs. Some agencies provide support, including the Subdistrict Health Promoting Hospital, where patients will be referred, and the School of Traditional and Alternative Medicine, which helps academics apply knowledge to provide health care services in the

[1] อาจารย์ วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
[2] อาจารย์ วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย Corresponding Author Email : paripach@hotmail.com

area. Factor 2: Community leaders participate in publicizing health services. Factor 3: People in the elderly area are interested and want Thai traditional medicine to take care of them.

**Keywords :**Arrangement of services, Thai traditional medicine, Bunrueang Subdistrict Municipality

**บทนำ**

มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงรายเป็นสถาบันการศึกษาเพื่อพัฒนาท้องถิ่นที่เป็นไปตามยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏเพื่อการพัฒนาท้องถิ่นระยะ 20 ปี พ.ศ. 2560 – 2579โดยมุ่งเน้นการจัดกระบวนการเรียนการสอนเพื่อการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืน[1]ได้กำหนดวิสัยทัศน์ “เป็นสถาบันแห่งการบูรณาการองค์ความรู้ สร้างนวัตกรรม ถ่ายทอดเทคโนโลยี เพื่อการพัฒนาท้องถิ่นอย่างยั่งยืน” จึงมีบทบาทหน้าที่ในการนำองค์ความรู้ที่เป็นความเฉพาะของศาสตร์ที่มีในมหาวิทยาลัยไปสู่การพัฒนาท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ ได้แก่ จังหวัดเชียงรายและจังหวัดพะเยา[2] ภายใต้นโยบายของกระทรวงการอุดมศึกษาวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมได้มอบหมายให้มหาวิทยาลัยดำเนินโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ (1 ตำบล 1 มหาวิทยาลัย) ซึ่งตั้งแต่ปีพ.ศ. 2564 - พ.ศ.2565 วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกได้รับมอบหมายจากมหาวิทยาลัยให้รับผิดชอบพื้นที่เทศบาลตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงรายซึ่งจากการสำรวจบริบทของพื้นที่พบว่าตำบลบุญเรืองมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีประชากรทั้งหมด 5,992 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 1,798 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 30 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ซึ่งได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Aged society) และผู้สูงอายุเหล่านี้ได้ประสบปัญหาด้านสุขภาพโดยเฉพาะจากความเสื่อมสภาพของร่างกาย ทำให้มีโรคประจำตัว เรื้อรังและโรคหรืออาการเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่แพทย์แผนไทยมีโอกาสในการดูแลรักษาได้ เช่น จุกเสียด กรดไหลย้อน ท้องผูก ริดสีดวงทวารหนัก วิงเวียนศีรษะ เข่าเสื่อมระยะเริ่มต้น และโรคอัมพาตจากหลอดเลือดสมอง เป็นต้นประกอบกับในชุมชนมีศักยภาพด้านทรัพยากรธรรมชาติที่มีป่าชุมชนและป่าชุ่มน้ำขนาดใหญ่ที่เป็นแหล่งพันธุ์พืชสมุนไพรที่สำคัญของชุมชนที่เหมาะแก่การเพาะปลูกสมุนไพร รวมถึงมีกลุ่มเกษตรกรที่เป็นกลุ่มเกษตรอินทรีย์[3]ทางวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก จึงร่วมมือกับเทศบาลตำบลบุญเรืองดำเนินการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย และกิจกรรมส่งเสริมการปลูกและใช้สมุนไพร ซึ่งผลการดำเนินการพัฒนาท้องถิ่นดังกล่าวได้ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริงจนได้รับการคัดเลือกเป็นตำบลเด่นจังหวัดเชียงราย[4]

จากผลการดำเนินโครงการดังกล่าวที่ประสบความสำเร็จทำให้ประชาชนในพื้นที่โดยเฉพาะผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยถือเป็นทางเลือกด้านสุขภาพ จนทำให้เทศบาลตำบลบุญเรืองได้เห็นถึงประโยชน์แก่ประชาชน จึงได้สานต่อการดำเนินงานให้มีความต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันเกิดการจ้างงานบัณฑิตแพทย์แผนไทยเพื่อทำหน้าที่เป็นแพทย์แผนไทยประจำคลินิกสูงวัยของเทศบาล ซึ่งเป็นตัวอย่างของการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยที่ดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ โดยกลายเป็นแหล่งศึกษาดูงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ๆ คณะผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยของเทศบาลตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ถอดบทเรียนจากการดำเนินการดังกล่าวเพื่อให้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยในชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยของเทศบาลตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

**วิธีการดำเนินการ**

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ใช้กระบวนการถอดบทเรียนจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) ซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ (1 ตำบล 1 มหาวิทยาลัย) ในพื้นที่ตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่เริ่มโครงการตลอดจนสิ้นสุดโครงการ โดยใช้วิธีการประชุมกลุ่ม (Focus group)[5]

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือการวิจัยครั้งนี้เป็นการถอดบทเรียนจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยใช้วิธีการประชุมกลุ่มเพื่อถอดบทเรียนปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดบริการคลินิกการแพทย์แผนไทยของเทศบาลตำบลบุญเรืองที่ได้ดำเนินการตั้งแต่การดำเนินโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ (1 ตำบล 1 มหาวิทยาลัย) ในพื้นที่ตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงรายโดยใช้แบบบันทึกการจัดประชุมกลุ่ม 1 ชุด ได้แก่ แบบบันทึกการประชุมกลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นผู้นำชุมชน ตัวแทนหน่วยงานในพื้นที่ และแพทย์แผนไทย โดยตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) ของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ได้แก่ อาจารย์แพทย์แผนไทยวิชาชีพและอาจารย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ (Pre-clinic) ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยหาดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Object Congruence: IOC) ผลทดสอบคำถามแต่ละข้อได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6-1 ได้ทำการทดสอบการใช้เครื่องมือวิจัย และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้สมบูรณ์

**กลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ (1 ตำบล 1 มหาวิทยาลัย) ในพื้นที่ตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย จำนวน 20 คน โดยพิจารณาเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

**วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล**

1) ผู้วิจัยศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นบทบาทและศักยภาพของแพทย์แผนไทยในการจัดบริการดูแลรักษาสุขภาพในคลินิกการแพทย์แผนไทย

2) ผู้วิจัยรวบรวมเอกสารโครงการและสรุปผลการดำเนินงานโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ (1 ตำบล 1 มหาวิทยาลัย) ในพื้นที่ ตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงรายของวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก

3) ผู้วิจัยจัดประชุมกลุ่มกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการยกระดับเศรษฐกิจและสังคมรายตำบลแบบบูรณาการ (1 ตำบล 1 มหาวิทยาลัย) ในพื้นที่ตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงรายเพื่อถอดบทเรียนปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยของเทศบาลตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

5) วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการศึกษา

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากจากเอกสาร ข้อมูลจากภาคสนาม โดยการประชุมกลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยของเทศบาลตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงรายจนประสบผลสำเร็จ และดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของ

ข้อมูล โดยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Multiple investigator triangulation)[6]

**ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม**

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย เอกสารเลขที่ COE.P2-001/2566 ลงวันที่ 19 พฤษภาคม 2566

**ผลการวิจัย**

ในการดำเนินการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยการแพทย์แผนไทยในพื้นที่ตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย หน่วยงานหลักที่มีบทบาทในการวางแผน ขับเคลื่อนและสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยการแพทย์แผนไทยคือเทศบาลตำบลบุญเรือง เนื่องจากเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยเน้นการให้บริการดูแลรักษาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ ประกอบกับหน่วยงานที่เข้ามามีส่วนร่วมในพื้นที่ได้แก่ วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ซึ่งมีส่วนสำคัญในการร่วมขับเคลื่อนการดำเนินกิจกรรม รวมทั้งให้คำปรึกษาเชิงวิชาการ นำองค์ความรู้ไปช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีภาคประชาชน ทั้งกลุ่มผู้สูงอายุ เครือข่ายเกษตรกรอินทรีย์ในพื้นที่ และผู้นำชุมชนที่ได้ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้ โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยการแพทย์แผนไทยของเทศบาลตำบลบุญเรืองมี3 ด้าน ได้แก่ ด้านหน่วยงานในท้องถิ่นด้านผู้นำชุมชน และด้านประชาชนในพื้นที่ โดยมีผลการศึกษาดังนี้

1. ด้านหน่วยงานในท้องถิ่น

1.1 เทศบาล

1.1.1 ด้านนโยบาย

ในการดำเนินการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยการแพทย์แผนไทยในพื้นที่ตำบลบุญเรือง เทศบาลตำบลบุญเรืองเป็นหน่วยงานที่มีส่วนสำคัญมากในการขับเคลื่อนงาน เนื่องจากมีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ ซึ่งในด้านสุขภาพถือเป็นบทบาทหน้าที่หนึ่งของเทศบาล โดยเทศบาลมีกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชน มีนโยบายส่งเสริมดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุซึ่งคณะผู้บริหารนำโดยนายกเทศมนตรี รองนายกเทศมนตรี ได้มีนโยบายส่งเสริมสนับสนุน การดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนในเขตเทศบาลและส่งเสริมการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์แผนไทยมาใช้ดูแลสุขภาพดังนั้นในการดำเนินงานให้บริการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยเทศบาลจึงเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานในพื้นที่ ทั้งนี้คณะผู้บริหารได้เล็งเห็นถึงโอกาสในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยสุขภาพถือเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อสุขภาพแข็งแรงก็ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีกำลังในการทำงานหรือช่วยเหลือตนเองได้ ไม่เป็นภาระของบุตรหลาน ขณะเดียวกันกลุ่มที่เจ็บป่วย ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ก็ต้องได้รับการดูแลโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงที่อาศัยอยู่ลำพังไม่มีคนดูแล ทำให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ลำบาก นอกจากนี้ทางคณะผู้บริหารยังเล็งเห็นโอกาสในการสร้างงานสร้างอาชีพให้กับผู้สูงอายุในชุมชนโดยการส่งเสริมการปลูกสมุนไพร และนำผลผลิตที่ได้มาทำเป็นผลิตภัณฑ์ต่างๆ รวมถึงยารักษาโรค เพื่อให้ผู้สูงอายุมีรายได้เสริมในการเลี้ยงชีพได้มากขึ้น เทศบาลยังมีการทำงานร่วมกับสถาบันการศึกษาในท้องถิ่นที่มีการนำโครงการต่างๆ เข้าไปดำเนินการในพื้นที่ ซึ่งทางสถาบันการศึกษาจะเป็นหน่วยงานที่เข้าไปช่วยในด้านวิชาการในเรื่องต่างๆ โดยเฉพาะในด้านการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยในรูปแบบคลินิกการแพทย์แผนไทยที่เน้นบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ หรือเรียกอีกอย่างว่า “คลินิกสูงวัยด้วยการแพทย์แผนไทย” และการส่งเสริมการปลูกหรือใช้สมุนไพรในพื้นที่เพื่อนำผลผลิตที่ได้มาผลิตเป็นยาใช้ในคลินิก

1.1.2 ด้านบุคลากร

การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยการแพทย์แผนไทยในพื้นที่ตำบลบุญเรือง มีผู้รับผิดชอบหลักคือเทศบาลตำบลบุญเรือง ดังนั้นบุคลากรของเทศบาลถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานดังกล่าวสามารถดำเนินการได้ โดยบุคลากรที่มีส่วนขับเคลื่อนงาน มีดังนี้

(1) ฝ่ายบริหารนายกเทศมนตรีและคณะผู้บริหารมีความสนใจและมีนโยบายในการนำเอาการแพทย์แผนไทยมาดูแลสุขภาพของประชาชน รวมทั้งมีความสามารถในการบริหารจัดการงบประมาณและมีความสามารถในการสรรหางบประมาณจากแหล่งต่างๆ เพื่อนำมาใช้ในการจัดบริการสุขภาพ

(2) ฝ่ายสภาประธานสภาเทศบาลและสมาชิกสภาเทศบาลมีความเห็นพ้องกับฝ่ายบริหารในการใช้การแพทย์แผนไทยมาดูแลสุขภาพของประชาชนทำให้ในการเสนอโครงการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยต่อสภาเทศบาลได้รับการอนุมัติให้บรรจุไว้ในแผนและเทศบัญญัติการใช้งบประมาณของเทศบาล

(3) บุคลากรประจำผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการบริหารงานด้านสุขภาพคือผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมโดยเป็นผู้ที่มีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและมีความสามารถในการเสนอโครงการ บริหารจัดการโครงการ มีความสามารถในการสรรหาบุคลากร รวมทั้งกำกับดูแลและติดตามงานอย่างสม่ำเสมอทำให้การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยการแพทย์แผนไทยในพื้นที่ตำบลบุญเรืองขับเคลื่อนได้ นอกจากนี้ในระดับผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรที่มีความสำคัญคือ แพทย์แผนไทยซึ่งแพทย์แผนไทยจะเป็นผู้ที่มีศักยภาพในการรักษาโรคด้วยการแพทย์แผนไทย โดยมีความสามารถในการรักษาโรคของผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มโรค ได้แก่ กลุ่มโรคผิวหนัง กลุ่มโรคทางเดินหายใจ กลุ่มโรคทางเดินอาหาร กลุ่มโรคลม และกลุ่มโรคกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น นอกจากนี้ยังมีศักยภาพในการจัดบริการดูแล ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้สามารถจัดตั้งและบริหารจัดการคลินิกได้ และมีความรับผิดชอบและพร้อมปรับตัวตามสถานการณ์เนื่องจากการทำงานในหน่วยงานท้องถิ่นต้องมีการทำงานร่วมกับส่วนราชการภายในองค์กรหลายฝ่ายและทำงานร่วมกับผู้นำชุมชน รวมทั้งประชาชนในพื้นที่ ทั้งนี้แพทย์แผนไทยที่ประจำอยู่ในคลินิกของเทศบาลมีความจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพและความเชี่ยวชาญเพิ่มเติม โดยเฉพาะการรักษาโรคใหม่ๆ ด้วยการแพทย์แผนไทย การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นต้น และการดูแลสุขภาพของคนกลุ่มเปราะบาง เช่น แม่หลังคลอด และเด็กพิเศษ เป็นต้น เพื่อให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและประชาชนในพื้นที่ได้มากขึ้น โดยร่วมมือกับสถาบันการศึกษาด้านการแพทย์แผนไทยในพื้นที่ในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร เช่น การฝึกอบรม การศึกษาต่อ เป็นต้น

1.1.3 ด้านงบประมาณ

ปัจจัยสำคัญในการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยการแพทย์แผนไทยในพื้นที่ตำบลบุญเรืองคือ งบประมาณ โดยเทศบาลมีแหล่งงบประมาณสนับสนุน คือ รายได้ของเทศบาลกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ซึ่งเทศบาลตำบลบุญเรืองมีการจัดสรรงบประมาณในการจัดบริการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การจ้างบุคลากร ค่าครุภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ และงบดำเนินการ นอกจากนี้เทศบาลสามารถของบประมาณจากแหล่งอื่นๆ เพื่อมาจัดบริการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยให้แก่ผู้สูงอายุเพิ่มเติมได้ เช่น กองทุนสวัสดิการสังคม กองทุนผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนจังหวัด งบเฉพาะกิจจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

1.1.4 ด้านวัสดุอุปกรณ์และสถานที่

ในการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยการแพทย์แผนไทยในพื้นที่ตำบลบุญเรืองจำเป็นต้องมีสถานที่ในการจัดตั้งจุดให้บริการดูแล

สุขภาพ โดยเทศบาลตำบลบุญเรืองมีอาคารสถานที่ต้องมีความพร้อมในการจัดตั้งคลินิกโดยภายนอกมีสถานที่สำหรับจอดรถเดินทางสะดวกอยู่ในแหล่งชุมชนนอกจากนี้ยังมียานพาหนะสำหรับให้ทีมแพทย์แผนไทยลงพื้นที่ไปทำกิจกรรมในชุมชน ทำให้สามารถจัดบริการเชิงรุกในชุมชนได้

1.2 ด้านบริบทแวดล้อมของพื้นที่

ตำบลบุญเรืองมีแหล่งทรัพยากรธรรมชาติที่เป็นแหล่งสมุนไพรในชุมชนโดยมีป่าชุ่มน้ำขนาดใหญ่ 3,021 ไร่ 1 งาน 75 วา เป็นผืนป่าชุ่มน้ำที่ใหญ่ที่สุดในลุ่มน้ำอิง พื้นที่ชุ่มน้ำบุญเรือง ประกอบด้วยป่าชุ่มน้ำ หนองน้ำและแม่น้ำอิงเป็นพื้นที่สาธารณะที่คนในชุมชนได้ใช้ประโยชน์ในการดำรงชีวิต เป็นแหล่งอาหารของคนในชุมชนเพื่อใช้ในการบริโภคในครัวเรือนและจำหน่าย เพื่อเป็นรายได้ของครอบครัว เป็นแหล่งไม้ใช้สอย แหล่งน้ำในการเกษตร อีกทั้งเป็นแหล่งวางไข่ของปลาจากแม่น้ำโขงชาวบ้านได้ช่วยกันดูแลรักษาโดยการออกข้อตกลงที่มาจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ทำให้พื้นที่ป่าดังกล่าวมีความหลากหลายทางชีวภาพ ซึ่งป่าชุ่มน้ำนี้เป็นแหล่งพันธุ์พืชสมุนไพรที่สำคัญของชุมชน นอกจากนี้ในพื้นที่ยังมีพื้นที่เกษตรอินทรีย์ ซึ่งเป็นพื้นที่ในชุมชนเหมาะแก่การเพาะปลูกสมุนไพรดังนั้นจึงสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและประชาชนในพื้นที่ผลิตสมุนไพรและใช้สมุนไพรใกล้มือในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นได้

1.3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบุญเรือง ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้บริการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ โดยเน้นการให้บริการรักษาอาการเจ็บป่วยทั่วไปและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเป็นหลัก ซึ่งทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบุญเรืองได้ให้ความร่วมมือเทศบาลในการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่โดยเน้นการบริการดูแลโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคที่ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น โดยทางคลินิกการแพทย์แผนไทยของเทศบาลตำบลบุญเรืองจะมีการส่งต่อผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในกลุ่มโรคที่แพทย์แผนไทยรักษาไม่ได้เต็มที่ หรือทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบุญเรืองก็มีการส่งต่อผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในกลุ่มโรคที่แพทย์แผนไทยมารักษาที่คลินิกสูงวัยของเทศบาล เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานในพื้นที่

1.4 สถาบันการศึกษาในท้องถิ่น

ตำบลบุญเรืองอยู่ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ดังนั้นสถาบันการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยที่อยู่ในพื้นที่และทำหน้าที่รับใช้ท้องถิ่น คือ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย โดยตามนโยบายของมหาวิทยาลัยเป็นมหาวิทยาลัยเพื่อท้องถิ่นมีบทบาทหน้าที่เข้าไปพัฒนาท้องถิ่นร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ ดังนั้นตำบลบุญเรืองจึงเป็นพื้นที่เป้าหมายในการพัฒนาท้องถิ่นของมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย โดยมีโครงการต่างๆ เข้าไปพัฒนาพื้นที่ เช่น โครงการ U2T ซึ่งได้มอบหมายให้วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกรับมอบหมายให้ไปดำเนินการในพื้นที่ เป็นต้น โดยหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายให้ไปดำเนินงานในพื้นที่ มีส่วนสำคัญที่จะทำให้การจัดบริการดูแลสุขภาพในรูปแบบคลินิกการแพทย์แผนไทยประสบผลสำเร็จ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จมีดังนี้

(1) สถาบันการศึกษามีองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรที่จะนำไปช่วยแก้ปัญหาสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุในพื้นที่

(2) สถาบันการศึกษามีเป้าหมายที่ชัดเจนและมีความจริงใจในการเข้าไปช่วยแก้ปัญหาสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุในพื้นที่

(3) สถาบันการศึกษามีการวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและมีขั้นตอนที่ชัดเจน

(4) สถาบันการศึกษามีการนำเอาภารกิจที่ได้รับมอบหมายตามโครงการต่างๆ ไปบูรณาการการเรียนการสอน ร่วมกับการดำเนินโครงการในพื้นที่ โดยมีการนำเอาองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยไปดำเนินการในพื้นที่โดยมีการบริการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ซึ่งมีการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยการแพทย์แผนไทยขึ้นในพื้นที่ร่วมกับเทศบาลตำบลบุญเรือง โดยสามารถใช้เป็นสถานที่ฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนักศึกษาแพทย์

แผนไทยเพื่อฝึกประสบการณ์ในการรักษาโรคของผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมการผลิตสมุนไพรในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีเจตนาเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถใช้สมุนไพรใกล้มือดูแลอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น และหากเหลือใช้ก็นำมาจำหน่ายเพื่อสร้างรายได้ให้แก่ตนเองได้ จนเกิดเป็นกลุ่มวิสาหกิจในชุมชน ซึ่งเป็นแหล่งเรียนรู้หนึ่งของนักศึกษาในการเรียนรู้การผลิตสมุนไพรและการสร้างเครือข่ายผู้ผลิตสมุนไพรในชุมชน

2. ด้านผู้นำชุมชน ในการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยการแพทย์แผนไทยในพื้นที่ตำบลบุญเรือง ปัจจัยด้านผู้นำชุมชนถือว่ามีส่วนสำคัญ โดยเฉพาะในการเข้าไปจัดกิจกรรมดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยทั้งเชิงรับและเชิงรุกในชุมชน โดยผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน มีความสนใจและต้องการแก้ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้นำชุมชนจะมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยในพื้นที่ตำบลบุญเรือง ซึ่งผู้นำชุมชนได้ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่อย่างดี

3. ด้านประชาชนในพื้นที่ ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลบุญเรือง มีปัญหาด้านสุขภาพโดยมีอาการเจ็บป่วยในกลุ่มโรคที่แพทย์แผนไทยรักษาได้ ซึ่งมีความสนใจและต้องการให้แพทย์แผนไทยเข้ามาดูแลและช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินโครงการ

4.1 ในช่วงแรกในการดำเนินกิจกรรมประชาชนในพื้นที่ยังไม่รู้จักกิจกรรม ดังนั้นจึงต้องมีการแก้ปัญหาโดยการประชาสัมพันธ์โดยผ่านทางคณะผู้บริหาร สมาชิกสภาเทศบาล ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ของเทศบาล ทำให้มีประชาชนในพื้นที่เข้ารับบริการและร่วมทำกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

4.2 มีข้อจำกัดด้านงบประมาณของเทศบาล เนื่องจากเทศบาลมีรายได้ไม่สูงมาก ทำให้มีงบประมาณอย่างจำกัด จึงต้องวางแผนการดำเนินโครงการต่างๆ ตามศักยภาพที่มี และทางคณะผู้บริหารได้พยายามสรรหาการของบประมาณจากแหล่งอื่นๆ เพื่อนำมาดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

**สรุปและอภิปรายผล**

จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลตามกลุ่มข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนการแพทย์แผนไทยของเทศบาลตำบลบุญเรือง ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านหน่วยงานในท้องถิ่นด้านผู้นำชุมชนและด้านประชาชนในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปริพัช เงินงาม และคณะ ได้กล่าวถึงปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่สำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลดอยฮาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย คือ บุคลากรสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกอบด้วยฝ่ายท้องถิ่นและฝ่ายปกครอง ประชาชนในพื้นที่ และแพทย์แผนไทยวิชาชีพ[7] และยังสอดสอดคล้องกับการศึกษาของวุฒิพงศ์ บุษราคัม ได้กล่าวถึงการกำหนดนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับธรรมนูญสุขภาพโดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในท้องถิ่นและประชาชนอย่างเกื้อกูล[8]โดยปัจจัยที่ 1 ด้านหน่วยงานในท้องถิ่นเทศบาลถือเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญประกอบด้วย 1) มีนโยบายส่งเสริมดูแลสุขภาพนำเอาภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์แผนไทยมาใช้ในการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดสอดคล้องกับการศึกษาของกันตา วิลาชัย ได้กล่าวถึงการบูรณาการทุนทางวัฒนธรรมเพื่อการพัฒนาการบริหารจัดการชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยมีความร่วมมือของผู้บริหารท้องถิ่นและประชาชน[9]2) มีบุคลากรที่ให้การสนับสนุนการจัดตั้งคลินิกการแพทย์แผนไทยทั้งฝ่ายบริหาร ฝ่ายสภาเทศบาล บุคลากรประจำในการบริหารงานด้านสุขภาพคือผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และผู้ปฏิบัติคือแพทย์แผนไทยซึ่งมีศักยภาพในการรักษาโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิรัชญา เหล่าคม พฤฒาจารย์และคณะ ได้กล่าวถึงภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพรวมถึงการกำหนดนโยบายสาธารณะ

แบบมีส่วนร่วมระหว่างบุคลากรของผู้มีความเชี่ยวชาญหน่วยงานในท้องถิ่นและประชาชน[10]3) มีงบประมาณในการ จัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนการแพทย์แผนไทย จ้างบุคลากร ค่าวัสดุอุปกรณ์ และค่ายา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุปัญญดา สุนทรนนธ์.ได้กล่าวถึงปัจจัยความสำเร็จขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงองค์การสู่ท้องถิ่นโดยส่วนหนึ่งได้อธิบายถึงศักยภาพด้านงบประมาณเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดโครงการใหม่ๆที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชน[11] 4) มีความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์และสถานที่ในการจัดตั้งคลินิกและ5) ด้านบริบทแวดล้อมของพื้นที่มีแหล่งทรัพยากรธรรมชาติที่เป็นแหล่งสมุนไพรในชุมชนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวินิจ ผาเจริญและคณะ ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของชาวบ้านในการจัดการป่าชุมชนกรณีศึกษาบ้านตลาดขี้เหล็ก ตำบลแม่โป่ง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ โดยส่วนหนึ่งได้อธิบายถึงศักยภาพทรัพยากรธรรมชาติอุดมสมบูรณ์ในพื้นที่เป็นต้นทุนสำคัญที่ทำให้ชุมชนเกิดความสามัคคีร่วมกันรักษาป่า[12] นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งจะมีการส่งต่อผู้ป่วย และวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ซึ่งเป็นสถาบันการศึกษาในท้องถิ่นที่ได้เข้าไปมีส่วนช่วยในด้านวิชาการ นำองค์ความรู้ด้านการจัดบริการรักษาโรคไปใช้ในพื้นที่ เป็นที่ปรึกษาและร่วมจัดตั้งคลินิกการแพทย์แผนไทยโดยบูรณาการกับภารกิจของหน่วยงานโดยเฉพาะด้านการฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนักศึกษาแพทย์แผนไทยเพื่อฝึกประสบการณ์ในการรักษาโรคของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาดนุช ตันเทอดทิตย์และคณะ ได้กล่าวถึงการถอดบทเรียนโครงการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมฐานรากหลังโควิดด้วยเศรษฐกิจ BCG ประเทศไทย (U2T for BCG) โดยส่วนหนึ่งได้อธิบายถึงปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จคือความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยกับหน่วยงานท้องถิ่นและประชาชน[13]ส่วนปัจจัยที่ 2 ด้านผู้นำชุมชนถือเป็นส่วนสำคัญโดยเฉพาะการประชาสัมพันธ์การเข้ารับบริการในคลินิกการแพทย์แผนไทย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษายุทธนา คล้ายอยู่และคณะ ได้กล่าวถึงการบริการวิชาการเพื่อสังคมโครงการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมฐานราก หลังโควิดด้วยเศรษฐกิจ BCG ตำบลนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี โดยส่วนหนึ่งได้อธิบายถึงฝ่ายผู้นำชุมชนโดยนายกเทศบาลมนตรีและทีมงานองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ประชาชนในพื้นที่เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาผลิตภัณฑ์[14]และปัจจัยที่ 3 ด้านประชาชนในพื้นที่ผู้สูงอายุมีความสนใจและต้องการให้แพทย์แผนไทยเข้ามาดูแล ซึ่งการดำเนินงานของคลินิกการแพทย์แผนไทยมีปัญหาหรืออุปสรรคในช่วงแรกเพราะยังไม่เป็นที่รู้จักของประชาชน จึงต้องมีการประชาสัมพันธ์ผ่านทางคณะผู้บริหาร สมาชิกสภาเทศบาล ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ของเทศบาล และเทศบาลมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ จึงต้องวางแผนการดำเนินงานตามศักยภาพที่มี และสรรหางบประมาณจากแหล่งอื่นๆ เพิ่มเติมเพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ เกตุเพชรและคณะ ได้กล่าวถึงการศึกษาความหลากหลายของพืชอาหารและโอกาสในการใช้ประโยชน์เพื่อเสริมสร้างความเข้มด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยส่วนหนึ่งได้อธิบายว่าประชาชนในพื้นที่ตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของจังหวัดเชียงราย มีความสามารถใช้ประโยชน์จากพืชอาหารท้องถิ่นเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่[15]โดยยังสอดสอดคล้องกับการศึกษาของศมลวรรณ วรกาญจน์ได้กล่าวถึงศักยภาพเชิงพื้นที่เพื่อการท่องเที่ยวเชิงนิเวศวัฒนธรรมในเขตเทศบาลตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย โดยส่วนหนึ่งได้อธิบาย ถึงประชาชนในพื้นที่มีการอนุรักษ์วัฒนธรรมภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น พื้นที่ป่าชุมชนสมุนไพรท้องถิ่น พื้นที่น้ำตกภูแกงและพื้นที่ริมลำห้วยภูแกงพื้นที่ทางศาสนาสถาปัตยกรรมพื้นถิ่นพื้นที่วิถีชีวิตทางวัฒนธรรมพื้นที่วิถีชีวิตทางการเกษตร[16] และยังสอดสอดคล้องกับการศึกษาของนคร จันต๊ะวงษ์ได้กล่าวถึงการพัฒนาศักยภาพของพืชสมุนไพร

สำหรับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยส่วนหนึ่งได้อธิบายถึงศักยภาพของทรัพยากรทางธรรมชาติด้านพันธุ์พืชสมุนไพรคือสิ่งสำคัญและมีคุณค่าในพื้นที่ซึ่งประโยชน์ต่อสุขภาพให้กับประชาชน และส่งผลทำให้เกิดการอนุรักษ์และตระหนักถึงคุณค่าของทรัพยากรธรรมชาติในชุมชนท้องถิ่นผ่านการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน[17] จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยการแพทย์แผนไทยในรูปแบบคลินิกการแพทย์แผนไทยของเทศบาลตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

**ข้อเสนอแนะ**

1. การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยในบริบทเฉพาะของเทศบาลตำบลบุญเรือง หากมีการนำผลการวิจัยไปใช้ควรมีการปรับให้เหมาะกับบริบทของพื้นที่นั้นๆ หรืออาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมตามบริบทของพื้นที่

2. ในการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาข้อมูลในเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของเทศบาลตำบลบุญเรือง เช่น การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยการแพทย์แผนไทย เป็นต้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้บริการให้มีประสิทธิภาพต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย. ยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579)[อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 29 พ.ย. 66]. เข้าถึงจาก: https://planning.crru.ac.th/
2. กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดกลุ่มสถาบันอุดมศึกษา พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 29 พ.ย. 66]. เข้าถึงจาก: https://www.mhesi.go.th/index.php/aboutus/legal-all/76-ministerial-regulation/3382-ministerial-regulation-University.html
3. พรพรรณ ก้อใจนคร จันต๊ะวงษ์ยิ่งยง เทาประเสริฐและชัยนรินทร์ เรือนเจริญ.การพัฒนาศักยภาพของพืชสมุนไพรสำหรับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต[อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.พ. 67]. 10(3): 293-301. เข้าถึงจาก: https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JCDLQ/article/view/256263
4. สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย (RDI CRRU).U2T ตำบลเด่น จังหวัดเชียงราย[อินเทอร์เน็ต]. 2565[สืบค้นเมื่อ 29 พ.ย. 66]. เข้าถึงจาก: https://www.youtube.com/watch?v=Hk328Dduak8&ab_channel=RDICRRU
5. ปริพัช เงินงามสุวนันท์ แก้วจันทาและณิศรา ชัยวงค์.แนวทางการดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนด้วย การแพทย์แผนไทย กรณีศึกษา ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.พ. 67]. 10(2): 190-200. เข้าถึงจาก: https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JCDLQ/article/view/254524
6. นันทิกานต์ พิลาวัลย์จักรกฤษณ์ คณารีย์ณัฐวุฒิ ใหม่นวลและกัญจนภรณ์ ธงทอง. การสำรวจพืชสมุนไพรในพื้นที่ป่าชุมชนเพื่อใช้เป็นแหล่งในการผลิตวัตถุดิบสมุนไพร. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.พ. 67]. 11(2): 83-96. เข้าถึงจาก: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hsudru/article/view/254286
7. ปริพัช เงินงามผกามาศ คำเสือ ฐิติรัตน์ ชัยชนะ และศิวพงษ์ ตันสุวรรณวงค์.การศึกษาปัญหาและความต้องการทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลดอยฮาง. วารสารการบริหารการปกครองและนวัตกรรมท้องถิ่น[อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.พ. 67]. 7(2): 43-56. เข้าถึงจาก: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JLGISRRU/article/view/265000
8. วุฒิพงศ์บุษราคัม.การกำหนดนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม กรณีศึกษาธรรมนูญสุขภาพตำบลโนนสมบูรณ์อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ[อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.พ. 67].7(2): 129-143. เข้าถึงจาก:https://so04.tci-thaijo.org/index.php/JSBA/article/view/252520
9. กันตา วิลาชัยธัญญรัตน์ ไชยครามและขวัญตา เบ็ญจะขันธ์.การบูรณาการทุนทางวัฒนธรรมเพื่อการพัฒนาการบริหารจัดการชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษา ชุมชนดงบัง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารการเมือง

การบริหาร และกฎหมาย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.พ. 67]. 15(2): 194-206.เข้าถึงจาก: https://ojs.lib.buu.ac.th/index.php/law/article/view/9057

10. จิรัชญา เหล่าคมพฤฒาจารย์ธิติรัตน์ เหล่าคมพฤฒาจารย์วิภาดา กาญจนสิทธิ์ และณิชา ว่องไว.ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธในการดูแลมารดาหลังคลอด[อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.พ. 67].17(2): 618-630. เข้าถึงจาก:https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/261535
11. สุปัญญดา สุนทรนนธ์.ปัจจัยความสำเร็จขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รางวัล การบริหารจัดการที่ดี : กรณีศึกษาเทศบาลตำบลโพสะ จังหวัดอ่างทอง. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์[อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.พ. 67].9(5): 372-387. เข้าถึงจาก:https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JMND/article/view/261272
12. วินิจ ผาเจริญ และชาญชัย ฤทธิร่วม.การมีส่วนร่วมของชาวบ้านในการจัดการป่าชุมชน กรณีศึกษาบ้านตลาดขี้เหล็ก ตำบลแม่โป่ง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสันติสุขปริทรรศน์[อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.พ. 67].3(1): 47-58. เข้าถึงจาก:https://so09.tci-thaijo.org/index.php/JPP/article/view/385
13. ดนุช ตันเทิดทิตย์ และสัมพันธ์ เย็นสำราญ.การถอดบทเรียนโครงการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมฐานรากหลังโควิดด้วยเศรษฐกิจ BCG ประเทศไทย (U2T for BCG). วารสารชุมชนวิจัยและพัฒนาสังคม [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.พ. 67].17(1): 26-39. เข้าถึงจาก:https://so04.tci-thaijo.org/index.php/NRRU/article/view/264030
14. ยุทธนา คล้ายอยู่ณัฐปภัสร์ ฤทธิ์วัฒนวาณิชสุรัชฎา เมฆขลาและเกวลี แก่นจันดา. บริการวิชาการเพื่อสังคมโครงการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมฐานราก หลังโควิดด้วยเศรษฐกิจ BCG ตำบลนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารชุมชนวิจัยและพัฒนาสังคม [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.พ. 67]. 12(1): 176-187. เข้าถึงจาก:https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JIRGS/article/view/265779
15. ศิริวรรณ เกตุเพชรชฎาพร แซ่ม้าและนิตยา นามวิเศษ. การศึกษาความหลากหลายของพืชอาหารและโอกาสในการใช้ประโยชน์ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.พ. 67].10(1): 14-27. เข้าถึงจาก:https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JMND/article/view/268189
16. ศมลวรรณ วรกาญจน์. การวิเคราะห์ศักยภาพเชิงพื้นที่เพื่อการท่องเที่ยวเชิงนิเวศวัฒนธรรม ในเขตเทศบาลตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย. วารสารสถาปัตยกรรมศาสตร์ ผังเมืองและนฤมิตศิลป์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.พ. 67].4(2): 69-96. เข้าถึงจาก:https://so02.tci-thaijo.org/index.php/Jadc/article/view/254432
17. นคร จันต๊ะวงษ์รุสนี มามะโชคชัย แซ่ว่างศิวพงษ์ ตันสุวรรณวงศ์ และชัยนรินทร์ เรือนเจริญ. การพัฒนานวัตกรรมการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพด้วยสมุนไพรใกล้มือสำหรับผู้สูงอายุ. วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.พ. 67].10(1): 245-256. เข้าถึงจาก:https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jssr/article/view/249381

# ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

# The Effects of Self-Management Programs on Self-Care Behaviors of Patients with Uncontrolled Diabetes Mellitus type II, Charoensin Hospital, Sakon Nakhon Province.

(Received: March 15,2024 ; Revised: April 17,2024 ; Accepted: April 26,2024)

**รัติยา รักดี**[1]
**Rattiya Rakdee**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นการศึกษากึ่งทดลองแบบ 1 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อเปรียบเทียบความรู้การจัดการตนเอง เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง และเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting plasma glucose) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS ) ≥ 140 มก./ดล. 2 ครั้ง ติดต่อกันที่คลินิกเบาหวาน ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567 เลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอนุมานเปรียบเทียบก่อนหลังด้วย Paired T-Test

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($t_{59}$ = 21.14, p<0.001) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{59}$ = 17.85,p<0.001)
และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{59}$=9.95, p<0.001)

**คำสำคัญ :** โรคเบาหวานชนิดที่ 2, การจัดการตนเอง, พฤติกรรมการดูแลตนเอง

**Abstract**

This study was a quasi-experimental study with 1 group comparing before and after the experiment. The objective is to study the results of self management program. Compare self-management knowledge Compare self-care behaviors and compare fasting plasma glucose levels of type 2 diabetic patients who cannot control their blood sugar levels Charoensin Hospital, Sakon Nakhon Province. The sample group consisted of patients with type 2 diabetes who had blood sugar levels (FBS) ≥ 140 mg/dl / 2 time Contact us at the diabetes clinic. Between December 2023 to February 2024. Purposive sampling was used for selecting the sample totally of 60 participants. Data collection consists include : General information questionnaire Self-care knowledge questionnaire and self-care behavior questionnaire**.** The experimental instrument was a self-management program for patients with type 2 diabetes. Data were analyzed using descriptive statistics, frequency, percentage, mean and standard deviation and statistics to compare before and after by Paired T-Test

The results of the study found that the mean knowledge score of type 2 diabetes patients after receiving the self-management program, there was a statistical significance increase in diabetes knowledge than before receiving the program ($t_{59}$ = 21.14, p<0.001). The mean self-care behavior score after receiving the self-management program increased significantly before receiving the program ($t_{59}$ = 17.85,p<0.001) And the mean blood sugar level after receiving the self-management program was significantly lower than before receiving the program ($t_{59}$=9.95, p<0.001)

**Key word** Diabetes Mellitus type II, self-management, self-care behavior

[1] โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

**บทนำ**

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดจากความผิดปกติของระบบเผาผลาญพลังงานในร่างกาย (Metabolic disease) ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ ปัจจุบันพบว่าประชากรทั่วโลก และในประเทศไทยมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นจำนวนมาก ซึ่งมีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงเพิ่มขึ้น สาเหตุของโรคเกิดได้หลายปัจจัย แต่ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั่วโลกพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวาน 425 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในอีก 24 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2588) จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน[9] นอกจากนี้ในปี 2573 องค์การอนามัยโลกคาดการณ์โรคเบาหวานจะมีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุก ๆ 5 วินาที[1] และข้อมูลจากภาคพื้นแปซิฟิก พ.ศ. 2560 รายงานว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 4.4 ล้านคน ซึ่งมากเป็นอันดับ 4 รองจากประเทศจีน อินเดีย และญี่ปุ่น[2]

ปัจจุบันประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานถึง 4.8 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาเพียงร้อยละ 35.6 หรือเพียง 2.6 ล้านคน บรรลุเป้าหมายในการรักษาเพียง 0.9 คน และผู้ป่วยเหล่านี้เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นมักเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานมีมากถึง 200 รายต่อวัน คาดการณ์ว่าความชุกของโรคภายในปี 2583 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคน ผู้หญิงจะเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 9.8 ในขณะที่ผู้ชายจะเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 7.8 กลุ่มอายุที่พบมากสูงที่สุดคือกลุ่มอายุ 60-69 ปี[3] จึงส่งผลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้น ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่าร้อยละ 11 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดในประเทศไทยถูกจัดสรรให้กับการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ซึ่งใกล้เคียงกับประทศอื่นๆ ในภูมิภาคและคาดว่าจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 41 ภายในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งจะทำให้สังคมรับภาระจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า[4] มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 49 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานเกิดจากค่ารักษาในโรงพยาบาล หรือการรักษาภาวะแทรกซ้อน ในขณะที่ค่าใช้จ่ายจากยาคิดเป็นร้อยละ 14 และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน 2 อย่างขึ้นไป จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้น 6.6 เท่าของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน[5] จากรายงานการวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2561 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้สูงถึงร้อยละ 63.5 พบภาวะแทรกซ้อนทางไตมากที่สุดพบร้อยละ 9.0[6] เป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานคือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติ เพราะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จะสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน[7] แต่การที่จะทำให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้น ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์อย่างต่อเนื่องเพราะเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อน และการลดความเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นต้องทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการความรู้ หรือการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสม รวมทั้งบุคลากรสุขภาพให้การสนับสนุนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะเฉียบพลัน และลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว[8]

จากข้อมูลในปี 2563 – 2565 ของอำเภอเจริญศิลป์ พบผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 2,261 2,331 และ 2,558 คนตามลำดับ เข้ารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จำนวน 6250, 7023 และ 6,692 ครั้ง ตามลำดับ ซึ่งเป็น 1 ใน 5 อันดับโรคแรกของผู้ป่วยนอก[5] มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทางไต ทางตา และเท้า ร้อยละ 10.12, 9.38 และ 7.66 ตามลำดับ และมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ร้อยละ 6.2, 5.2 และ 8.8 ตามลำดับ[4] นอกจากนี้ผลตรวจเลือดประจำปี ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c < 7) ปี 2564 - 2566 ไม่ถึงเกณฑ์กำหนด พบร้อยละ 13.77 ,18.22 และ 28.93 ตามลำดับ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยต้องมารักษาซ้ำหรือนอน

โรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว เนื่องมาจากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งสาเหตุเหล่านี้เป็นสิ่งที่ปรับเปลี่ยนได้ โดยต้องให้ผู้ป่วยเบาหวานมีส่วนร่วมในการจัดการตนเอง เพราะมีหลักฐานจากการวิจัยพบว่า การจัดการตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานทำให้มีผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น [9,10, 11, 12,13]

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะจัดทำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเจริญศิลป์ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง (self-management) ของ Kanfer (1991) และ Creer (2000) ในการจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเน้นกระบวนการสร้างทักษะการคิดแก้ปัญหาและวางแผนจัดการปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาด้วยตนเอง การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติอย่างเหมาะสมและประเมินผลการปฏิบัติ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย
9 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ขั้นตอนที่ 2 การเก็บรวมรวมข้อมูล ( Information Collection and Education Subgroup) ขั้นตอนที่ 3 การประมวลและการประเมินข้อมูล (Information Processing and Evaluation) ขั้นตอนที่ 4 การตัดสินใจ (Decision Making) ขั้นตอนที่ 5 การลงมือปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนที่ 6 การสะท้อนตนเอง (Self-Reaction) ขั้นตอนที่ 7 การติดตามตนเองจากพฤติกรรมของตนเอง (Self-Monitoring) ขั้นตอนที่ 8 การประเมิน (Self -Evaluation) และขั้นตอนที่ 9 การเสริมแรงตนเอง (Self -Reinforcement) เพื่อควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้คงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตระหนักถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร เพื่อนำไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาคุณภาพทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

**วัตถุประสงค์การศึกษา**

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
4. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting plasma glucose) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

**สมมติฐานการศึกษา**

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting plasma glucose) ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

**วิธีดำเนินการศึกษา**

การศึกษานี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 1 กลุ่ม วัดผลเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง (The one group pretest-posttest only design)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่แพทย์วินิจฉัยและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยมีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS ) ≥ 140 มก./ดล. 2 ครั้งติดต่อกัน ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเจริญศิลป์ ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คืออายุระหว่าง 35 - 65 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยยาเบาหวานชนิดรับประทาน สามารถพูดคุยสื่อสารโดยตรงหรือทางโทรศัพท์และอ่านหนังสือภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาเรื่องการมองเห็น การได้ยิน และยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วมหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมวิจัย เช่นโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อ เช่น covid-19, วัณโรค และกลุ่มตัวอย่างที่ย้ายโรงพยาบาล ย้ายที่อยู่อาศัยหรือถอนตัวออกจากการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จนครบตามจำนวนที่กำหนด

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา :**

เครื่องมือประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ โรคร่วม ข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลการรักษา ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและเฉียบพลัน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ โรค สาเหตุการเกิดโรค การรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วย ใช้เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง มีตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบ “ถูก” ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบ “ผิด” ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรู้ดีกว่าคะแนนรวมต่ำ ซึ่งเกณฑ์การแปลผลคะแนน ใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1971)[9] มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับดังนี้

ความรู้ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 12 - 15 คะแนน)

ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 (ช่วงคะแนน 9 - 11 คะแนน)

ความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ช่วงคะแนน 0 - 8 คะแนน)

และส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ข้อคำถาม 20 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การใช้ยาตามแผนการรักษา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรก ซ้อน

เฉียบพลัน และการดูแลรักษาต่อเนื่อง แต่ละข้อคำถามมีคะแนน 1-5 คะแนน ข้อคำถามเชิงบวกให้ 5 คะแนนเท่ากับปฏิบัติเป็นประจำ และ 1 คะแนนเท่ากับไม่ปฏิบัติ ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ให้ 5 คะแนนเท่ากับไม่ปฏิบัติ และ1 คะแนน เท่ากับปฏิบัติประจำ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20 -100 คะแนน ข้อมูลเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Interval scale) แบ่งเกณฑ์ประเมินเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้ ควรปรับปรุงคือคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ระหว่าง 20-59 คะแนน ปานกลางคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ระหว่าง 60-79 คะแนน และดีคือคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ระหว่าง 80-100 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (1991)[14] และ Creer (2000)[15]

3. เครื่องมือวิทยาศาสตร์ ได้แก่ เข็มสำหรับเจาะปลายนิ้วใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้งของ Xinle Medical , เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้วของ CERA-CHEK 1070 SN G305G100683 และ แผ่น Strip ของ CERA-CHEK

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์รายข้อและวัตถุประสงค์ โดยใช้ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน พบว่าทุกข้อคำถามมีค่ามากกว่า 0.5 ได้ค่า IOC ภาพ รวมของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเองเท่ากับ 0.86 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ค่า IOC เท่ากับ 0.91 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญมาแล้วได้แก่ แบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ไป Tryout กับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งที่มีขนาดและบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลเจริญศิลป์ ในจังหวัดสกลนคร จำนวน 30 ชุด พบว่าแบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเองได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.76 และแบบสอบ ถามพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.80 ซึ่งยอมรับได้

**ขั้นตอนการศึกษา**

**ขั้นเตรียมการ :** 1. ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การดูแลตนเองในเรื่องต่าง ๆ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2. เขียนเค้าโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร 3. หลังได้รับการอนุมัติ จัดประชุมทีมงานผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้องในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเจริญศิลป์ ชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูลและประโยชน์ที่องค์กรและผู้รับบริการจะได้รับจากการศึกษารวมถึงการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมงานแต่ละคน

**ขั้นตอนดำเนินการ :**

โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมแบ่งเป็น 3 ระยะ ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเจริญศิลป์ ใช้เวลาครั้งละ 30 - 45 นาที โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมบ้านใช้เวลาครั้งละ 5 -10 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

ระยะที่ 1 : สัปดาห์แรกที่รับบริการที่คลินิกเบาหวาน สร้างสัมพันธภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และให้ข้อมูลตามกระบวนการการจัดการตนเอง ได้แก่ ด้านการรับประทานยา ด้านการรับประทานอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือด การจัดการความเครียด การนอนหลับพักผ่อน และการออกกำลังกาย เพิ่มเติมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน บรรยาย แจกคู่มือ แจกแผ่นพับความรู้ในการดูแลตนเองและโมเดลอาหาร

สัปดาห์ที่ 2 และ 3 ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 1 ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การสังเกตอาการผิดปกติ ให้ซักถามข้อสงสัย และนัดหมายที่คลินิก

สัปดาห์ที่ 4 นัดตรวจที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเจริญศิลป์ กล่าวทักทาย พูดคุยชื่นชมกิจกรรมกลุ่มแบ่งเป็น 3 ฐาน ฐาน 1 : ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน ฐาน 2 : การดูแลตนเองได้แก่ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน ฐาน 3 : การออกกำลังกาย และการดูแลเท้า ให้แสดงความคิดเห็นร่วมกันปัญหาอุปสรรคที่ผ่านมาหลังร่วมกิจกรรม ให้ซักถามเพิ่มเติม

ระยะที่ 2 : สัปดาห์ที่ 5 , 6 และ 7 ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 2 กิจกรรมเหมือนเดิมให้ข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้ซักถามข้อสงสัย และนัดหมายที่คลินิก

สัปดาห์ที่ 8 นัดตรวจที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเจริญศิลป์ กล่าวทักทาย ซักถาม ทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยอีกครั้ง ได้แก่ ด้านการรับประทานยา ด้านการรับประทานอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือด การจัดการความเครียด การนอนหลับพักผ่อน และการออกกำลังกาย ปัญหาอุปสรรคที่พบหลังเข้าร่วมกิจกรรม ให้ซักถามเพิ่มเติมประเด็นข้อสงสัย

ระยะที่ 3 : สัปดาห์ที่ 9 , 10 และ 11 ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ครั้งที่ 3 กิจกรรมเหมือนเดิม ติดตามความก้าวหน้า ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้ซักถามข้อสงสัย

สัปดาห์ที่ 12 นัดตรวจที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเจริญศิลป์ เพื่อประเมินผล ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ครั้งที่ 2 หลังสิ้นสุดโครงการ ให้ซักถามเพิ่มเติม และเก็บข้อมูลแบบสอบถามความรู้หลังให้โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ประเมินผลระดับน้ำตาลหลังเข้าร่วมโปรแกรม และกล่าวขอบคุณ ชมเชย และให้กำลังใจ พร้อมนัดผู้ป่วยครั้งต่อไปตามปกติที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเจริญศิลป์

หลังดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องจากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูล (Normal Distribution) โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov Smirnov test (KS test) พบว่ามีการกระจายตัวแบบปกติ จึงใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ ใช้สถิติอนุมาน Paired T-Test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเอง ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

**จริยธรรมการวิจัย**

โครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารเลขที่ SKN REC 2023-089

**ผลการศึกษา**

**ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง :** พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 55-59 ปี ร้อยละ 26.67 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 60 - 65 ปี ร้อยละ 25.00 และกลุ่มอายุ 50 -54 ปี ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 85.00 จบระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 90.00 อาชีพแม่บ้าน/อยู่บ้านไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 63.33 มีโรคร่วมร้อยละ 78.33 และโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูงร้อยละ 45.00 รองลงมาคือโรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 20.00 และโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 11.66 ตามลำดับ พบกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายปกติ (18.5 - 22.9) เท่ากับกลุ่มเริ่มอ้วนระดับ 1 (25.0 - 29.9) คือร้อยละ 30.00 รองลงมาคือกลุ่มอ้วนระดับ

2 (≥ 30) ร้อยละ 20.00 และกลุ่มเริ่มอ้วน (23.0-24.9) ร้อยละ 18.33 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 41.67 รองลงมา 0 - 5 ปี ร้อยละ 23.33 และ 16 - 20 ปีร้อยละ 15.00 ตามลำดับ และภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ร้อยละ 18.33 รองลงมาภาวะแทรกซ้อนทางไตเท่ากันกับน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) พบร้อยละ 13.33

**ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2** ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.00 รองลงมามีความรู้ในระดับต่ำร้อยละ 11.66 และมีความรู้ในระดับสูงร้อยละ 8.34 ตามลำดับ หลังได้รับโปรแกรมพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูงร้อยละ 80.00 และมีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 20.00 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเท่ากับ 10.22 คะแนน (SD.=1.16) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 13.72 คะแนน (SD.=1.30) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{59}$=21.14, p<0.001) ดังตารางที่ 1

**พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2** ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.66 พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ควรปรับปรุง ร้อยละ 21.66 และพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี ร้อยละ 11.66 หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองพบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 71.67 พฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 28.33 แต่ไม่พบพฤติกรรมที่ควรปรับปรุง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเท่ากับ 69.58 คะแนน (SD.= 8.27) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเท่ากับ 82.46 คะแนน (S.D.= 6.19) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{59}$= 17.85,p<0.001) ดังตารางที่ 1

**ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2** ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting plasma glucose: FPG) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเท่ากับ 178.58 mg% (SD.= 29.76) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง หลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 137.70 mg% (SD.=28.35) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{59}$=9.95, p<0.001) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

| ตัวแปร | ก่อนได้รับโปรแกรม | | หลังได้รับโปรแกรม | | df | t-test | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\bar{x}$ | SD. | $\bar{x}$ | SD. | | | |
| ความรู้การดูแลตนเอง | 10.22 | 1.16 | 13.72 | 1.30 | 59 | 21.14 | <0.001** |
| พฤติกรรมการดูแลตนเอง | 69.58 | 8.27 | 82.46 | 6.19 | 59 | 17.85 | <0.001** |
| *FPG | 178.58 | 29.76 | 137.70 | 28.35 | 59 | 9.95 | <0.001** |

** p<.001

*FPG (Fasting Plasma Glucose) = ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง

**สรุปและอภิปรายผล**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 1 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง (The one group pretest-posttest only design) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร ซึ่งจะได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองตามที่ผู้วิจัยกำหนด มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ ตั้งแต่ธันวาคม 2566 – กุมภาพันธ์ 2567 โดยมีสมมติฐานการวิจัยคือ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และ 3) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีผลระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting plasma glucose) ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{59}$=21.14, p<0.001) มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{59}$= 17.85, p<0.001) และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting plasma glucose) ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.05 ($t_{59}$=9.95, p<0.001) ซึ่งอธิบายได้ว่าผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management concepts) ของ Kanfer (1991) & Creer (2000) ที่ให้ความสำคัญกับการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมของบุคคลให้สามารถดำรงชีวิตที่ปรับเปลี่ยนได้ภายใต้การควบคุมตนเอง (Self-regulation) โดยมีบุคคลากรทางสุขภาพมีบทบาทในการกระตุ้นและเสริมแรง ให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมใหม่ของตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้มองเห็นคุณค่าในสิ่งที่ตนเองปฏิบัติ ส่งผลให้การจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้มีความเหมาะสมในการดำเนินชีวิตมากขึ้น[12] นอกจากนี้แนวคิดยังได้ให้ความสำคัญกับ 4 โดเมน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การสร้างแรงจูงใจและอารมณ์ การฝึกทักษะในการจัดการตนเอง และการคำนึงถึงปัจเจกหรือบริบทชีวิตของแต่ละบุคคล ทำให้พยาบาลได้รับรู้ถึงความคิด ทัศนคติและปัญหาของผู้ป่วย ทำให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างกันทั้งผู้ป่วยและพยาบาลในพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลมีความสำคัญในการช่วยส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

จากผลการศึกษาแสดงถึงโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงบันดาลใจ มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น โดยใช้กระบวนการจัดการตนเองในการเลือกเป้าหมาย การเลือกสรรข้อมูล การจัดการข้อมูลและประเมินผล การตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติ นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม[13] เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น จนสามารถทำให้ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ สาวิตรี นามพะธาย (2561) พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการรับประทานอาหารและรับประทานยาดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของกลุ่มทดลอง มีระดับน้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 การศึกษาของพิชญา รินทา (2564) พบว่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ลดลงหลังเข้าโปรแกรม โดยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.005 และ 0.001 ตามลำดับ เช่นเดียวกับการศึกษาของ กฤตกร หมั่นสระเกษ และคณะ (2562) พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และเมื่อเทียบกับกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ในด้านของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Fasting blood sugar) พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการทดลองทั้งในกลุ่มเดียวกัน (p-value =.124 และ .909 ตามลำดับ) และการศึกษาของกนกวรรณ ด้วงกลัดและคณะ (2563) พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) ของกลุ่มทดลองลดลงจากก่อนการทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเจริญศิลป์ เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลัน และเรื้อรัง เป็นการสร้างความตระหนักให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้เห็นถึงความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมและได้รับรู้ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตลอดจนการให้ความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปใช้ชีวิตประจำวันที่บ้าน ซึ่งการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ตระหนักรู้และเห็นความสำคัญ จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นหนึ่งในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Kanfer (1991)[14] และ Creer (2000)[15] ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลตนเองมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

**ข้อเสนอแนะ**

**ด้านการบริหารทางการพยาบาล** : ควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เสนอต่อคณะผู้บริหารทางการพยาบาล ทีมนำทางการพยาบาลเพื่อให้เห็นความสำคัญ กำหนดนโยบาย และนำไปวางแผนประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยสำหรับโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

**ด้านการปฏิบัติการพยาบาล** : ควรมีการประเมินและตรวจสอบการใช้โปรแกรมจัดการตนเองเป็นระยะๆ เพื่อกระตุ้นให้ทีมสหวิชาชีพมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นวัฒนธรรมการบริการขององค์กร

**ด้านการวิจัย** : ควรมีการศึกษาวิจัยในระยะยาวถึงผลลัพธ์ของโปรแกรมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยใช้การตรวจระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) เพื่อเป็นการยืนยันว่าโปรแกรมการจัดการตนเองที่จัดทำขึ้นมีประสิทธิภาพจริงหรือไม่ อย่างไร

**เอกสารอ้างอิง**

1. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). ข่าวในรั้วสาธารณสุข. [Internet].สิงหาคม 2566 [เข้าถึงเมื่อ 5 สิงหาคม 2566]. แหล่งข้อมูล https://pr.moph.go.th/? url= pr/ detail/2/02/181256/
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา สยามบรมราชกุมารี รายงานสถานการณ์โรคเบาหวาน พ.ศ. 2563 [Internet]. สิงหาคม 2566 [เข้าถึงเมื่อ 5 สิงหาคม 2566]. แหล่งข้อมูล http://www.dmthai.org

3. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพฯ: ร่มเย็น มีเดีย.
4. Zhang P, et al. (2010). Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. Diabetes research and clinical practice. 87(3): 293-301.
5. Chatterjee S. et al. (2011). Cost of diabetes and its complications in Thailand: a complete picture of economic burden. Health and social care in the community. 19(3), 289-98.
6. ราม รังสินธุ์และคณะ. (2561). รายงานฉบับสมบูรณ์การเก็บรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
7. Stratton IM, Adler AI, Neil HA, et al. (2000). Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. British medical journal. 321(7258): 405-12.
8. American Diabetes Association. (2013). Position statement: Standard of medical care in diabetes-2013. Diabetes Care. 36(Supplement_1): S11-S66.
9. กฤตกร หมั่นสระเกษ, ทัศนีย์ รวิวรกุล และสุนีย์ ละกำปั่น. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. 25(2): 87-103.
10. ไชยา ท่าแดง. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
11. วรางคณา บุตรศรี, รัตนา บุญพา และชาญณรงค์ สิงห์บรรณ. (2564). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น. 18(1), 13-25.
12. สาวิตรี นามพะธาย. (2561). ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ . มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
13. สยุมพร สมประสิทธิ์. (2563). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน.
14. Kanfer, F.H.& Gaelick-bays, L. (1991). Self-management Method. In Kanfer FH Goldstein A, editors. Helping people change: A text book at methods. New York: Pergumon press.
15. Creer, T. L. (2000). Self-management and the control of chronic pediatric illness. In D. Drotar (Ed.). Promoting adherence to medical treatment in chronic childhood illness. Mawah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

# การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีเลือดออกในสมองและมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดร่วมกับมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ: กรณีศึกษา

# Nursing care for head injury patients with intracerebral hemorrhage and hemothorax in combination with thrombocytopenia: Case study

(Received: March 27,2024 ; Revised: April 7,2024 ; Accepted: April 8,2024)

**ทิพย์รัตน์ จินดาศักดิ์**[1]
**Tipparat Jindasak**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีเลือดออกในสมองและมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดร่วมกับมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ โดยศึกษาในผู้ป่วยชาย อายุ 43 ปี มีประวัติเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์

จากการศึกษาพบว่า การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การดูแลเนื้อเยื่อของร่างกายรวมถึงเนื้อเยื่อสมองให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะความดันในกะโหลกสูงขึ้น ได้แก่ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ ลดอุณหภูมิร่างกาย หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความดันในช่องอกและช่องท้องเพิ่มขึ้น ลดความเจ็บปวด ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ป้องกันการชัก ประเมิน รักษาความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ซึ่งผลการพยาบาลทำให้ปัญหาคุกคามชีวิตผู้ป่วยถูกแก้ไขหมดไป ผู้ป่วยปลอดภัย รอดชีวิต และมีความบกพร่องทางระบบประสาทน้อยที่สุด

**คำสำคัญ:** บาดเจ็บศีรษะ, เลือดออกในสมอง, เลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด, ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ

## Abstract

This study is a case study. The objective was to study nursing care for head injury patients with intracerebral hemorrhage and hemothorax in combination with thrombocytopenia. This is a case is a 43-year-old man with a history illness of a motorcycle accident.

This study found that important nursing care includes taking care of the tissues of the body with the cerebral receiving adequate oxygen, prevention, and monitoring of increased intracranial pressure including opening the airway and supplying adequate oxygen, reducing body temperature, avoiding stimuli that cause increased pressure in the chest and abdomen, relieve pain, control of blood sugar levels, prevention convulsion, evaluation and keep the balance of fluid and electrolyte, take care to get enough nutrition, The results of nursing care can solve life-threatening problems that patients. The patient was safe, survived, and had minimal neurological impairment.

**Keywords:** head injury, intracerebral hemorrhage, hemothorax, thrombocytopenia

## บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนนับเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ที่องค์การสหประชาชาติมุ่งแก้ไขปัญหามาอย่างต่อเนื่อง จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ปี ค.ศ. 2018 พบว่า มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกต่อปีสูงขึ้นเป็น 1.35 ล้านคน คิดเป็นค่าเฉลี่ยวันละ 3,700 คน โดยประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงที่สุดเป็นอันดับที่ 9 ของโลก โดยประมาณการผู้เสียชีวิต 32.7 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน หรือมีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยปีละ

[1] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

22,491 คน (60 คนต่อวัน) ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนส่วนใหญ่เกิดจากรถจักรยานยนต์มากที่สุด ร้อยละ 74.4[1] อวัยวะที่บาดเจ็บมากที่สุด คือ ศีรษะ ร้อยละ 45 รองลงมาเป็นรยางค์ส่วนล่างร้อยละ 14.2 ทรวงอกร้อยละ 13.1 รยางค์ส่วนบนร้อยละ 12.5 กระดูกสันหลังร้อยละ 8.58 คอร้อยละ 0.2[2] บางรายอาจได้รับบาดเจ็บหลายอวัยวะร่วมกัน โดยพบประมาณร้อยละ 18.60 ในผู้ที่ไม่สวมหมวกนิรภัย[3] ซึ่งการบาดเจ็บที่ศีรษะจะมีผลทำให้เกิดความกระทบกระเทือนต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบภายในกะโหลกศีรษะ กรณีอาการรุนแรงจะทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อสมอง มีภาวะเลือดออกในสมอง ส่งผลให้การทำหน้าที่ของสมองลดลง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป เกิดภาวะสมองบวม สมองขาดออกซิเจน อันเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความพิการและเสียชีวิต[4] โดยมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 36[5] การรักษาอาการบาดเจ็บที่สมองอาจแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ผู้ที่มีอาการไม่รุนแรง อาจไม่จำเป็นต้องใช้การรักษา อาจแนะนำให้พักผ่อนหรือให้ยาบรรเทาปวด และนัดหมายเพื่อติดตามอาการ ส่วนผู้ที่มีอาการรุนแรง แพทย์จะรักษาโดยการทำการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เพื่อเอาเลือดออกจากในสมองกรณีมีข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัด ได้แก่ (1) ผู้ป่วยมีอาการซึมลง (2) ก้อนเลือดที่อยู่ตื้น (3) ก้อนเลือดขยายโตขึ้น (4) ก้อนเลือดมีปริมาตร 30 มิลลิลิตรขึ้นไป (5) คะแนน GCS < 8 (6) รูม่านตาขยายและไม่ตอบสนองต่อแสง และ (7) ระยะ midline shift >5 มิลลิเมตร[6] แต่มีผู้ที่มีอาการรุนแรงบางรายแพทย์จะไม่พิจารณาทำผ่าตัดเนื่องมาจากการพยากรณ์โรคไม่ดี โดยจะให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอาการรุนแรงทั้งกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดและกลุ่มที่ไม่ได้รับการผ่าตัด โดยให้การดูแล เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากสมองได้รับบาดเจ็บ ได้แก่ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอื่น ที่มีสาเหตุเกิดจากประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลง เช่น การติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใส่อุปกรณ์การแพทย์ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด การขาดความสมดุลของสารน้ำ สาร อาหารและเกลือแร่ในร่างกาย ข้อติด แผลกดทับ การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึก เป็นต้น[7] นอกจากนี้หากมีการบาดเจ็บของอวัยวะอื่น เช่น ทรวงอก กระดูก ช่องท้อง หรือมีโรคทางอายุรกรรมร่วมด้วย ซึ่งทำให้มีความซับซ้อนทั้งด้านอาการและความยุ่งยากในการดูแลมากขึ้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีบทบาทในการดูแลผู้บาดเจ็บให้มีความครอบคลุมทุกปัญหาและความต้องการ โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามอัตภาพ

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า มีหน้าที่รับดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะทั้งการรักษาที่ใช้ยา และการผ่าตัดสมอง ตั้งแต่ระยะแรกรับ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และดูแลต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่าย โดยสถิติปี พ.ศ. 2563 – 2565 รับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะไว้ดูแลจำนวน 648, 574, และ 521 รายตามลำดับ และมีผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะจำนวน 52, 50, และ 47 ราย ตามลำดับ[8] จากสถิติดังกล่าวแม้ว่าจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะจะลดลง แต่กลุ่มผู้ป่วยนี้ยังมีอัตราการเสียชีวิตและความพิการสูง จากภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยสามารถป้องกันและประเมินปัญหาอาการเปลี่ยนแปลงที่บ่งชี้ถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ในทุกระยะการดูแลผู้ป่วย สามารถรายงานแพทย์เพื่อช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที เพื่อลดอัตราการตายและความพิการ จากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพบว่า การปฏิบัติการพยาบาลยังมีความหลากหลายและแตกต่างกัน ส่งผลให้การดูแล

ผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ครบถ้วนตามมาตรฐาน จากความสำคัญของผลกระทบและปัญหาการดูแลดังกล่าว ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาจึงได้คัดเลือกผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีเลือดออกในสมองและมีเลือดออกในช่อง เยื่อหุ้มปอดร่วมกับมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ มาเป็นกรณีศึกษา เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางสำหรับดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีเลือดออกในสมองและมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดร่วมกับมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ

**วิธีการศึกษา**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีเลือดออกในสมองและมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดร่วมกับมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ โดยศึกษาในผู้ป่วยชาย อายุ 43 ปี มีประวัติเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์

**ผลการศึกษา**

**สรุปกรณีศึกษา**

ผู้ป่วยชาย อายุ 43 ปี รับส่งรักษาต่อจากโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่ง โดยมีประวัติ 4 วัน ก่อนส่งตัวมาผู้ป่วยขับมอเตอร์ไซด์ ชนฟุตบาทแล้วล้ม ศีรษะกระแทกพื้น ไม่สลบ มีแผลถลอกตามร่างกาย ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน มีอาการซึมลง GCS ลดลงจาก 13 คะแนน ($E_3V_5M_5$) เหลือ 4 คะแนน ($E_1V_2M_1$) ได้รับการใส่ ET tube และส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ได้ทำ CT scan brain พบมี right acute subdural hemorrhage, right acute subarachnoid hemorrhage, brain swelling , mid line shift ทำ CXR พบ left rib $5^{th}$- $8^{th}$ fracture, left Hemothorax และ right scapular and clavicle fracture ใส่ arm sling และ left intercostal drainage (ICD) ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว GCS 3T ($E_1V_TM_2$) pupil BE Ø 2 mm fixed สัญญาณชีพปกติ การพยากรณ์โรคไม่ดี แพทย์คุยกับญาติยอมรับได้ปฏิเสธการกู้ชีพ และประสงค์ขอกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าตามสิทธิรักษาประกันสังคมและภูมิลำเนาเดิม ถึงโรงพยาบาลแพทย์พิจารณาเข้าพักรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย เนื่องจากเป็นผู้ป่วย Palliative care แรกรับผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว GCS 2T ($E_1V_TM_1$) pupil REØ 2.5 mm NRTL LE Ø 1.5 mm SRTL แขนขวายกต้านแรงไม่ได้ motor power grade 4 แขนซ้ายกระดิกนิ้วได้ motor power grade 2 ขาขวาไม่เคลื่อนไหว motor power grade 0 ขาซ้ายยกต้านแรงไม่ได้ motor power grade 4 BP = 162/102 mmHg, PR = 108 beat/min RR = 16 beat /min (Ambu bag) มีไข้สูง T= 38.9 $^{o}$C $O_2$ sat = 98% On ET. Tube with Ambu bag On left ICD content สีแดงออกเล็กน้อย fluctuate ดี ใส่ right arm sling ไว้ retained Foley's cath urine สีเหลืองมีตะกอนขุ่นเล็กน้อย On NG tube หลัง Admit On Ventilator P-A/C mode $F_iO_2$ = 0.4, R = 16 beat /min หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไอบ่อย มีเสมหะสีน้ำตาลอ่อน ลักษณะเหนียว จำนวนมาก ผลการตรวจ CBC พบมีภาวะซีด Hct = 29.1%, Hb = 9.9 g/dl มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย WBC สูง = 13,180 cell/$mm^3$, Neutrophil สูง = 77.9%, Lymphocyte ต่ำ = 9.4% CXR พบมี infiltration both lung ไม่พบ pneumothorax Sputum gram stain พบ gram negative cocci bacilli แพทย์วินิจฉัยโรค Acute subdural hemorrhage with subarachnoid hemorrhage, midline shift, Pneumonia, Anemia ให้การรักษาด้วย Tazocin 4.5 gm Ⓥ q 6 hr, 0.9% NSS 1,000 ml Ⓥ drip มีไข้สูงตลอด ให้ paracetamol (500mg) 1 tab q 6 hr และเช็ดตัวลดไข้ ภายหลัง Admit 2 วัน ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัว ลืมตาเมื่อเจ็บ ทำตามคำสั่งได้ GCS = 8T ($E_2V_TM_6$) pupil BE Ø 3 mm SRTL แขน ขาซ้ายยกต้านแรงไม่ได้ motor power grade 4

แขนขวาขยับได้แนวราบ motor power grade 2 ขาขวาไม่เคลื่อนไหว motor power grade o แพทย์ส่งทำ CT scan brain พบ brain swelling ลดลง ไม่มีเลือดออกในสมองเพิ่ม จึงคุยกับญาติว่าการพยากรณ์โรคดีขึ้น จะพิจารณาทำผ่าตัด เพื่อนำเลือดที่คั่งในสมองออก พร้อมชี้แจงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการผ่าตัด ญาติยอมรับได้และยินยอมให้ผู้ป่วยได้รับการทำผ่าตัด แพทย์จึง set OR for right decompression with craniectomy and colt remove under GA ขณะทำผ่าตัด สัญญาณชีพปกติ Blood loss 700 ml ได้รับ PRC 2 unit Ⓥ drip, IV Fluid 1,400 ml, Transamine 1 gmⓋ, Dilantin 750 mg Ⓥ หลังทำผ่าตัดผู้ป่วย On Ventilator P-CMV mode, $FiO_2$ =0.4, R =16 beat/min แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม flap ไม่โป่งตึง on Gravity drain 1 เส้น และ left ICD มี content เป็นเลือดออกพอควร ส่งตรวจ Lab ซ้ำ พบ Mg ต่ำ ได้รับ 50% $MgSO_4$ 4 mg+ NSS 100 ml Ⓥ drip x 3 dose left. ICD มีเลือดซึมรอบแผลมาก ไม่ fluctuate แพทย์จึง revise ICD หลังจากนั้นมี content สีแดงออก เพิ่มเล็กน้อย BP สูง > 160/95 mmHg drip Nicardipine (1:5) keep SBP ≤ 140 mmHg ผู้ป่วยมีไข้ลดลง ผล Hemoculture พบ Klebsiella pneumoniae ssp. pneumonia แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะ sepsis ให้การรักษาเดิม ส่งทำ CT scan brain ไม่มี subdural hemorrhage และ midline shift ลดลง on NG tube for feeding BD (1:1) 100 - 300 ml x 4 feed รับได้หมด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ Hct ต่ำ = 30.3% Platelet count ต่ำ = 74,000 cell/$mm^3$, Albumin และ Protein ต่ำ ประเมินภาวะโภชนาการ Nutrition Alert Form (NAF) = 8 คะแนน (มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการปานกลาง) ปรึกษาโภชนากรปรับ BD เป็นสูตร 2:1 feed 150 ml x 4 feed เพิ่มโปรตีน 84 gms/day หลังจากได้รับการดูแลรักษา ผู้ป่วยรู้สึกตัว GCS= 10T ($E_4V_TM_6$) แขนขาขยับได้ทั้ง 2 ข้าง motor power grade 4 หายใจกระตุ้นเครื่องได้ Try wean Ventilator เป็น CPAP mode และ on $O_2$ T- piece ได้ จึง off Ventilator และ ET Tube on เป็น $O_2$ cannula 3 lit/min Gravity drain และ ICD ไม่มี content ออกเพิ่ม จึง off Gravity drain และ ICD ผู้ป่วยยังคงมีปัญหา Platelet count ลดลงเรื่อย ๆ อยู่ในช่วง 40,000 - 55,000 cell/$mm^3$ ปรึกษา แพทย์อายุรกรรมตรวจประเมินและรักษาร่วมด้วย วินิจฉัยโรคเป็น Thrombocytopenic ให้ Platelet concentrate Ⓥ drip 15 unit, Dexamethasone 4 mg Ⓥ q 6 hr x 3 day ผลการตรวจ Platelet count ซ้ำเพิ่มขึ้นเป็น 118,000 cell/$mm^3$ จึง off max ที่แผลผ่าตัด หลัง off แผลติดดี ไม่มีเลือดออกจากแผล off Foley's cath ปัสสาวะเองได้ ไม่แสบ ขัด ผู้ป่วยรู้สึกดี GCS =15 คะแนน ($E_4V_5M_6$) สัญญาณชีพปกติ แขนขาทั้ง 2 ข้างกำลังปกติ ทดสอบการกลืนยังผิดปกติ On NG tube สำหรับให้อาหารปั่นผสม ยา และน้ำไว้ แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ รวมระยะเวลารักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 25 วัน

**แผนการพยาบาล**

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ระยะก่อนผ่าตัด**<br>**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากการหายใจและการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพจากระดับความรู้สึกตัวลดลงและพยาธิสภาพที่ปอด<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว GCS 2T ($E_1V_TM_1$) มี left rib $5^{th}$- $8^{th}$ fracture และ | 1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ และ $O_2$ sat ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน<br>2. ประเมินภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน โดยสังเกตจากอาการและอาการแสดง ได้แก่ หายใจลำบาก ปลายมือ ปลายเท้า ริมฝีปากเขียวคล้ำ ผิวหนังซีด เย็น ระดับความรู้สึกตัวลดลง $O_2$ sat < 90% Capillary refill time > 3 วินาที เมื่อพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทันที<br>3. ฟังเสียงปอดทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินเสียงแทรกผิดปกติ เช่น crepitation, wheezing<br>4. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศาเพื่อให้ปอดขยายตัวและออกซิเจนเข้าสู่ปอดได้ดี |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| left Hemothorax ใส่ left intercostal drainage (ICD) content เป็นเลือด CXR พบมี infiltration both lung แพทย์วินิจฉัยเป็นปอดอักเสบ (Pneumonia)<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อของร่างกายอย่างเพียงพอ | 5. ดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ได้แก่ หายใจมีเสียงเสมหะ หายใจหอบ หายใจลำบาก ใช้แรงในการหายใจมากขึ้น ผู้ป่วยไอบ่อยมีเสียงเสมหะ เพื่อป้องกันทางเดินหายใจอุดตันและเสมหะคั่งค้างในปอดและการขาดออกซิเจน โดยก่อนดูดเสมหะให้ $O_2$ 100% อย่างน้อย 1 นาที (Hyper-Oxygenation) ด้วยการบีบ self-Inflating bag หรือให้ทางเครื่องช่วยหายใจ ใช้สายดูดเสมหะ ขนาดเบอร์ 14F แรงดันในการดูดเสมหะระหว่าง 100–120 mmHg โดยการดูดเสมหะแต่ละครั้งนานไม่เกิน 15 วินาที ห่างกันประมาณ 2 – 3 นาที จึงดูดเสมหะครั้งต่อไป หลังดูดเสมหะประเมินการหายใจ เสียงหายใจและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น Hypoxia, Arrhythmia, Hypotension, Bronchospasm เป็นต้น<br>6. ดูแลให้ On Ventilator P-CMV mode $F_iO_2$ = 0.4, RR = 16 beat/min, IP = 15 $cmH_2O$, PEEP = 5 $cmH_2O$, IT = 1.0 second เพื่อช่วยการหายใจและเพิ่มปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด โดยดูแลท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่ง ที่เหมาะสม ดูแลให้จังหวะการหายใจสัมพันธ์กับการทำงานของเครื่อง ช่วยหายใจ และดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง<br>7. ดูแล ICD ให้มีการระบายเลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มปอดอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ปอดขยายตัวและการแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น<br>8. ดูแลให้ Tazocin 4.5 gm Ⓥ q 6 hr ตามแผนการรักษา เพื่อกำจัดเชื้อก่อโรคที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดปอดอักเสบ และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ เกล็ดเลือดลดลง โลหิตจาง เม็ดเลือดขาวต่ำ โปแตสเซียมในเลือดต่ำ อาการชัก ความดันโลหิตต่ำ หลอดเลือดดำอักเสบ ตาเหลือง ตัวเหลือง ท้องเสียรุนแรง ร่วมกับมีไข้ ปัสสาวะมีสีแดงหรือน้ำตาล เลือดกำเดาไหล ปวดท้อง อาเจียน ท้องผูก คลื่นไส้ อาหารไม่ย่อย แพ้ยาแบบ Anaphylactic reactions<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น ทำตามคำสั่งได้ ลืมตาเมื่อเจ็บ GCS = 8T (E2VTM6) BP= 140/90 - 150/90 mmHg, PR = 80 - 100 beat/min, RR = 18 - 20 beat/min, $O_2$ sat = 96 - 100% ปลายมือปลายเท้าอุ่น ไม่ซีดเขียว |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** ผู้ป่วยมีการกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงและความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีเลือดออกในสมองและสมองบวม<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว GCS 2T ($E_1V_TM_1$) pupil RE Ø 2.5 mm NRTL LE Ø 1.5 mm SRTL แขนขวายกต้านแรงไม่ได้ motor power grade 4 ขาขวาไม่เคลื่อนไหว motor power grade 0 แขนซ้ายกระดิกนิ้วได้ motor power grade 2 ขาซ้ายยกต้านแรงไม่ได้ motor power grade 4 ผล CT scan brain พบมี right acute subdural hemorrhage, right acute<br>subarachnoid hemorrhage, brain swelling, mid line shift<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันเนื้อเยื่อสมองขาดออกซิเจนและความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น (Late IICP) | 1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว (GCS) ขนาดและการมีปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตา ทั้ง 2 ข้าง การเคลื่อนไหวของแขนขา ทั้ง 2 ข้าง ทุก 1 ชั่วโมง<br>2. จัดท่าให้นอนศีรษะสูง 30 องศา ศีรษะและคออยู่ในแนวเดียวกัน ไม่บิดหมุนซ้าย ขวา ระวังคอพับหรือแหงนมากเกินไป และการงอของสะโพกเกิน 90 องศา เพื่อส่งเสริมให้เลือดดำจากสมองไหลกลับหัวใจได้ดีขึ้น<br>3. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะสมองขาดเลือดรุนแรงขึ้นหรือมีเลือดออกในสมองเพิ่มขึ้น ได้แก่ GCS ลดจากเดิมมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน รูม่านตาทั้ง 2 ข้างไม่เท่ากันต่างกันเกิน 1 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง แขนขาทั้ง 2 ข้าง อ่อนแรงลงจากเดิม ชีพจรช้าไม่สม่ำเสมอ ความดันโลหิตสูง หายใจช้าหรือหยุดหายใจ ความดันชีพจร (Pulse pressure) มากกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท<br>4. ดูแลให้ On Ventilator P-CMV mode $F_iO_2$ = 0.4, RR = 16 beat/min, IP = 15 $cmH_2O$, PEEP = 5 $cmH_2O$, IT = 1.0 second เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดไปเลี้ยงสมอง<br>5. ดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ได้แก่ หายใจมีเสียงเสมหะ หายใจหอบ หายใจลำบาก ใช้แรงในการหายใจมากขึ้น ผู้ป่วยไอบ่อยมีเสียงเสมหะ โดยก่อนดูดเสมหะให้ $O_2$ 100% อย่างน้อย 1 นาที (Hyper-Oxygenation) โดยบีบ self-Inflating bag หรือให้ทางเครื่องช่วยหายใจ ใช้สายดูดเสมหะ ขนาดเบอร์ 14F แรงดันในการดูดเสมหะระหว่าง 100–120 มิลลิเมตรปรอท โดยการดูดเสมหะแต่ละครั้งนานไม่เกิน 15 วินาที ห่างกันประมาณ 2 – 3 นาที จึงดูดเสมหะครั้งต่อไป |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | 6. เช็ดตัวลดไข้ หรือให้ยาลดไข้ Paracetamol (500mg) 1 tab NG q 6 hr เพื่อลดเมตาบอลิซึมของสมอง<br>7. ดูแลให้ 20% Mannitol 100 ml Ⓥ drip q 6 hr เพื่อดึงน้ำจากเนื้อเยื่อสมองเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดและเพิ่มปริมาตรเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน กระหายน้ำ ปวดศีรษะ หนาวสั่น มีไข้ หัวใจเต้นเร็ว เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง หรือความดันโลหิตต่ำ ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ<br>8. เจาะและติดตามผล DTX เพื่อเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ระหว่าง 80 - 180 mg% เพื่อป้องกันการเผาผลาญกลูโคสแบบไม่ใช้ออกซิเจน ซึ่งทำให้เกิดกรดในเลือด และนำไปสู่การเกิดภาวะสมองบวม<br>9. ดูแลให้ 0.9% NSS 1,000 ml Ⓥ drip 80 - 100 ml/hr เพื่อรักษาสมดุลของสารน้ำในร่างกาย<br>10. ดูแลให้ยาระงับอาการปวด Morphine 2 mg Ⓥ prn q 4 hr เพื่อลดการกระตุ้นระบบระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเธติกที่ทำให้ปริมาณเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น<br>11. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า - ออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย<br>12. ติดตามผล CT scan brain ซ้ำ เพื่อประเมินปริมาณเลือดที่ออกในสมองและภาวะสมองบวม<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้น ทำตามคำสั่งได้ ลืมตาเมื่อเจ็บ GCS = 8T ($E_2V_TM_6$) pupil BE Ø 2.5 - 3 mm SRTL แขนขวายกขยับได้ในแนวราบ motor power grade 4 ขาขวาไม่เคลื่อนไหว motor power grade 0 แขน ขาซ้ายยกต้านแรงได้ motor power grade 4 BP= 140/90 - 150/90 mmHg, PR = 80 - 100 beat/min (สม่ำเสมอ), RR = 18 - 20 beat/min, Pulse pressure = 50 - 60 mmHg, $O_2$ sat = 96 - 100% ผล DTX =103 mg% ผล CT scan brain ซ้ำ พบมี right acute subdural hemorrhage 1 cm และ mid line shift 1.3 cm ไม่มี brain edema |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** ผู้ป่วยติดเชื้อในทางเดินหายใจเนื่องจากประสิทธิภาพการป้องกันการติดเชื้อของร่างกายและการไอลดลง ร่วมกับมีเสมหะคั่งค้างในทางเดินหายใจ<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยไม่รู้ตัว GCS =2T ($E_1$ $V_T$ $M_1$) ได้รับการใส่ ET. tube และ on Ventilator ทำให้กลไกการป้องกันการติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนบนลดลง ส่งเสริมการนำเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายเสมหะสีเหลืองเหนียวข้น จำนวนมาก ฟังเสียงปอดพบ Crepitation both lung มีไข้ BT = 38.9 °C ผล Sputum gram stain พบ พบ gram negative cocci bacilli ผล CBC พบ WBC↑= 13,180 cell/$mm^3$, Neutrophil ↑ = 77.9%, Lymphocyte ↓ = 9.4 % ผล CXR พบมี infiltration both lung แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) | 1. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง<br>2. ดูดเสมหะด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ เปิดความดันจากเครื่องดูดเสมหะ 100 - 120 มิลลิเมตรปรอท โดยใส่สายดูดเสมหะไม่ลึกเกินความยาวของท่อช่วยหายใจ ดูดเสมหะแต่ละครั้งไม่เกิน 10 - 15 วินาที และไม่เกิน 2 ครั้งต่อรอบ เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่อง $O_2$ และการบาดเจ็บของเยื่อบุทางเดินหายใจ<br>3. ดูดเสมหะในปากก่อนการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ เพื่อป้องกันการสำลักเสมหะหรือน้ำลายเข้าสู่หลอดลม<br>4. ดูแลเทน้ำที่ค้างอยู่ในสายต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจทิ้งเป็นระยะๆ ระวังไม่ให้น้ำไหลย้อนกลับเข้าไปในท่อทางเดินหายใจ อาจทำให้ผู้ป่วยสำลักได้<br>5. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 2 -4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย เพื่อประเมินภาวะการติดเชื้อในร่างกาย<br>6. ฟังเสียงหายใจอย่างน้อยเวรละ 1 ครั้ง เมื่อพบเสียงหายใจผิดปกติ เช่น crepitation, wheezing บันทึกและรายงานแพทย์<br>7. สังเกตสี กลิ่น ลักษณะของเสมหะ ถ้าพบการเปลี่ยนแปลงผิดปกติ บันทึกและรายงานแพทย์ทราบ<br>8. ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างน้อย 2,000 - 3,000 มิลลิลิตรต่อวัน (กรณีไม่มีข้อห้าม) และดูแลให้ NSS 1,000 ml Ⓥ drip rate 80 - 100 ml/ hr ตามแผนการรักษา เพื่อให้ความชุ่มชื้นต่อทางเดินหายใจ ทำให้เสมหะอ่อนตัวสามารถไอขับออก ได้ง่าย และลดอุณหภูมิของร่างกาย |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | |
| **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อกำจัดและลดปริมาณเชื้อก่อโรคและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ | 9. ดูแลทำความสะอาดร่างกาย และช่องปาก เพื่อลดการสะสมของแบคทีเรีย<br>10. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อป้องกันการสูดสำลัก<br>11. พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการคั่งค้างของเสมหะในหลอดลม และปอด<br>12. ดูแลเช็ดทำความสะอาด unit และเครื่องช่วยหายใจวันละ 1 ครั้ง<br>13. ดูแลให้ยา Tazocin 4.5 gm Ⓥ q 6 hr เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา<br>14. ดูแลให้ Flumucil (100 mg) 1 ซอง tid pc ตามแผนการรักษา เพื่อลดความหนืดของเสมหะ สามารถขับออกได้ง่าย<br>15. ดูแลเช็ดตัวให้ เมื่อ BT > 38°C เพื่อระบายความร้อนออกจากร่างกาย<br>16. เฝ้าระวังการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยประเมิน SIR Criteria ทุก 1 ชั่วโมง<br>17. เจาะเลือดและติดตามผล CBC เมื่อผลผิดปกติรายงานแพทย์ทราบ<br>18. ส่งตรวจและติดตามผล Sputum culture ตามแผนการรักษา<br>19. ติดตามผล CXR เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา<br>**ประเมินผลการพยาบาล** หลังเข้าพักรักษาตัวในช่วง 6 วันแรก ยังคงมีไข้ BT=38.5 - 39 °C ฟังเสียงหายใจพบ crepitation, wheezing เสมหะสีเหลือง จำนวนมาก หลังจากนั้นไข้เริ่มลดลงจนปกติ ผล Sputum culture พบ Klebsiella pneumoniae ssp. pneumonia และ sensitivity กับ Tazocin CBC ซ้ำ พบ WBC ลดลง = 10,078 cell/$mm^3$cell/$mm^3$, Neutrophil ลดลง = 72.8 %, Lymphocyte เพิ่มขึ้น = 11 % เสมหะสีขาวขุ่น มีปริมาณลดลง ฟังเสียงปอด ไม่พบ Crepitation both lung ผล CXR ไม่พบ infiltration both lung |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** ผู้ป่วยมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดเนื่องจากได้รับบาดเจ็บบริเวณ ทรวงอก<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุขับมอเตอร์ไซด์ล้ม มีแผลถลอกบริเวณหน้าอกซ้าย CXR พบ left rib $5^{th}$- $8^{th}$ fracture และ left Hemothorax ใส่ left ICD แบบ 1 ขวด ไว้ content เป็นเลือด ออก 150 ml/8 hr<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดเพิ่มขึ้น และนำเลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มปอด | 1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ $O_2$ sat ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการแสดงของเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด<br>2. จัดท่านอนหงายศีรษะสูง เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้นและหลีกเลี่ยงการจัดท่านอนตะแคงซ้ายเพื่อป้องกันกระดูกซี่โครงที่หักทิ่มปอดและเส้นเลือด<br>3. ดูแลให้นอนพักโดยสมบูรณ์ (Absolut bed rest) เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกายและลดการเคลื่อนไหวของทรวงอก<br>4. ฟังเสียงการหายใจเข้าและออก สังเกตการขยายของปอดทั้งสองข้าง เพื่อประเมินการมีลมหรือเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอดเพิ่มขึ้นหรือไม่<br>5. ดูแลท่อระบายทรวงอก (ICD) ให้มีการระบายเลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มปอดอย่างมีประสิทธิภาพโดยตรวจดูการต่อของระบบระบายทรวงอกให้ถูกต้อง ไม่มีรอยรั่ว สายท่อระบายไม่หัก พับ งอ สังเกตการกระเพื่อมขึ้นลงของระดับน้ำในหลอดแก้วและลมปุดในหลอดแก้ว จัดให้นอนศีรษะสูง 30 องศา ดูแลให้ขวดรองรับสารเหลวอยู่ต่ำกว่าระดับทรวงอกของผู้ป่วยประมาณ 2-3 ฟุตเสมอ บีบรูด<br>สายเบาๆ เพื่อป้องกันการอุดตันในสาย เปลี่ยนขวดรองรับสารเหลวเมื่อระดับน้ำ |
| | สูงประมาณ ¾ ของขวด ประเมิน และบันทึกปริมาณ ลักษณะสิ่งที่ระบายออกมา ทุก 8 ชั่วโมง<br>6. ติดตามผล CXR เพื่อประเมินปริมาณเลือดที่ออกในช่องเยื่อหุ้มปอดและ ผลการดูแลรักษา<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้น สัญญาณชีพ BP= 140/90 - 150/90 mmHg, PR = 80 - 100 beat/min (สม่ำเสมอ), RR = 18 - 20 beat/min, Pulse pressure = 50 - 60 mmHg, $O_2$ sat = 96 - 100% content เป็นเลือด ออกน้อยลงเรื่อย ๆ จนไม่มี content ออก หลังเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ 11 วัน แพทย์พิจารณาให้ถอดสาย ICD ออก |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บเนื้อเยื่อ เส้นเลือด เส้นประสาท เนื่องจากกระดูกหัก<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผล x-ray จาก พบมี right scapular and clavicle fracture<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เส้นเลือด เส้นประสาทบริเวณสะบักและไหล่ข้างขวา | 1. ดูแลใส่ arm sling โดยปรับสายให้พอดี ให้แขนตั้งฉากกับข้อศอก หรือให้ข้อมืออยู่ระดับหัวใจ ระวังไม่ให้ข้อมือต่ำกว่าข้อศอก เพื่อให้บริเวณสะบักและไหล่ข้างขวาเคลื่อนไหวน้อยที่สุด การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงส่วนปลายและการไหลกลับของเลือดดำได้สะดวก<br>2. ประเมินการทำงานของระบบประสาทและการไหลเวียนเลือด (Neurovascular) ที่ไปเลี้ยงขาซ้ายส่วนล่าง ตามหลัก 7 Ps ได้แก่ อาการปวด (Pain) ซีด (Pallor) บริเวณฐานเล็บและ Capillary refill time โดยการกดที่เล็บ (ค่าปกติไม่เกิน 2 วินาที) ผิวหนังเย็น (Polar) โดยการสัมผัสอุณหภูมิของผิวหนังขาซ้ายส่วนล่าง อาการอ่อนแรง (Paralysis) โดยการให้เคลื่อนไหวและขยับนิ้วเท้าซ้าย อาการชา (Paresthesia) โดยการสัมผัสบริเวณผิวหนังและการสอบถามผู้ป่วย ชีพจรส่วนปลาย (Pulselessness) โดยคลำชีพจรบริเวณข้อมือด้านใน ข้อพับแขนด้านในและอาการบวม ตึง (Puffiness)<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่ปวดสะบักและไหล่ข้างขวา ผิวหนังบริเวณแขนขวาไม่ซีด ไม่เย็น ขยับนิ้วมือได้ ไม่ชา คลำชีพจรบริเวณ Brachial artery, Radial artery ได้ แรงดี Capillary refill time 1.5 วินาที |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดอันตรายแลภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเนื่องจากความไม่พร้อมของสภาพร่างกายและจิตใจ<br>**ข้อมูลสนับสนุน** แพทย์พิจารณาทำผ่าตัด right decompression with craniectomy and colt remove under GA วิสัญญีพยาบาลประเมิน ASA Class อยู่ระดับ ASA Class 4 ผล Coagulation test INR = 1.21 ผล Hct = 28.2 % | 1. เตรียมความพร้อมด้านจิตใจ ได้แก่ ประเมินความรู้ ความเข้าใจ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติที่ได้รับข้อมูลจากแพทย์ อธิบายถึงพยาธิสภาพของโรค และการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยและญาติทราบ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษา ให้ความมั่นใจและกำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติว่า ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามปัญหาสุขภาพผู้ป่วย<br>2. เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ได้แก่ ดูแลความสะอาดของร่างกาย และบริเวณที่จะทำการผ่าตัด โกนผมด้วยการใช้ Electric clipper ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่อง งดอาหารและน้ำ 6 - 8 ชั่วโมง ดูแลให้ NSS 1,000 ml Ⓥ drip rate 80 ml/hr ติดตามผลการตรวจ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, Coagulation test และ EKG ดูแลให้ PRC 1 unit Ⓥ drip ตามแผนการรักษา |
| **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ป้องกันอันตรายและการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด | 3. เตรียมความพร้อมด้านเอกสาร ยาและเวชภัณฑ์ไปห้องผ่าตัด ได้แก่ ตรวจสอบแฟ้มประวัติผู้ป่วยโดยเฉพาะใบยินยอมให้ทำการรักษา/ผ่าตัด และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครบถ้วนและถูกต้อง ผลตรวจ X-ray, CT brain ทางระบบ PAC ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษา ได้แก่ G/M PRC 4 unit, FFP 500 ml เตรียมยาและเวชภัณฑ์ไปห้องผ่าตัด ตามแผนการรักษา ได้แก่ Gentamycin 80 mg, Vancomycin 500 mg, Dilantin 750 mg, Transamine, 20% Mannitol 250 ml<br>4. ประสานงานกับทีมห้องผ่าตัดและวิสัญญี เพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็น และส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ก่อนส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด ผู้ป่วยรู้ตัว GCS = 8T ($E_2V_TM_6$) pupil BE Ø 3 mm SRTL แขนขวายกขยับได้ในแนวราบ motor power grade 4 ขาขวาไม่เคลื่อนไหว motor power grade 0 แขน ขาซ้ายยกต้านแรงได้ motor power grade 4 BP =150/80 mmHg, PR = 80 - 100 beat/min (สม่ำเสมอ), RR = 20 beat/min ,$O_2$sat = 99%, EKG monitor show normal sinus rhythm ได้รับการผ่าตัดตามกำหนดเวลา ผ่าตัดถูกต้อง ถูกตำแหน่ง และถูกหัตถการ ขณะผ่าตัดสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ไม่เกิดการสูดสำลัก สูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 700 ml ได้รับ PRC 2 unit (500 ml), FFP 2 unit (510 ml) , Acetar® 900 ml, Voluven® 500 ml ระยะเวลาทำผ่าตัด 2 ชั่วโมง 45 นาที |
| **ระยะหลังผ่าตัด**<br>**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากการ | 1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพคงที่และปกติ ติดตามค่าความเข้มข้นของออกซิเจน ประเมินสีของเล็บปลายมือและปลายเท้า ลักษณะการซีด เขียว เพื่อดักจับอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| หายใจไม่มีประสิทธิภาพ จากการได้รับยาที่มีฤทธิ์กดการหายใจ และระดับความรู้สึกตัวลดลง<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธี General Anesthesia และได้รับยาระงับความรู้สึก Propofol ยาระงับความปวด Fentanyl ส่งผลทำให้กดการหายใจ หลังจากกลับจากห้องผ่าตัด ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว GCS = 2T ($E_1V_TM_1$) ใส่ ET. Tube ไว้ หายใจเองตื้นๆ spontaneous tidal volume = 150 ml<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ป้องกันภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน และเพิ่มประสิทธิภาพการหายใจ | 2. ดูแลให้ on Ventilator setting P-CMV mode IP= 15 $cmH_2O$, $FiO_2$ = 0.4, RR = 16 beat/min, IT =1 sec, PEEP= 5 $cmH_2O$ รวมถึงตรวจ และบันทึกข้อมูลของการตั้งเครื่องช่วยหายใจ ทุก 2-4 ชั่วโมง<br>3. สังเกตและประเมินลักษณะการหายใจ การขยายตัวของทรวงอก และฟังเสียงลมเข้าปอดทั้งสองข้าง หายใจหอบเหนื่อย ไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าเขียวคล้ำ หากพบอาการดังกล่าวรายงานแพทย์ทันที<br>4. ดูแล ET -Tube ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่หัก พับ งอ วัด cuff pressure ไม่เกิน 25 mmHg เพื่อป้องกันหลอดลมได้รับบาดเจ็บ เยื่อบุหลอดลมขาดเลือด<br>5. ติดตาม $O_2$ sat ทุก 1 ชั่วโมง<br>6. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้<br>7. จัดท่านอนหงายศีรษะสูง เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่และเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ<br>8. ประเมินข้อบ่งชี้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ สัญญาณชีพปกติ มีความสมดุลของเกลือแร่, spontaneous tidal volume ≥ 5 ml/kg, ค่า $O_2$ sat > 90 %, ค่า $PaO_2$ > 60 mmHg, ค่า $PaCO_2$ 35 - 45 mmHg<br>**ประเมินผลการพยาบาล** หลังผ่าตัดได้ 3 วัน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS 10T ($E_4V_TM_6$) ประเมิน spontaneous tidal volume ได้ 522 ml BP = 130/90 -140/90 mmHg, PR = 88 - 100 beat/min (สม่ำเสมอ), RR = 16 beat/min ,$O_2$ sat = 100% เริ่ม try wean ventilator เป็น CPAP mode, $FiO_2$ = 0.4, PS = 12 $cmH_2O$, PEEP=5 $cmH_2O$ หลังผ่าตัด 6 วัน off ventilator และ on $O_2$ T-piece 10 lit/min ได้ 6 ชั่วโมง หายใจไม่เหนื่อย $O_2$ sat = 96 - 99% จึง off ET Tube และให้ $O_2$ Cannula 3 lit/min หลังจากนั้นผู้ป่วยหายใจเองได้ ไม่เหนื่อย $O_2$ sat = 98 - 100% |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8** ผู้ป่วยเกิดภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่แมกนีเซียมในร่างกาย เนื่องจากไม่ได้รับสารอาหารที่มีแมกนีเซียม ร่วมกับประสิทธิภาพการดูดซึมเกลือแร่ลดลง<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุราเป็นประจำ โดยแอลกอฮอล์มีผลทำให้ประสิทธิภาพการดูดซึมสารอาหารและเกลือแร่ในลำไส้เล็กลดลง และการขาดสุราสัมพันธ์กับภาวะแมกนีเซียมต่ำผู้ป่วยได้รับการงดน้ำและอาหารมา 3 วัน ผลการตรวจระดับเกลือแร่ในเลือดพบ Magnesium ↓= 1.7 mg/dl<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ป้องกันการเกิดอันตรายจากภาวะแมกนีเซียมต่ำ และ เพิ่มระดับแมกนีเซียมในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ | 1. สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะแมกนีเซียมต่ำ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นตะคริว มือเท้าจีบ ชารอบปาก รีเฟล็กซ์ไว สับสน ชัก ตากระตุก คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ non-specific T-wave change หรือเห็น U wave, prolong QT interval, Ventricular tachycardia, Torsade de pointes, Ventricular fibrillation<br>2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก 1 ชั่วโมง และสังเกตลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจจาก EKG monitor เพื่อเฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะแมกนีเซียมต่ำ<br>3. ดูแลให้ได้รับ 50% $MgSO_4$ 4 ml + NSS 100 Ⓥ drip in 4 hr จำนวน 3 วัน โดยปฏิบัติ ดังนี้ เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ง่วงหลับ สับสน กดการหายใจ กดการทำงานของหัวใจ กดระบบประสาทส่วนกลาง ภาวะหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ ติดตาม BP, HR, และ RR ทุก 1 ชั่วโมง ติดตามระดับ serum magnesium, renal function, urine output ตรวจ Deep tendon reflex โดยดู knee jerk reflex ทุก 4 ชั่วโมง หากพบ BP> 160/110 mmHg หรือ ≤ 90/60 mmHg HR < 60/min, RR < 16 beat/min, ไม่มีการตอบสนองของ Deep tendon reflex, EKG มี cardiac arrhythmia urine < 25 - 30 ml/hr หรือ < 500 ml/day รายงานแพทย์ทราบ<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี BP = 120/70 - 130/80 mmHg, PR = 86 - 100 beat/min (สม่ำเสมอ), RR = 20 beat/min ไม่มีกล้ามเนื้อแขน ขาอ่อนแรงลงกว่าเดิม EKG 12 lead พบ normal sinus rhythm ประเมิน Deep tendon reflex ผล positive ผลการตรวจระดับ Magnesium ซ้ำ ปกติ = 2.1 mg/dl |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองซ้ำ เนื่องจากระดับความดันโลหิตสูง เกล็ดเลือดต่ำ และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ และเสี่ยงต่อการเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ | 1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ สังเกตลักษณะการหายใจ และประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก ๆ 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงระยะแรก ได้แก่ กระสับกระส่าย สับสน ง่วงซึม ปวดศีรษะเป็นช่วงๆ รูม่านตาขยายข้างเดียว กล้ามเนื้ออ่อนแรงมากกว่าเดิม<br>2. ประเมินว่า Flap โป่งตึงหรือไม่ เพื่อเฝ้าระวังภาวะสมองบวมเพิ่มขึ้น |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| ผิดปกติเนื่องจากเกล็ดเลือด ต่ำและการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ<br>**ข้อมูลสนับสนุน** BP↑ = 160/95 mmHg, Platelet count ↓ = 111,000 cell/$mm^3$, INR ↑ = 1.21<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการมีเลือดออกในสมองซ้ำและเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ | 3. ดูแลให้ Nicardipine (1:5) Ⓥ drip 5-30 ml/ keep SBP ≤ 140 mmHg ร่วมกับการเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา คือ ความดันโลหิตต่ำ<br>4. ดูแลให้ Transamine 1 gm Ⓥ q 8 hr เพื่อยับยั้งกระบวนการสลายลิ่มเลือด (Fibrinolysis)<br>5. ดูแลให้ FFP 2 unit Ⓥ drip in 2 hr เพื่อเพิ่มปัจจัยการแข็งตัวของเลือด<br>6. ดูแลให้ Platelet concentrate 15 unit Ⓥ drip เพื่อเพิ่มเกล็ดเลือดในระบบไหลเวียนเลือด<br>7. ดูแลให้ Dexamethasone 4 mg Ⓥ q 6 hr เพื่อกระตุ้นให้มีการสร้างเกล็ดเลือดมากขึ้น<br>8. ดูแลให้ Losec 40 mg Ⓥ OD เพื่อป้องกันการเกิดแผลและมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร<br>9. สังเกตอาการของการเสียเลือด ได้แก่ จุดจ้ำเลือด ปัสสาวะเป็นเลือด มีเลือดปนในอุจจาระ อาเจียนเป็นเลือด เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน เป็นต้น<br>10. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Hemoglobin, Hematocrit, Platelet count เพื่อประเมินการสูญเสียเลือดในร่างกายและประเมินปริมาณเกล็ดเลือดหลังได้รับการดูแลรักษา<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกในสมองซ้ำ และไม่มีเลือดออกผิดปกติตามอวัยวะต่างๆ ได้รับ Nicardipine (1:5) Ⓥ drip อยู่ 3 วัน BP = 120/70 - 130/80 mmHg จึง off Nicardipine และให้ Amlopine (10 mg) 1 tab NG OD แทน ผล Hemoglobin= 11.1 g/dl, Hematocrit = 33.1 %, Platelet count =131,000 cell/$mm^3$ |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดอาการชักเนื่องจากคลื่นไฟฟ้าในสมองผิดปกติ จากเนื้อสมองได้รับความเสียหายจากการมีเลือดออกในสมองและได้รับกระทบกระเทือนจากการผ่าตัดเอาเลือดออกจากสมอง<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผล CT scan brain พบ right acute subdural hemorrhage, right acute subarachnoid hemorrhage ผู้ป่วยได้รับการทำผ่าตัด right decompression with craniectomy and colt remove<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดอาการชัก และอันตรายขณะเกิดอาการชัก | 1. เฝ้าระวัง สังเกตอาการเตือนก่อนเกิดการชัก ได้แก่ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ตาค้าง กล้ามเนื้อกระตุก เกร็ง<br>2. ดูแลให้ยา Dilantin 100 mg Ⓥ q 8 hr เพื่อป้องกันการชัก เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ ตากระตุก เดินเซ มึนงง สับสน ตาพร่า นอนไม่หลับ มือสั่น ปวดศีรษะ ประสาทหลอน การเต้นของหัวใจผิดปกติ<br>3. เตรียมความพร้อมอุปกรณ์ช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน ไม้กดลิ้น สำหรับดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะเกิดอาการชัก<br>4. หากผู้ป่วยมีอาการชัก สังเกตและบันทึกลักษณะการชัก ระยะเวลา ความถี่ ระดับความรู้สึกตัว รายงานแพทย์ทันที จัดท่าให้ผู้ป่วยตะแคงหน้าไปข้างใด ข้างหนึ่ง (ด้านที่ไม่มีแผลผ่าตัด) ไม่ผูกยึดผู้ป่วย ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ ประเมินอาการทางระบบประสาท ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ และให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ ลดสิ่งกระตุ้นต่างๆ ยกราวกั้นเตียงขึ้นทุกครั้ง เพื่อป้องกันการพลัดตกเตียง<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่เกิดอาการชัก |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย<br>**ข้อมูลสนับสนุน** 5 วันแรก ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำมา 5 วัน serum albumin ↓= 2.1 g/ dl Hemoglobin↓ = 9.9 g/dl, | 1. ประเมิน Nutrition Alert Form (NAF) ทุกสัปดาห์ และประเมินอาการภาวะทุพโภชนาการ ปรึกษาโภชนากร เพื่อกำหนดสูตรอาหารให้เหมาะสม<br>2. ดูแลให้ BD 2:1 150 ml + โปรตีน 84 gm x 4 feed ตามแผนการรักษา<br>3. ดูแลให้ Vit $_{B1\text{-}6\text{-}12}$ 1 tab NG tid pc ตามแผนการรักษา<br>4. ส่งและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, Albumin<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะทุพโภชนาการ ขาทั้ง 2 ข้างไม่บวม ผิวหนังชุ่มชื้น กล้ามเนื้อไม่ลีบ เล็บไม่เป็นร่องลึก เส้นผมปกติ ไม่แห้ง เปราะ และหลุดง่าย ตับไม่โต รับ Feed BD ได้หมดทุกมื้อ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผล Hemoglobin = 11.1 g/dl , |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| Hematocrit↓ = 29.2% ประเมิน NAF ได้ 8 คะแนน (เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลาง)<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการ | Hematocrit = 33.1%, Albumin = 2.7 g/dl ประเมิน NAF ได้ 6 คะแนน (เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลาง) |
| **ระยะจำหน่าย**<br>**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักเนื่องจากการกลืนลำบากและเสี่ยงต่อการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะไม่ถูกต้องเมื่อกลับไปบ้าน<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการกลืน ใส่ NG tube สำหรับให้อาหารไว้ สอบถามเรื่องการดูแลบริเวณที่กะโหลกศีรษะแหว่ง ญาติสอบถามว่าผู้ป่วยจะรับประทานอาหารทางปากได้เมื่อไร และการทำอาหารทางสายยาง<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่อง การป้องกันปอดอักเสบจากการสูดสำลัก และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ | 1. อธิบายเกี่ยวกับผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อสมอง ความผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน<br>2. ให้คำแนะนำการดูแลบริเวณที่กะโหลกศีรษะแหว่ง (Flap) ได้แก่ ดูแลทำความสะอาดทุกวัน โดยการใช้ผ้าชุบน้ำหมาดๆ เช็ดและซับให้แห้ง ไม่ควรเช็ดถูบริเวณ flap แรงๆ เพราะผิวหนังยังไม่แข็งแรง ระมัดระวังการถูกกระแทกบริเวณ flap สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ได้แก่ บวม แดง ร้อน โป่งตึง เป็นต้น ชี้แจงให้ทราบถึงระยะเวลาที่แพทย์จะพิจารณาทำผ่าตัดปิดกะโหลกศีรษะโดยใช้กะโหลกศีรษะเทียม ประมาณ 3-12 เดือนหลังทำผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ<br>3. สอนและฝึกทักษะญาติในการให้อาหารทางสายยาง ประสานโภชนากรสอนการทำอาหารปั่นผสม<br>4. ร่วมกับนักกิจกรรมบำบัด ให้ความรู้และฝึกทักษะการกลืนและส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัย เพื่อป้องกันการสูดสำลัก<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ และเข้าใจ สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการป้องกันปอดอักเสบจากการสูดสำลักและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ รวมทั้งสาธิตย้อนกลับเรื่องการให้อาหารทางสายยาง และฝึกทักษะการกลืน ได้อย่างถูกต้อง |

## สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าแม้ว่าแรกรับผู้ป่วยการพยากรณ์โรคไม่ดี ญาติปฏิเสธการกู้ชีพ แต่ทีมดูแลผู้ป่วยยังให้การดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงอย่างต่อเนื่อง โดยการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ ดูแลเนื้อเยื่อของร่างกายรวมถึงเนื้อเยื่อสมองให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะความดันในกะโหลกสูงขึ้น ได้แก่ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ ลดอุณหภูมิร่างกายเมื่ออุณหภูมิสูงกว่า 38.5°C หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความดันในช่องอกและช่องท้องเพิ่มขึ้น ลดความเจ็บปวด ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ป้องกันการชัก ประเมิน รักษาความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ[9] ทำให้สมองบวมลดลง ความดันในกะโหลกศีรษะลดลง ผู้ป่วยรู้สึกตัว การพยากรณ์โรคดีขึ้น มีข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัด แพทย์จึงได้ทำการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อนำก้อนเลือดออกมา โดยหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ รู้สึกตัวดี กำลังแขน ขา กลับมาเป็นปกติ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แพทย์จึงจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

## ข้อเสนอแนะ

1. จัดทีมทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีเลือดออกในสมองและมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดร่วมกับมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล โภชนากร นักกายภาพ บำบัด นักกิจกรรมบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลอย่างครอบคลุม จากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างรวดเร็วและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

2. พัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วย เพื่อติดตามให้คำแนะนำช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแล กรณีมีปัญหาการดูแลสุขภาพ โดยการนำเทคโนโลยีมาใช้อย่างเหมาะสม

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร และสำนักแผนความปลอดภัย. รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2562. [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงจาก: https://www.otp.go.th/uploads/tiny_uploads/PDF/2563-06/25630601-Road Accident Ana2562_Final.pdf
2. สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ. โครงการสืบสวนสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุของรถจักรยานยนต์ในเชิงลึก [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงจาก: https://dol.thaihealth.or.th/Media/Pdfview/a556c692-e7fc-ec11-80fa-00155db45613
3. พิมพ์ภา เตชะกมลสุข, ณัฐปราง นิตยสุทธิ์ และกาญจนีย์ ดานาคแก้ว. การศึกษาทางระบาดวิทยาการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนในผู้ใช้รถจักรยานยนต์และการทบทวนมาตรการเกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2559; 47(25): 385-393.
4. ปองปรีดา แสนจิตต์, ณัฐวุฒิ เจริญศุภพงษ์, วิชุดา จิรพรเจริญ และชนาภัทร ปาตีคำ. การเกิดภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางการจราจรในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ 2563; 14(3): 5-17.
5. อัญชลี โสภณ, ผดุงศิษฎ์ ชำนาญบริรักษ์, ไพรวัลย์ พรมที, สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์ และอรไท โพธิ์ไชยแสน. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงโดยใช้การจัดการรายกรณี. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2561; 29(3): 126-138.
6. สุริยะ ปิยผดุงกิจ. การรอดชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดภาวะเลือดออกในสมองแปรตามระยะ Midline Shift ในภาพถ่ายเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์และความสำคัญของ ICU หลังผ่าตัด โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563; 29(4): 660-669.
7. จีรพร อินนอก. กระบวนการการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง: กรณีศึกษาหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุโรงพยาบาลตติยภูมิ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2566; 20(1): 252 - 268.
8. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2563- 2565 [อินทราเน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงจาก:http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
9. กัญญาณัฐ เกิดชื่น, ยุพาพร จิตตะสุสุทโธ และชุติมา. ปัญญาประดิษฐ์. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงตั้งแต่ในโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้าน. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2565; 28(1): 1-13.

# การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดระบายหนองบริเวณลำคอที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป และมีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท: กรณีศึกษา

# Nursing care of the patient undergoing surgery drainage pus from neck under general anesthesia and complications of neurological: case study

(Received: March 30,2024 ; Revised: April 7,2024 ; Accepted: April 8,2024)

**สุชาดา อินทรเวศน์วิไล**[1]
**Suchada Intaravetvilai**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดระบายหนองบริเวณลำคอที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและมีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิง อายุ 38 ปี มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน มาด้วยอาการสำคัญ คอด้านซ้าย บวม และปวด

จากการศึกษาพบว่า การพยาบาลที่สำคัญ ในระยะเยี่ยมก่อนระงับความรู้สึก คือ การลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ระยะระงับความรู้สึก ได้แก่ การป้องกันภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจากการใส่ท่อช่วยหายใจลำบากและภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด การเพิ่มปริมาณสารน้ำและเลือดในระบบไหลเวียนเลือดอย่างเพียงพอ ระยะหลังระงับความรู้สึก ได้แก่ เพิ่มปริมาณเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเนื้อเยื่อสมองขาดเลือดไปเลี้ยง ระยะเยี่ยมหลังระงับความรู้สึก ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยให้สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันตนเองได้ ผลจากการพยาบาลผู้ป่วยปลอดภัยจากการใส่ท่อช่วยหายใจยากและภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด เนื้อเยื่อสมองไม่ขาดเลือดเพิ่มขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากสมองขาดเลือด เช่น สมองบวมและความดันในกะโหลกศีรษะสูง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้

**คำสำคัญ** การผ่าตัดระบายหนองบริเวณลำคอ, การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป, ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท

**Abstract**

This study is a case study. The objective was to study the nursing care of patients undergoing surgery drainage pus from the neck under general anesthesia and complications of neurological. This patient is a 38-year-old female with a history illness of type 2 diabetes mellitus. The patient came with the chief complaint of left-side neck swelling and pain.

This study found that an important nursing cares each period namely the visit pre-anesthesia period reduces anxiety about surgery, the anesthesia period includes prevention of tissue hypoxia from difficult intubation and hypovolemic shock, increasing fluid and blood adequate in the circulation system, the anesthesia period includes increasing blood and oxygen adequate flow to the cerebral, prevention of complication cerebral ischemia. the visit post-anesthesia period includes participation in the physical rehabilitation of the patient so that can take care of her daily routine. The results of nursing care can be safe from difficult intubation and hypovolemic shock, no complication from cerebral ischemia such as brain edema, increase in cranial pressure complication, and own daily routine.

**Keywords:** Surgery drainage pus from neck, General anesthesia, complications of neurological

## บทนำ

การอักเสบในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก (Deep neck abscess) เป็นการอักเสบติดเชื้อในช่องว่างระหว่างชั้นเยื่อหุ้มกระดูกและกล้ามเนื้อบริเวณคอ[1] ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางโสต ศอ นาสิก ที่คุกคามชีวิต เนื่องจากลักษณะกายวิภาคบริเวณลำคอที่ซับซ้อนทำให้การติดเชื้อในตำแหน่งนี้ถูกวินิจฉัยและหาตำแหน่งการติดเชื้อได้ค่อนข้างยาก[2] พบอุบัติการณ์ในประเทศ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

ไทยร้อยละ 10-20 โดยสัมพันธ์กับกลุ่มผู้ป่วยอายุ 41-50 ปี ที่มีปัญหาช่องปากและฟันอยู่เดิม กลุ่มผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ติดเชื้อ HIV เบาหวาน มะเร็งเม็ดเลือดขาว ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและสาร สเตียรอยด์ ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อมากที่สุด คือ Submandibular space ร้อยละ 34.4 และ Parotid space ร้อยละ 11.5[3] เมื่อเกิดการอักเสบในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ ภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน (Upper airway obstruction) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia) ภาวะติดเชื้อในช่องอก (Mediastinitis), ภาวะหลอดเลือดดำส่วนคออุดตัน (Jugular vein thrombosis) หนองในโพรงเยื่อหุ้มปอด (Thoracic empyema) เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Pericarditis) ภาวะลิ่มเลือดที่หลอดเลือดดำ (Venous thrombosis) หลอดเลือดแดงแคโรติดโป่งพองและแตก (Carotid aneurysm and Carotid rupture) เป็นต้น[2] ในประเทศไทยพบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 5-10 และพบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 0.9-1.5[1] ซึ่งแนวทางการรักษาประกอบด้วย การเจาะดูดหรือการผ่าตัดระบายหนอง การให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ โดยการผ่าตัดระบายหนอง มักพบภาวะแทรกซ้อนเลือดออกมากผิดปกติ การบาดเจ็บต่อเส้นประสาท cranial nerves และเส้นเลือด carotid artery, internal jugular vein[2]

จากข้อมูลโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ในปี 2562 - 2564 พบผู้ป่วยที่มีการอักเสบในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกจำนวน 97, 26, และ 26 ราย ตามลำดับ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดระบายหนองจากช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก จำนวน 4, 6, และ 10 ราย[4] จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าหากผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด จะมีความรุนแรง ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีเสียชีวิตและพิการได้ โดยเฉพาะ เกิดการบาดเจ็บต่อเส้นเลือด Carotid artery, Internal jugular vein และการบาดเจ็บต่อ cranial nerves ผู้ศึกษาในฐานะเป็นวิสัญญีพยาบาล จึงมีความสนใจศึกษาผู้ป่วยที่มีการอักเสบในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกและได้รับการผ่าตัดระบายหนอง เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการประกอบการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต่อไป

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดระบายหนองบริเวณลำคอที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและมีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท

**วิธีการศึกษา**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดระบายหนองบริเวณลำคอที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและมีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิง อายุ 38 ปี มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน มาด้วยอาการสำคัญ คอด้านซ้าย บวม และปวด

**ผลการศึกษา**

**สรุปกรณีศึกษา**

ผู้ป่วยหญิง อายุ 38 ปี รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล ด้วยอาการคอด้านซ้าย บวม และปวด 1 สัปดาห์ ก่อนมา ไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ได้รับยาฉีดและยารับประทาน อาการไม่ดีขึ้น แพทย์ แนะนำให้ทำผ่าตัด จึงมารักษาตามสิทธิ์ ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน 1 ปี ได้รับการรักษาโดย ฉีด Insulin เช้า เย็น และรับประทานยา Metformin (500 mg) 1 tab bid pc แรกรับ รู้ตัวดี พูดคุยสื่อสารรู้เรื่อง คอด้านซ้ายบวมแดง ปวด อ้าปากได้น้อยประมาณ 2 FB สัญญาณชีพแรกรับปกติ BT= 36.5 °C, PR= 72 beat/min, RR= 20 beat/min, BP= 125/77 mmHg, $SpO_2$ = 96% การวินิจฉัยโรคแรกรับ Neck abscess แพทย์ส่งทำ CT Neck with contrast พบ 5.0 x 3.5x3.0 cm multiloculated rim-enhancing hypodense lesion at left posterior cervical space deep to left sternocleidomastoid muscle likely

abscess จึงพิจารณาทำผ่าตัด Drainage branchial cleft with biopsy wall for pathology under GA with ET tube ระหว่างทำผ่าตัด 1 ชั่วโมง พบมี tear jugular vein และ carotid artery สูญเสียเลือดประมาณ 1,300 ml ผู้ป่วยมีภาวะช็อก BP= 80/50 mmHg ได้รับการ resuscitate fluid ด้วย Ringer lactate 900 ml Ⓥ drip, Voluven 500 ml Ⓥ drip และให้ PRC 2 unit Ⓥ drip พร้อมกับเย็บซ่อมแซม jugular vein หลังได้รับการรักษา BP ปกติ= 110/70 – 120/70 mmHg urine flow ทาง foley's cath ออกดี แพทย์ทำผ่าตัดต่อจนเสร็จ รวมระยะเวลาผ่าตัด 3 ชั่วโมง 30 นาที ตลอดการผ่าตัดสูญเสียเลือดทั้งหมด 1,500 ml สัญญาณชีพหลังผ่าตัดเสร็จปกติ BP= 110/70 – 120/70 mmHg, PR = 78 beat/min, $SpO_2$= 99-100 % ผู้ป่วยเรียกปลุกตื่น หายใจเองได้ดี ทำตามสั่งได้ Reverse muscle relaxant ถอดท่อช่วยหายใจออก ย้ายมาห้องพักฟื้น ระหว่างสังเกตอาการในห้องพักฟื้นพบว่า ผู้ป่วยซึมลง มี Facial palsy ด้านขวา ลืมตาได้ไม่เท่ากัน อ้าปากไม่ได้ หายใจมีเสียง secretion และ stridor แขนและขาด้านขวาอ่อนแรง motor power grade 0 pupil Ø 2 mm RTL BE จึงรายงานวิสัญญีแพทย์และศัลยแพทย์เจ้าของไข้ มาประเมินอาการผู้ป่วย ให้ใส่ ET tube และย้ายผู้ป่วยไปดูแลที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หลังย้ายผู้ป่วยได้รับการใส่ Ventilator ส่งทำ CTA brain พบ Total occlusion of left common carotid artery and cervical internal carotid artery. Acute Infarct in the left MCA territory involving left frontal lobe and left insular cortex. Thrombosis of left internal jugular vein แพทย์วางแผนจะเริ่มยาละลายลิ่มเลือด แต่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงเนื่องจากหลังผ่าตัด แพทย์จึงให้ติดต่อส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย เพื่อทำ neuro intervention แต่ได้รับคำแนะนำว่าการทำ intervention จะเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้น ให้รักษาทางยาและติดตามอาการต่อ แพทย์เจ้าของไข้จึงปรึกษาอายุรแพทย์ร่วมดูแลเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แพทย์อายุรกรรมประสาทและประสาทศัลยแพทย์ร่วมดูแลรักษาเรื่องความผิดปกติการทำงานของสมอง ซึ่งผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ ASA และยาช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดในสมองและซ่อมแซมเซลล์ประสาทที่เสียหายและปรับการทำงานของเซลล์ประสาท ได้แก่ Cerebrolysin IV drip และ Somazina IV drip, ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ Insulin, Metformin และติดตามความ ก้าวหน้าการดูแลรักษาด้วยการส่งทำ CT Brain, CTA Brain, MRI, MRV, MRA Brain เป็นระยะๆ พบว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ หายใจเองได้ดี สามารถถอด ET tube และ Ventilator ได้ อาการอ่อนแรงของขาข้างขวาดีขึ้น motor power grade 3 จึงย้ายออกหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม มาดูแลที่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ผู้ป่วยมีปัญหาอาการแขน ขาข้างขวาอ่อนแรง การกลืนผิดปกติ ได้รับการทำ Gastrostomy และให้อาหารทาง Gastrostomy การพูดผิดปกติอยู่ในกลุ่ม Motor's aphasia ได้รับการดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างต่อเนื่องจากนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด จนสามารถลุกเดินช่วยเหลือตัวเองได้ พูดคุยสื่อสารได้ แต่ยังนึกคำพูดไม่ค่อยออกและมีเสียงแหบ แขนขวาอ่อนแรง motor power grade 4 แขนซ้าย และ ขา 2 ข้าง กำลังปกติ กลืนน้ำได้เล็กน้อย ไม่สำลัก ใส่สายให้อาหารทางหน้าท้องไว้ มารดาแจ้งว่าจะขอรับผู้ป่วยกลับบ้าน และไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน จังหวัดภูเก็ต แพทย์จึงเขียนใบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลตามความประสงค์ของญาติ และจำหน่ายผู้ป่วย โดยนัดมาติดตามอาการหลังจำหน่าย 6 เดือน รวมระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 70 วัน

**แผนการพยาบาล**

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ระยะเยี่ยมก่อนระงับความรู้สึก**<br>**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจากอ้าปากได้น้อย มีอาการปวด รู้สึกมีไข้ตลอด<br>**ข้อมูลสนับสนุน:** ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Abscess deep neck Lt ผู้ป่วยอ้าปากได้ 2 FB บ่นปวดบริเวณคอด้านซ้าย pain scale 3 คะแนน<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น อาการปวดลดลง | 1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคที่ส่งผลให้เกิดอาการปวด พูดคุยปลอบโยน<br>2 ซักถามอาการของผู้ป่วย เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ<br>3. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลายโดยไม่ต้องใช้ยา<br>4. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาการอ่อน เพื่อลดการบดเคี้ยว และใช้กล้ามเนื้อบริเวณกราม<br>5. กรณีอาการปวดไม่ทุเลา หรือมีอาการคล้ายเป็นไข้ แจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อพิจารณาให้ยาแก้ปวด ลดไข้<br>6. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ สงบ ให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น บ่นปวดน้อยลง นอนพักผ่อนได้มากขึ้น pain scale 1-2 คะแนน |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากเคยผ่าตัดมาแล้วแต่ไม่หายขาด<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยเคยผ่าตัดและผ่านการดมยาสลบมาแล้ว 2 ครั้ง แต่ไม่หายขาด ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย | 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีโดยการเข้าไปพูดคุยซักถามเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและฟังอย่างตั้งใจ<br>2. ประเมินภาวะความวิตกกังวลของผู้ป่วยจากสีหน้า ท่าทาง และคำบอกเล่า<br>3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การผ่าตัดพอสังเขป สภาพสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด ขั้นตอนการระงับความรู้สึก สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด การจัดการความปวดหลังผ่าตัด<br>4. แนะนำการปฏิบัติตนก่อนและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติรับรู้ข้อมูลการผ่าตัด และมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น คลายความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล |
| **ระยะก่อนระงับความรู้สึก**<br>**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการระงับความรู้สึกผิดคน<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ห้องผ่าตัดมีผู้มารอระงับความรู้สึกเพื่อทำผ่าตัดหลายคน<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการให้ยาระงับความรู้สึกผิดคน ผิดหัตถการ ผิดตำแหน่ง | 1. ทำ Second verification โดยปฏิบัติ ดังนี้<br>1.1 ทวนสอบความถูกต้องของ ชื่อ นามสกุล และ อายุหรือวันเดือนปีเกิดของผู้ป่วยจากป้ายข้อมือและให้ผู้ป่วยบอกตัวบ่งชี้ด้วยตนเอง<br>1.2 ตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องตำแหน่งการผ่าตัด ชนิดการผ่าตัดจากบันทึกการรักษา /คำสั่งการรักษาของแพทย์ให้ตรงกัน<br>1.3 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของใบเซ็นยินยอมการทำผ่าตัด<br>1.4 ตรวจสอบความพร้อม ความถูกต้องของอุปกรณ์ เครื่องมือพิเศษในการระงับความรู้สึก<br>2. ร่วมทำ Third verification/ Time out กับทีมที่รับผิดชอบการทำผ่าตัดในการยืนยันความถูกต้องการระบุตัวบุคคล ตำแหน่งการผ่าตัด ชนิดการผ่าตัดก่อนให้ยาระงับความรู้สึกและทำการผ่าตัด<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ให้บริการระงับความรู้สึกผู้ป่วยถูกคน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกตำแหน่ง ถูกวิธีการผ่าตัด |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก จากปากอ้าได้น้อยและพยาธิสภาพบริเวณลำคอและแก้ม<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยปวดบวมบริเวณคอด้านซ้าย อ้าปากได้ 2 FB<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน | 1. เตรียมอุปกรณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจยากและเครื่องมือดูดเสมหะให้พร้อมใช้งาน<br>2. ติด monitor ต่าง ๆ ได้แก่ noninvasive blood pressure (NIBP), EKG, pulse oximeter, core temperature ต่อสาย Capnograph<br>3. จัดท่า Sniffing position เพื่อสะดวกในการใส่ท่อช่วยหายใจ<br>4. Preoxygenate ด้วย 100% $O_2$ และช่วยหายใจด้วย bag-mask-valve ก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ<br>5. ให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ คือ Succinylcholineในขนาด 1-2 mg/kg<br>6. ใส่ท่อช่วยหายใจด้วยความรวดเร็วและนุ่มนวล และประเมินความถูกต้องเหมาะสมของตำแหน่งภายหลังใส่ท่อช่วยหายใจ<br>7. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจากลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ค่า $SpO_2$ ค่า Capnograph ค่าความดันโลหิต สีผิวริมฝีปาก ลิ้น ขณะใส่ท่อช่วยหายใจ และหลังใส่ท่อช่วยหายใจ |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | **ประเมินผลการพยาบาล** การใส่ท่อหายใจสำเร็จได้ในครั้งเดียวไม่มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน $SpO_2$ 100% EKG show normal sinus rhythm สัญญาณชีพก่อนให้ยาระงับความรู้สึกอยู่ในเกณฑ์ปกติ |
| **ระยะระงับความรู้สึก**<br>**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตรายจากฤทธิ์ยาระงับความรู้สึก<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับการระงับความ รู้สึกวิธีดมยาสลบ<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากฤทธิ์ยาระงับความรู้สึก | 1. ซักประวัติ และตรวจสอบประวัติการดมยาสลบของผู้ป่วย และครอบครัว รวมถึงประวัติการแพ้ยาหรืออาหารต่าง ๆ<br>2. ดูแลเลือกชนิดของยาและให้ปริมาณยาดมสลบตามมาตรฐาน และเหมาะสมกับการผ่าตัด<br>3. Monitor สัญญาณชีพผู้ป่วยระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก และสังเกตอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด<br>**ประเมินผลการพยาบาล** หลังทำผ่าตัดเสร็จผู้ป่วยตื่น ไม่เกิดอันตรายจากฤทธิ์ยาระงับความรู้สึก |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่าทำผ่าตัด<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกและทำผ่าตัดในท่านอนหงาย (Supine position) โดยหนุนคอและบ่า ตะแคงหน้า เพื่อสะดวกต่อการทำผ่าตัด<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการบาดเจ็บที่เกิดจากการจัดท่าเพื่อทำผ่าตัด ได้แก่ แผลกดทับ, nerve หรือหลอดเลือด<br>บริเวณลำคอถูกกดทับ, corneal abrasion | 1. จัดท่านอนหงาย สำหรับการผ่าตัด ให้เหมาะสมและถูกต้อง และสะดวกกับการผ่าตัด<br>2. ป้ายตาผู้ป่วยด้วย eye ointment และปิดเปลือกตาด้วยพลาสเตอร์ในการระงับความรู้สึกผู้ป่วย เพื่อป้องกัน corneal abrasion<br>3. ดูแลให้สายต่าง ๆ ที่ติดตัวผู้ป่วยไม่ให้ดึงรั้ง เช่น สายสวนปัสสาวะ สายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ<br>4. เฝ้าระวังและสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการจัดท่าผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่เกิดการบาดเจ็บจากการจัดท่าเพื่อทำผ่าตัด ได้แก่ แผลกดทับ, nerve หรือหลอดเลือดบริเวณลำคอถูกกดทับ, corneal abrasion |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** ผู้ป่วยมีภาวะ ช็อกเนื่องจากสูญเสียเลือดในขณะผ่าตัด<br>**ข้อมูลสนับสนุน** มี carotid artery และ internal jugular vein injury ขณะผ่าตัด เสียเลือดจากการผ่าตัด 1,300 ml,<br>BP = 80/50 mmHg, Hemoglobin 8.9 g/dl<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนเลือด | 1. เตรียมเปิดเส้นเลือดดำเพิ่มอีก 1 เส้นตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ด้วย IV catheter เบอร์ใหญ่ เนื่องจากการผ่าตัดต้องเก็บแขนผู้ป่วยแนบตัวทั้ง 2 ข้าง<br>2. เตรียมเลือด (PRC 2 unit) ให้พร้อมใช้ โดยประสานกับธนาคารเลือดก่อนเริ่มทำผ่าตัด<br>3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที<br>4. สังเกตและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง<br>5. ประมาณปริมาณเลือดที่สูญเสียในการผ่าตัด<br>6. ดูแลให้สารน้ำ crystalloid ได้แก่ 0.9 % NSS Ⓥ drip และ RLS Ⓥ drip<br>7. ดูแลให้สารน้ำ colloid ได้แก่ Voluven Ⓥ drip<br>8. ดูแลให้ Pack red cell 2 unit Ⓥ drip เพื่อทดแทนเลือดที่สูญเสียไป<br>9. ประเมิน เฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำเกิน จากการฟังเสียงปอดพบ fine crepitation<br>10. ประเมิน adequate volume และ tissue perfusion จากค่า mean arterial pressure (MAP) ≥ 65 mmHg, urine output > 0.5 ml/kg/hr, capillary refill time< 2 second, $SpO_2$ > 95%<br>11. ติดตามผลการตรวจ Hemoglobin ในห้องผ่าตัด<br>**ประเมินผลการพยาบาล** สูญเสียเลือดในขณะผ่าตัดรวม 1,500 ml ได้รับสารน้ำทดแทนการเสียเลือดด้วย Pack red cell 2 unit (530 ml), Voluven 500 ml, Ringer lactate solution 1,500 ml ปัสสาวะออกดี 1,000 ml/ 3 hr vital signs BP 110/70 – 120/70 mmHg, PR 78 beat/min $SpO_2$ 99 - 100 % Hemoglobin 9.1 g/dl |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8** ผู้ป่วยเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำเนื่องจากการผ่าตัดและการระงับ | 1. ให้ความอบอุ่นร่างกายผู้ป่วยด้วยผ้าห่มเป่าลมร้อน (Bair Hugger)<br>2. อุ่นสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำก่อนให้ผู้ป่วยตลอดการผ่าตัด<br>3. ใช้ fresh gas flow (FGF) ที่ต่ำประมาณ 1-2 lit/min |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| ความรู้สึกใช้เวลานาน สูญเสียเลือดมาก และอุณหภูมิในห้องผ่าตัดเย็น<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับการระงับความ รู้สึกวิธีดมยาสลบ และทำผ่าตัดนาน 3 ชั่วโมง 30 นาที เสียเลือด 1,500 ml และได้รับการให้เลือดและสารน้ำทดแทนขณะทำผ่าตัด อุณหภูมิในห้องผ่าตัด 20 °C อุณหภูมิกาย 35.8 °C<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อทำให้ร่างกายมีอุณหภูมิสูงขึ้นหรืออบอุ่นขึ้นและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากอุณหภูมิกายต่ำ และสูญเสียความร้อนออกจากร่างกาย | 4. ปรับเพิ่มอุณหภูมิในห้องผ่าตัด และควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ระหว่าง 23.0 -25.0 °C<br>5. สังเกตและประเมินอุณหภูมิกาย (Core temperature) ตลอดการผ่าตัด และลงบันทึกทุก 10 นาที<br>6. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหนาวสั่น ภาวะเลือดแข็งตัวยากทำให้สูญเสียเลือดมากขณะผ่าตัด<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ตลอดการผ่าตัดผู้ป่วยมีอุณหภูมิกายอยู่ในระดับต่ำเล็กน้อยระหว่าง 35.8 – 36.0 °C ไม่พบภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และภาวะหนาวสั่น (Shivering) |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะการเสียสมดุลของสารน้ำ เกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากสูญเสียน้ำและเกลือแร่ในระหว่างการผ่าตัด และผลข้างเคียงจากยาระงับความรู้สึก<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกวิธีดมยาสลบ มีผลทำให้กดระบบไหลเวียน ลดปริมาณเลือดไปสู่หัวใจ ไต ส่งผลให้ประสิทธิภาพ การทำงานของไตลดลง ทำให้เกิดการเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ สูญเสียเลือดจากการผ่าตัด 1,500 ml ได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อ succinylcholine อาจทำให้โปแตสเซียมในเลือดสูงได้<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ป้องกันการเกิดการเสียสมดุลปริมาตรของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย | 1. วางแผนการทดแทนสารน้ำ และดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำให้เพียงพอ ได้แก่ 0.9 % NSS Ⓥ drip และ RLS Ⓥ drip<br>2. ดูแลเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด พร้อมจดบันทึกทุก 5 นาที เมื่อพบผิดปกติรายงาน วิสัญญีแพทย์และศัลยแพทย์ที่ทำผ่าตัด เพื่อทำการแก้ไข<br>3. สังเกตและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr รายงานวิสัญญีแพทย์และศัลยแพทย์ที่ทำผ่าตัด เพื่อทำการแก้ไข<br>4. ติดตามเฝ้าระวังการผ่าตัดอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินการผ่าตัดว่ามีผลกระทบต่อการไหลเวียนโลหิตและหลอดเลือดมากน้อยเพียงใด เพื่อวางแผนในการแก้ไข<br>5 เฝ้าสังเกตภาวะ Arrythmia จาก EKG monitor<br>6. เฝ้าระวังและประเมินการสูญเสียเลือดตลอดการผ่าตัด เพื่อเตรียมการให้เลือดหรือให้สารน้ำทดแทน<br>**ประเมินผลการพยาบาล** สูญเสียเลือดในขณะผ่าตัดรวม 1,500 ml ได้รับสารน้ำทดแทนการเสียเลือดด้วย Pack red cell 2 unit (530 ml), Voluven 500 ml, Ringer lactate solution 1,500 ml ปัสสาวะออกดี 1,000 ml/3hr vital signs BP 110/70 – 120/70 mmHg, PR 78 beat/min $SpO_2$ 99 - 100 % EKG ไม่พบ tall peak T wave |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10** ผู้ป่วยมีโอกาสรู้สึกตัวขณะผ่าตัด (Awareness) เนื่องจากได้รับยาระงับความรู้สึกไม่เพียงพอ<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับการระงับความ รู้สึกวิธีดมยาสลบ ช่วงที่ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตลดลงขณะเสียเลือด มีการลดระดับยาดมสลบลง<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการรู้สึกตัวขณะผ่าตัด (Awareness) ฟื้นตัวจากฤทธิ์ยาดมสลบได้เหมาะสมหลังหยุดให้ยาระงับความรู้สึก | 1.ให้ $N_2O$: O2 ในอัตราส่วน 1 : 1 lit/min และ Sevoflurane 2 % ในช่วงแรกของการระงับความรู้สึก<br>2. ติดตามระดับความลึกของการหลับโดยใช้ hemodynamic response ได้แก่ MAPเพื่อปรับเพิ่มหรือลด Sevoflurane ระหว่างการระงับความรู้สึก และปรับตามความเหมาะสมระหว่างทำผ่าตัด และให้ Dormicum เข้า vein ในช่วงที่มีการลดปริมาณยาดมสลบชนิดสูดดมลง<br>3. ให้ muscle relaxant (Tracrium) และยาระงับปวด (Fentanyl) ตามขนาดและเวลาที่เหมาะสม<br>4. ปรับตั้งค่า Ventilator ให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย<br>5. เมื่อการผ่าตัดเสร็จ จัดท่านอนหงาย ปิด ยาดมสลบชนิดสูดดมลงและเปิด $O_2$ 100 %ในอัตรา 6 lit/min เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ diffusion hypoxia<br>6. ให้ reversal agents ด้วย Atropine 1.2 mg Ⓥและ Prostigmine 2.5 mg Ⓥ<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวตลอดระยะเวลาผ่าตัด ไม่มีอาการและอาการแสดงของความเจ็บปวด และ light anesthesia |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าปกติ | 1. ติดตามผลการตรวจค่าน้ำตาลในกระแสเลือดทางห้องปฏิบัติการ DTX ในห้องผ่าตัด<br>2. เฝ้าระวังสัญญาณชีพผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยมี underlying DM รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง งดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) และระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) | 3. เฝ้าระวังอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ได้แก่ ปัสสาวะออกมาก DTX > 180 mg%<br>4. เฝ้าระวังอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น อุณหภูมิกายต่ำ HR เร็ว ไม่สม่ำเสมอ DTX < 70 mg%<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผล DTX ในห้องผ่าตัด 178 mg% |
| **ระยะหลังระงับความรู้สึก**<br>**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12** ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อสมองขาดเลือดเนื่องจากมีลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือด<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยซึมลง อ้าปากไม่ได้ มี right facial palsy แขนขาขวาอ่อนแรง ยกขยับต้านแรงไม่ได้ motor power grade 0 ผล CT scan brain พบ acute left Middle Cerebral Artery (MCA) infraction caused by thrombus<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเนื้อเยื่อสมองขาดเลือดไปเลี้ยงและเพิ่มปริมาณเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง | 1. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ได้แก่ หายใจมีเสียงเสมหะ หายใจหอบ หายใจลำบาก ใช้แรงในการหายใจมากขึ้น ผู้ป่วยไอบ่อยมีเสียงเสมหะ โดยก่อนดูดเสมหะให้ $O_2$ 100% อย่างน้อย 1 นาที (Hyper-Oxygenation) โดยบีบ self-Inflating bag หรือให้ทางเครื่องช่วยหายใจใช้สายดูดเสมหะ ขนาดเบอร์ 14F แรงดันในการดูดเสมหะระหว่าง 100–120 มิลลิเมตรปรอท โดยการดูดเสมหะแต่ละครั้งนานไม่เกิน 15 วินาที ห่างกันประมาณ 2 – 3 นาที จึงดูดเสมหะครั้งต่อไป<br>2. ดูแลใส่ท่อช่วยหายใจ (Reintubation) ได้แก่ เตรียมอุปกรณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจยาก ได้แก่ Video laryngoscope และเครื่องมือดูดเสมหะให้พร้อมใช้งาน จัดท่า sniffing position เพื่อสะดวกในการใส่ท่อช่วยหายใจ ด้วยความนุ่มนวลเนื่องจากผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณลำคอ ให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ คือ Succinylcholineในขนาด 1-2 mg/kg ใส่ท่อช่วยหายใจด้วยความรวดเร็วและนุ่มนวล และประเมินความถูกต้องเหมาะสมของตำแหน่งภายหลังใส่ท่อช่วยหายใจ สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจากลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ค่า $SpO_2$ ค่า Capnograph ค่าความดันโลหิต สีผิวริมฝีปาก ลิ้น ขณะใส่ท่อช่วยหายใจและหลังใส่ท่อช่วยหายใจ<br>3. ประเมินสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว (GCS) ขนาดและการมีปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตา ทั้ง 2 ข้าง การเคลื่อนไหวของแขนขาทั้ง 2 ข้าง ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองบกพร่อง เช่น ผู้ป่วยซึมลง สับสน หมดสติ<br>4. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ศีรษะและคออยู่ในแนวเดียวกัน ไม่บิดหมุนซ้าย ขวา ระวังคอพับหรือแหงนมากเกินไป และการงอของสะโพกเกิน 90 องศา เพื่อส่งเสริมให้เลือดดำจากสมองไหลกลับหัวใจได้ดีขึ้น<br>5. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะสมองขาดเลือดรุนแรงขึ้นหรือมีเนื้อสมองตายเพิ่มขึ้น ได้แก่ GCS ลดจากเดิมมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน รูม่านตาทั้ง 2 ข้างไม่เท่ากันต่างกันเกิน 1 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง |
| | แขนขาทั้ง 2 ข้าง อ่อนแรงลงจากเดิม ชีพจรช้าไม่สม่ำเสมอ ความดันโลหิตสูง หายใจช้าหรือหยุดหายใจ ความดันชีพจร (Pulse pressure) > 60 mmHg<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัว ทำตามสั่งได้เล็กน้อย pupil Ø 2 mm RTL BE มี right facial palsy แขนขาขวาอ่อนแรง ยกขยับต้านแรงไม่ได้ motor power เท่าเดิม คือ grade 0 EKG show normal sinus rhythm Vital signs BP 140/90 mmHg, PR 90 beat/min, $SpO_2$ 100% |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 13** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด และออกซิเจนในปอดลดลงจากการเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ขณะเคลื่อนย้ายไป ICU ผู้ป่วยได้รับคาท่อช่วยหายใจไว้<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด และเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอขณะเคลื่อนย้าย | 1. ดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ และปาก คอให้โล่ง ก่อนเคลื่อนย้าย<br>2. ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ และการยึดตรึงท่อช่วยหายใจ<br>3. ดูแลท่อช่วยหายใจ ไม่ให้ดึงรั้ง เลื่อนหลุด หัก พับ งอ<br>4. ระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย มีวิสัญญีพยาบาลติดตามผู้ป่วยพร้อมด้วยอุปกรณ์ช่วยหายใจ Self-inflating bag และเครื่องติดตามสัญญาณชีพ (Non-Invasive Blood Pressure) เครื่องวัดความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Pulse Oximeter)<br>5. ดูแลบีบ Self-inflating bag ต่อออกซิเจน 100% ระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | 6. ประเมินและสังเกตภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน จากอาการและอาการแสดง ได้แก่ หายใจลำบาก ปลายมือ ปลายเท้า ริมฝีปาก ลิ้น เขียวคล้ำ ผิวหนังซีด เย็น ระดับความรู้สึกตัวลดลง $SpO_2$ < 90%<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ระหว่างการเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยไม่มีภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน $SpO_2$ อยู่ในช่วง 99-100 % สัญญาณชีพปกติ ท่อช่วยหายใจ ไม่เลื่อนหลุด |
| **ระยะเยี่ยมหลังระงับความรู้สึก**<br>**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 14** ผู้ป่วยปวดแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณลำคอด้านซ้าย<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้อาการปวดแผลลดลง | 1. ประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวดใช้ numeric rating scale (NRS) และสังเกตสีหน้า พฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงถึงความเจ็บปวด และ ประสานงานกับพยาบาลหอผู้ป่วยเพื่อพิจารณาให้ยาแก้ปวด เมื่อประเมินความปวดอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป (NRS ≥ 4 คะแนน)<br>2. แนะนำวิธีการจัดการความปวดด้วยตนเองโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การทำสมาธิ ฟังธรรมะ หายใจเข้า ออกลึกๆ ช้าๆ อ่านหนังสือ ฟังเพลง เป็นต้น<br>3. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้บริเวณแผลผ่าตัดได้รับความกระทบกระเทือนบริเวณแผลผ่าตัด และการรบกวนผู้ป่วยในขณะพักผ่อน<br>4. จัดท่านอนให้ผู้ป่วยได้อยู่ในท่าที่รู้สึกสุขสบาย<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยนอนหลับได้ ไม่ได้รับยาแก้ปวด ระดับความปวด (Pain scale) 2 คะแนน |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 15** ผู้ป่วยมีโอกาสแผลผ่าตัดหายช้าและติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณลำคอด้านซ้าย ใส่ Penrose drain ไว้ DTX 236 mg%<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อส่งเสริมการหายของแผลผ่าตัด ป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม | 1. เยี่ยมประเมินลักษณะบาดแผล และลักษณะ ปริมาณสารคัดหลั่งที่ออกจากแผล ในกรณีพบความผิดปกติของแผลและสารคัดหลั่ง แจ้งให้พยาบาลหอผู้ป่วยรับทราบความผิดปกติ<br>2. แนะนำผู้ป่วยในการดูแลแผลผ่าตัดให้สะอาด ไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่แกะเกาแผล ถ้าแผลเปียกชุ่มสารคัดหลั่งให้แจ้งพยาบาลทราบเพื่อทำแผลให้ใหม่<br>3. แนะนำให้หลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวบริเวณคอ เพื่อให้เนื้อเยื่อบริเวณแผลได้พักและไม่เกิดการกระทบกระเทือนบาดแผล<br>4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาฉีดลดระดับน้ำตาลตามแผนการรักษา ได้แก่ Regular insulin SC ตาม sliding scale, Novomix SC เช้า เย็น ตามแผน การรักษา<br>5. ติดตามผลการตรวจค่าน้ำตาลในเลือด เพื่อประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด<br>**ประเมินผลการพยาบาล** แผลผ่าตัดแห้ง มี discharge ออกทาง Penrose drain สีเหลืองเล็กน้อย หลังผ่าตัดได้ 2 วัน off Penrose หลังผ่าตัดได้ 7 วัน ตัดไหมที่แผลผ่าตัด แผลแห้ง ติดดี DTX อยู่ในช่วง 83 -129 mg% แพทย์ off Novomix ให้ Metformin แทน |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 16** ผู้ป่วยมีภาวะพร่องการดูแลกิจวัตรประจำวันเนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายซีกขวาลดลง<br>**ข้อมูลสนับสนุน** แขน ขาข้างขวาอ่อนแรง แขนขวา motor power grade 3 ขาขวา motor power grade 4<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ผู้ป่วยสามารถดูแลกิจวัตรประจำวันตนเองได้ ADL 10 คะแนน (มีภาวะพึ่งพาปานกลาง) | 1. ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน<br>2. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหว และเปลี่ยนอิริยาบถของร่างกายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และกล้าที่จะเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเองและทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้<br>3. จัด Unit ของผู้ป่วยให้สามารถหยิบของใช้ได้สะดวก<br>4. ให้คำแนะนำในการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การลุกนั่ง การลุกยืนข้างเตียง การบริหารร่างกาย แขน ขาข้างที่อ่อนแรง เพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรงเพิ่มขึ้น<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยดูแลกิจวัตรประจำวันตนเองได้ ลุกเดินเข้าห้องน้ำได้เอง แขนขวาอ่อนแรง motor power grade 4 แขนซ้าย และขา 2 ข้าง กำลังปกติ motor power grade 5 ADL 18 คะแนน (ไม่มีภาวะพึ่งพา) |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 17** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดปอดอักเสบจากการสำลักเนื่องจากมีภาวะการกลืนลำบาก<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยมี facial palsy จิบน้ำกลืนไม่ได้ และมีอาการไอ<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก | 1. ร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย นักกิจกรรมบำบัดให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่อง วิธีบริหารการกลืน โดยฝึกควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อริมฝีปาก กระพุ้งแก้ม และลิ้น โดยการยิ้มยิงฟัน เม้มริมฝีปาก ห่อปาก เป่าลม เคลื่อนไหวลิ้นแตะมุมปาก และริมฝีปากบน-ล่าง ฝึกหัดการกลืน โดยให้หัดกลืนน้ำลายของตนเองและน้ำ<br>2. ประเมินอาการและอาการแสดงของการเกิดปอดอักเสบ ได้แก่ มีไข้ ไอมีเสมหะ เจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อย<br>3. คิดตามประเมินความสามารถในการกลืน<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ไม่เกิดปอดอักเสบ ฝึกกลืนน้ำได้เพียง 1 ml ใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy ; PEG) ไว้ |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 18** ผู้ป่วยมีภาวะบกพร่องการสื่อสารเนื่องจากมีพยาธิสภาพในสมอง<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยพูดคุยสื่อสารได้ แต่ช้า นึกคำพูดไม่ค่อยออก และมีเสียงแหบ<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร | 1. ร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย นักกิจกรรมบำบัดให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่อง ฝึกนึกคำ เริ่มจากการใช้ของจริงก่อน เช่น ให้ดูนาฬิกา ปากกา กระดาษ เป็นต้น ถ้าผู้ป่วยคิดคำไม่ออก อาจใบ้คำแรกเพื่อช่วยผู้ป่วยได้<br>2. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการเสียงแหบ ถ้าไม่หายภายใน 6 เดือนหลังผ่าตัด ให้มาพบแพทย์<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยนึกคำออกได้มากขึ้น การพูดเร็วขึ้น เสียงยังแหบ |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 19** ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล และซักถามการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน | 1 ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปบ้าน เรื่อง การบริหารร่างกาย โดยเฉพาะแขนขวาที่อ่อนแรง การให้อาหารทางสายยางหน้าท้อง การฝึกการกลืน การฝึกการพูด การนึกคำ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ การมาตรวจตามนัด<br>2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติพูดคุย ซักถามข้อสงสัย<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกถึงการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปบ้านได้อย่างถูกต้อง |

## สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยกรณีศึกษานี้ แพทย์วินิจฉัยเป็น Neck abscess และทำผ่าตัด Drainage branchial cleft with biopsy wall for pathology under GA ขณะผ่าตัดเกิด tear jugular vein และ carotid artery ทำให้สูญเสียเลือดมาก จนเกิดภาวะช็อก ซึ่งจากการศึกษาวรรณกรรมพบว่าการทำผ่าตัดชนิดนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้บาดเจ็บต่อเส้นเลือดหรือเส้นประสาทในบริเวณใกล้เคียง[2,5] ซึ่งได้รับการเตรียมความพร้อมสารน้ำและเลือดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเลือดทดแทนอย่างทันเวลา ผู้ป่วยไม่เกิดการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายล้มเหลว และได้รับการผ่าตัดจนเสร็จ แต่เมื่อนำผู้ป่วยมาสังเกตอาการที่ห้องพักฟื้นพบมีอาการของภาวะสมองขาดเลือด (Stroke) สาเหตุเกิดจากลิ่มเลือด อุดตัน carotid artery ซึ่งจากการมีเลือดออกขณะเกิด tear carotid artery ร่างกายจะมีกระบวนการสร้างลิ่มเลือด เพื่อหยุดเลือดและซ่อมแซมหลอดเลือดที่บาดเจ็บ ลิ่มเลือดนี้อาจหลุดลอยไปตามกระแสเลือดและเกิดการอุดตันหลอดเลือดได้[6] โดยเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดได้น้อย ทำให้ขาดการเฝ้าระวังการเกิดภาวะนี้ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด อีกทั้งเกิดกับผู้ป่วยที่ยังไม่ตื่นดีจากการระงับความรู้สึก ทำให้การเฝ้าระวังทำได้ยาก หากอาการและอาการแสดงยังไม่ชัดเจน

## ข้อเสนอแนะ

1. กำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวัง สังเกตอาการเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดหลังได้รับการผ่าตัด ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการไหลเวียนเลือดไม่เพียงพอ (Hypoperfusion) เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะ

สูญเสียสารน้ำและเลือดมากระหว่างทำผ่าตัด ผู้ป่วยทำผ่าตัดบริเวณลำคอ 2) ผู้ป่วยที่มีการจัดท่าบิด หรือหักพับงอบริเวณลำคอระหว่างทำผ่าตัด การผ่าตัดท่านั่ง หรือการผ่าตัดที่ทำ deliberate hypotension ร่วมด้วย เช่น การผ่าตัดกระดูกไข สันหลัง

2. เก็บข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดและเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดไปเลี้ยงสมองอุดตันเฉียบพลัน เพื่อใช้เป็นข้อมูลเสนอผู้บริหารพิจารณาจัดหาเครื่องตรวจการไหลเวียนในหลอดเลือดแดงที่อยู่บริเวณใต้ฐานสมองภายในกะโหลกศีรษะด้วยคลื่นความถี่สูงไว้ที่ห้องผ่าตัด

## เอกสารอ้างอิง

1.จิราพร ตระการจันทร์สิริ. การติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. บูรพาเวชสาร 2566; 10(1): 38-53.

2. อัศวิน เรืองมงคลเลิศ. การอักสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มชั้นลึกของโรงพยาบาลนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม 2559; 4(3): 5-15.

3. รำไพ เกตุจิระโชติ. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกในโพรงใต้คาง. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2563; 17(2): 196-205.

4. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2562- 2564 [อินทราเน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 13 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงจาก: http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/

5. James WD. Branchial cleft cyst treatment management. [internet]. 2020 [cited 2022 June 13]. Available from: https://emedicine.medscape.com/article/1110351-treatment?form=fpf

6. ประยุทธ ภูวรัตนาวิวิธ. ความรู้พื้นฐานทางเภสัชวิทยาที่เภสัชควรทราบเกี่ยวกับยาต้านการเกิดลิ่มเลือด. [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 13 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงจาก:https://www.wongkarnpat.com/upfilecpe/CPE240.pdf

# อุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกและวิธีปฏิบัติตัวที่ดีในการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

# An Action Research of the Incidence of Mother-to-Child HIV Infection and Good Practices for Prevention of HIV Infection from Mother to Child in Thabo Crown Prince Hospital, Nong Khai Province.

(Received: March 31,2024 ; Revised: April 25,2024 ; Accepted: April 26,2024)

**ภัทรา ลี้ตระกูลนำชัย[1] จรูญ ลี้ตระกูลนำชัย[2]**
**Pathra Leetrakulnumchai[1]Charoon Leetrakulnumchai[2]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่คลอดจากแม่ติเชื้อเอชไอวี วิธีปฏิบัติตัวที่ดีในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และพัฒนารูปแบบการปฏิบัติตัวที่ดีของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ แบ่งประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 66 ตัวอย่าง ได้แก่กลุ่มตัวอย่างในบันทึกงานเวชระเบียน 52 ตัวอย่าง กลุ่มผู้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV จำนวน 9 ราย และ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน จำนวน 5 ราย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะพัฒนารูปแบบวิธีปฏิบัติตัวที่ดีในการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกและ 3) ระยะติดตามผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบ ผู้วิจัยประยุกต์ ผสมผสานขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ ขั้นปฏิบัติการ ขั้นสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมและขั้นสะท้อนกลับ ในระยะดำเนินการทั้ง 3 ระยะ ผลการวิจัยรูปแบบการปฏิบัติตัวที่ดีของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV ในการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ที่ได้รับการให้คำปรึกษา ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อจำนวน 50 ราย พบว่าไม่ติดเชื้อจำนวน 50 ราย ร้อยละ 100

**คำสำคัญ** : หญิงตั้งครรภ์, เชื้อเอชไอวี, กระบวนการจัดการภายใน, กระบวนการจัดการภายนอก

**ABSTRACT**

The objective of this research was action research to study the incidence of HIV infection in children born to HIV-infected mother which methods for good behavior in preventing HIV infection from mother to child and develop a model for good behavior for pregnant women infected with HIV in preventing HIV infection from mother to child. Action research consists of collecting both quantitative and qualitative methods. Purposive sampling was selected in the amount of 66 samples, including 52 samples in medical records, 9 HIV-infected pregnant women, and 5 working professional nurses. Data collection was divided into 3 phases. Including 1) the phase of analyzing the situation 2) the phase of developing a model for good behavior in the prevention of HIV infection from mother to child and 3) the follow-up period for the results of model development applied. Then, integrates 4 stages of conducting action research: preparation stage, operation stage, and participatory observation and reflection stages. In all 3 phases of implementation, results of research on good behavior patterns of HIV-infected pregnant women in preventing HIV infection from mother to child who received counseling at Thabo Crown Prince Hospital, 50 cases were found to be 100% non-infected.

**Keywords:** HIV-infected mothers, HIV infection in children born, internal management processes, external management processes,

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

[2] นายแพทย์ (ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

**บทนำ**

เอชไอวียังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก จนถึงขณะนี้มีผู้เสียชีวิต 40.4 ล้านคน โดยมีการแพร่เชื้ออย่างต่อเนื่องในทุกประเทศทั่วโลก WHO, Global Fund และ UNAIDS ล้วนมีกลยุทธ์ต้านเอชไอวีระดับโลกที่สอดคล้องกับเป้าหมาย SDG 3.3 (Sustainable Development Goals: SDGs การพัฒนาอย่างยั่งยืน) ในการยุติการแพร่ระบาดของเอชไอวีภายในปี 2573 โดยเฉพาะการติดเชื้อ HIV ในระหว่างตั้งครรภ์มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้หญิงจำนวนมากได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีเป็นครั้งแรกในระหว่างตั้งครรภ์ ในทำนองเดียวกัน คู่สมรสที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือทั้งคู่มีเชื้อ HIV และต้องการตั้งครรภ์ ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา การทดสอบเอชไอวีก่อนคลอดแบบสากล การรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ART) การคลอดบุตรตามกำหนดเวลาสำหรับสตรีที่ติดเชื้อ HIV ที่มีปริมาณไวรัสสูง ยาต้านไวรัสที่เหมาะสมสำหรับทารก และการหลีกเลี่ยงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจ และขณะนี้ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคในปัจจุบัน มีเป้าหมายที่จะกำจัดการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกโดยลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อให้เหลือ <1 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน [1]

สำหรับในประเทศไทย การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก ถ้าไม่มีการป้องกันร้อยละ 25-40 ของเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีจะติดเชื้อเอชไอวี กระทรวงสาธารณสุข[2] มีนโยบายการดำเนินงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกโดยผสมผสานเข้ากับระบบบริการของโรงพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 พบว่า อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกลดลงจากร้อยละ 3.8 ประเทศไทยได้ตั้งเป้าหมายที่จะลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกให้ต่ำกว่าร้อยละ 1 ในปี พ.ศ. 2563 (เป้าหมายน้อยกว่า ร้อยละ 1 ใน พ.ศ. 2573) ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ดังนั้นหากกำลังตั้งครรภ์หรือวางแผนที่จะตั้งครรภ์ ควรให้เข้ารับการตรวจหาเชื้อ HIV โดยเร็วที่สุดในระหว่างตั้งครรภ์แต่ละครั้ง การทราบสถานะเอชไอวีจะให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ หากตรวจพบเชื้อ HIV ต้องรีบการรักษาเร็วที่สุดเพื่อสุขภาพมารดาและลูกน้อย ถ้าคู่ครองมีเชื้อเอช ไอ วี แต่ต้องการมีบุตรต้องได้รับการปรึกษาจากผู้ดูแลสุขภาพก่อนเกี่ยวกับการป้องกันโรค ซึ่งต้องใช้ยารับประทานหรือยาฉีดเพื่อป้องกันการติดต่อทางเพศสัมพันธุ์ การใช้ยาจะช่วยป้องกันการติดเชื้อทั้งมารดาและลูก ระหว่างตั้งครรภ์และให้นมบุตร[3]

งานบริการพยาบาลการปรึกษาสุขภาพที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ได้บริการให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดจำนวน 10,731 คน ทุกรายต้องตรวจเลือดหาเชื้อเอช ไอ วี อัตราร้อยละ 100 และพบตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.48 งานปรึกษาสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการดูแลการเข้าถึงระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ มีมาตรฐานการบริการ หญิงตั้งตั้งครรภ์เข้าถึงยาต้านไวรัสให้เร็วที่สุดเพื่อลดการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูกมากที่สุด ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกโดยเน้นที่ การให้คำปรึกษาคู่สมรส (Couple Counseling) , การให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) และ ศึกษากลไกทางจิตผู้ป่วยจิตเวชเพื่อสร้างแรงจูงใจและพลังบวกเป้าหมายให้ดำรงชีวิตได้อย่างปกติ สุขภาพดีทั้งกายและใจ[4] แนวปฏิบัติที่ดี (Good Practices/ Best Practices) คือ วิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ ในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้สำเร็จ ซึ่งเป็นผลมาจาก การนำความรู้ไปปฏิบัติจริง แล้วสรุปความรู้และประสบการณ์นั้นเป็นแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดของตนเอง[5] นอกจากนี้ Good Practices/ Best Practices เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยยกระดับความคิดให้มีความแตกต่าง มีความหลากหลายในมุมมองมากขึ้น เช่น ด้านแนวคิด กระบวนการวางแผน การดำเนินงานตามแผน การประเมินผล และการมีส่วนร่วม โดยมีการเผยแพร่วิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ เพื่อให้หน่วยงานอื่นได้นำไปปฏิบัติใช้

ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานที่งานบริการพยาบาลการปรึกษาสุขภาพที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย จึงได้ทำการศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ประกอบด้วย อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกและวิธีปฏิบัติตัวที่ดีในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานที่จะได้ทราบแนวทางการดูแลมารดาตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV จากการปฏิบัติจริงและเป็นประโยชน์ต่อมารดาตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เหมาะสม เพื่อป้องกันการติดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูกได้

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่คลอดจากแม่ติเชื้อเอชไอวี
2. เพื่อศึกษาวิธีปฏิบัติตัวที่ดีในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการปฏิบัติตัวที่ดีของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV ในการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก
4. ศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบการปฏิบัติตัวที่ดีของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV ในการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

**วิธีการวิจัย**

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ

**ประชากร/ตัวอย่าง**

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 66 ตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเข้าประกอบด้วยดังนี้ 1) เวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย 10 ปี ย้อนหลัง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2556 ถึง 30 กันยายน 2566 จำนวน 52 ราย โดยรวบรวมข้อมูลจาก เวชระเบียนทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และทะเบียนคลอด 2) มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีและทารกที่เกิดไม่ติดเชื้อเอชไอวี ผลตรวจ PCR 3 ครั้ง เป็นลบและที่อายุ 1 ปี 6 เดือน มีผลตรวจ anti- HIV มีผลเลือดเป็นลบ สัมภาษณ์จำนวน 9 รายและสมัครใจเข้าร่วมให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ 3) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่บริการพยาบาลการปรึกษาสุขภาพที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 1 ราย และงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย จำนวน 4 ราย และสมัครใจเข้าร่วมให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการและขอยกเลิกเข้าร่วมโครงการ

**การวิเคราะห์ทางสถิติ**

ข้อมูลเอกสารย้อนหลัง 10 ปี นำมาวิเคราะห์แจกแจงความถี่ (f) ร้อยละ (Percentile) ข้อมูลการสัมภาษณ์มารดาติดเชื้อเอชไอวีและพยาบาลวิชาชีพ นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

**ผลการศึกษา**

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของมารดาติดเชื้อเอชไอวี พบว่า มารดาติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ ช่วงอายุ 21-30 ปี จำนวน 30 ราย ร้อยละ 57.7 สัญชาติไทย จำนวน 46 ราย ร้อยละ 88.5 รับการฝากครรภ์ จำนวน 48 ราย ร้อยละ 92.3 ทราบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการตั้งครรภ์จำนวน 24 ราย ร้อยละ 46.2 ทราบขณะตั้งครรภ์ จำนวน 24 ราย ร้อยละ 46.2 การได้รับยาต้านไวรัส อายุครรภ์ > 4 สัปดาห์ก่อนคลอด จำนวน 41 ราย ร้อยละ 48.8 รับยาสูตร HAART ที่เพิ่งได้รับขณะตั้งครรภ์สม่ำเสมอจำนวน 26 ราย ร้อยละ 50 ค่า CD4 >350cell/mm จำนวน 30 ราย ร้อยละ 57.7 ค่า VL ≤50 copies/mL จำนวน 28 ราย ร้อยละ 53.8 มารดาคลอดที่โรงพยาบาลและได้รับการให้คำปรึกษา จำนวน 50 ราย ร้อยละ 100 มารดามีความเสี่ยงมาตรฐาน ได้แก่ กินยาต้านจำนวน 31 ราย ร้อยละ 62

ตารางที่ 1 ความเสี่ยงมาตรฐานและความเสี่ยงสูงของมารดาติดเชื้อเอชไอวีที่จะถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก

| การคลอด | ความเสี่ยงมาตรฐาน | | | | ความเสี่ยงสูง | | | | ทารกไม่ติดเชื้อ | | ทารกติดเชื้อ | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | กินยาต้าน | | ไม่กินยาต้าน | | กินยาต้าน | | ไม่กินยาต้าน | | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | | | |
| คลอดที่ รพ. | 31 | 62 | 2 | 4 | 13 | 26 | 4 | 8 | 50 | 100 | 0 | 0 |
| คลอดที่บ้าน | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 100 | 0 | 0 | 2 | 100 |

จากตารางที่ 1 พบว่า มารดาคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อจำนวน 50 ราย มารดามีความเสี่ยงมาตรฐาน ได้แก่ กินยาต้านจำนวน 31 ราย ร้อยละ 62 ไม่กินยาต้านจำนวน 2 ราย ร้อยละ 4 มารดามีความเสี่ยงสูง ได้แก่ กินยาต้าน จำวน 13 ราย ร้อยละ 26 ไม่กินยาต้าน จำนวน 4 ราย ร้อยละ 8 ทารกไม่ติดเชื้อจำนวน 50 ราย ร้อยละ 100 ส่วนมารดาที่คลอดเองที่บ้าน มีความเสี่ยงสูง ไม่กินยาต้านจำนวน 2 ราย ร้อยละ 100 และทารกติดเชื้อจำนวน 2 ราย ร้อยละ 100

2. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ทารกแรกเกิดส่วนใหญ่ น้ำหนัก > 2,500 กรัม จำนวน 40 ราย ร้อยละ 76.9 วิธีการคลอด คลอดทางช่องคลอด จำนวน 37 ราย ร้อยละ 71.2 ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีความเสี่ยงทั่วไปจำนวน 33 ราย ร้อยละ 63.5 ได้รับยาต้านไวรัสหลังคลอด ได้รับตามเกณฑ์ จำนวน 52 ราย ร้อยละ 100 การเจาะเลือดตรวจจากการติดเชื้อเอชไอวีติดตามได้จำนวน 50 ราย ร้อยละ 96.2 ผลตรวจ PCR ครั้งที่ 1จำนวน 52 ราย ติดตามได้ทุกราย ผลลบ จำนวน 51ราย ร้อยละ 98.1 ตรวจ PCR ครั้งที่ 2 ติดตามได้จำนวน 51 ราย ผลลบ 50 ราย ร้อยละ 98.03 ตรวจPCR ครั้งที่ 3 ติดตามได้จำนวน 44 ราย ผลลบ 42 ราย ร้อยละ 95.45 PCR ครั้งที่ 4 (ตรวจเฉพาะกรณีสงสัย) จำนวนที่ติดตามได้ 5 ราย ผลลบ จำนวน 4 ราย ร้อยละ 80 และตรวจ Anti-HIV อายุ 1 ปี 6 เดือน จำนวนที่ติดตามได้ 40 ราย ผลลบ จำนวน 38 ราย ร้อยละ 95

ตารางที่ 2 ข้อมูลทารกแรกเกิด จำแนกตามกรณีที่ติดตามได้

| ตรวจเลือด | จำนวนที่ติดตามได้ | | ผลลบ | | ผลบวก | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| PCR ครั้งที่ 1 | 52 | 100 | 51 | 98.1 | 1 | 1.9 |
| PCR ครั้งที่ 2 | 52 | 100 | 51 | 98.1 | 1 | 1.9 |
| PCR ครั้งที่ 3 | 52 | 100 | 44 | 84.6 | 8 | 15.4 |
| PCR ครั้งที่ 4 | 52 | 100 | 47 | 90.4 | 5 | 9.6 |
| Anti-HIV อายุ 1 ปี 6 เดือน | 52 | 100 | 40 | 76.9 | 12 | 23.1 |

จากตารางที่ 2 พบว่า ข้อมูลทารกแรกเกิดจำแนกตามกรณีที่ติดตามได้ ทั้งหมดจำนวน 52 ราย ติดตามได้ทุกราย ผลตรวจ PCR ครั้งที่ 1 ผลลบ จำนวน 51ราย ร้อยละ 98.1 ผลบวก 1 ราย ร้อยละ 1.9 ตรวจ PCR ครั้งที่ 2 ผลลบ 51 ราย ร้อยละ 98.1 ผลบวก 1 ราย ร้อยละ 1.9 PCR ครั้งที่ 3 ผลลบ 44 ราย ร้อยละ 84.6 ผลบวก จำนวน 8 ราย ร้อยละ 15.4 PCR ครั้งที่ 4 ผลลบ จำนวน 47 ราย ร้อยละ 90.4 ผลบวก จำนวน 5 ราย ร้อยละ 9.6 และตรวจ Anti-HIV อายุ 1 ปี 6 เดือน ผลลบ จำนวน 40 ราย ร้อยละ 76.9 ผลบวก จำนวน 12 ราย ร้อยละ 23.1

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี พบว่า 1) ความรักจากครรภ์มารดา กลัวลูกที่คลอดมาติดเชื้อ อดทนสู้ชีวิต ดูแลรักษาตัวเอง 2) การปฏิบัติตัวช่วงระยะเวลาการรักษา สิ่งที่ต้องปฏิบัติ ได้แก่ ต้องรับประทานยา สม่ำเสมอ ตรงเวลา มาโรงพยาบาลทุกครั้งตามนัด ออกกำลังกาย พยายามใช้ชีวิตเป็นปกติ การให้กำลังใจตัวเอง 3) การดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว (Family Support) มีบุคคลในครอบครัวช่วยเหลือดูแล สนับสนุนในการดูแลช่วยเหลือ เช่น สามีหรือญาติมารับยาที่โรงพยาบาลแทน ในกรณีที่มารดาไม่สามารถมารับเองได้ การได้กำลังใจ ความรัก จากบุคคลในครอบครัว 4) การป้องสิทธิ์ รักษาความลับ ความเป็นส่วนตัว ทำให้สบายใจและสามารถอยู่ในสังคมแบบคนปกติทั่วไปได้ 5) การปล่อยวาง เมื่อมีความรู้สึกเป็นทุกข์ เช่น การถูกสามีทอดทิ้งให้เลี้ยงลูกโดยลำพัง 6) การเลี้ยงลูกด้วยนมผสม ไม่เลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ซึ่งทางโรงพยาบาลมีนมผสมให้มารดา ช่วยแบ่งเบาภาระ ลดค่าใช้จ่ายและป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีทางน้ำนมมารดา

4. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาจากพยาบาลวิชาชีพ พบว่า 1) การให้บริการ หญิงตั้งครรภ์ ที่ติดเชื้อ HIV ให้บริการเหมือนมารดาตั้งครรภ์ปกติ ไม่มีการแบ่งแยก เน้นการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย มีบริการให้คำปรึกษา ตรวจเลือด แนะนำการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และการมาตามนัด 2) สนับสนุนให้กำลังใจ เสริมพลังบวก เห็นอกเห็นใจกัน เตรียมพร้อมในการดูแลลูก 3) การปกปิดรักษาความลับของผู้ป่วยเป็นหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ การปกปิดความลับจึงเป็นการปฏิบัติหนึ่งภายใต้หลักจริยธรรมความซื่อสัตย์ (fidelity) ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังว่าทีมสุขภาพจะต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของตนให้ผู้อื่นรับทราบ การปกปิดความลับจึงเป็นพื้นฐานที่นำไปสู่ความไว้วางใจและแสดงถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ 4) ปัญหาและอุปสรรค คือ การบันทึกข้อมูลการส่งต่อไม่ชัดเจนและห้องให้คำปรึกษาไม่เป็นส่วนตัว ข้อเสนอแนะ ได้แก่ ระบบการส่งต่อ ควรมีการบันทึกข้อมูลชัดเจน ครบถ้วนสมบูรณ์ในการส่งต่อและที่สำคัญมากคือ ควรปรับปรุงห้องให้คำปรึกษาให้เป็นส่วนตัว เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย

**สรุปและอภิปรายผล**

จากการวิจัยผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลการวิจัยแยกเป็น 2 ส่วนสำคัญ คือ การอภิปรายผลในเชิงปริมาณ และ การอภิปรายผลเชิงคุณภาพ โดยได้อภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยในครั้งนี้ ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี

การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก ถ้าไม่มีการป้องกัน ซึ่งในประเทศไทย ร้อยละ 25-40 ของเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีจะติดเชื้อเอชไอวี กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายการดำเนินงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกโดยผสมผสานเข้ากับระบบบริการของโรงพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 โดยได้ตั้งเป้าหมายที่จะลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกให้ต่ำกว่าร้อยละ 1 ในปี พ.ศ. 2563 (เป้าหมาย น้อยกว่า ร้อยละ 1 ใน พ.ศ. 2573)

จากข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ พบข้อมูลที่น่าสนใจเกี่ยวกับแนวทางการให้บริการ และความก้าวหน้าของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย จากข้อมูลพบว่าทารกแรกเกิด มีน้ำหนักแรกเกิด < 2,500 กรัม จำนวน 12 ราย ร้อยละ 23.1 น้ำหนัก > 2,500 กรัม จำนวน 40 ราย ร้อยละ 76.9 มีวิธีการคลอด แบ่งเป็น 3 วิธี ได้แก่ วิธีที่หนึ่ง คลอดทางช่องคลอด จำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.2 วิธีที่สอง ผ่าตัดคลอด จำนวน 13 ราย ร้อยละ 25 และวิธีอื่นๆ จำนวน 2 ราย ร้อยละ 3.8 และ จากข้อมูลทารกแรกเกิด มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ความเสี่ยงทั่วไป

จำนวน 33 ราย ร้อยละ 63.5 ความเสี่ยงสูง จำนวน 19 ราย ร้อยละ 36.5 ได้รับยาต้านไวรัสหลังคลอด ได้รับตามเกณฑ์ จำนวน 52 ราย ร้อยละ 100 ไม่มีรายใดที่ได้รับไม่ครบตามเกณฑ์ โดยเฉพาะการเจาะเลือดตรวจจากการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญ เพื่อเตรียมการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดช่วงระยะเวลาของการรักษา หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV

จากข้อค้นพบเชิงปริมาณ สถิติตัวเลขร้อยละดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ HIV จำนวน 5 ราย ได้สะท้อนบ่งชี้ถึงคุณภาพของการให้บริการ การให้คำปรึกษา การดูแลใส่ใจ และติดตามผล ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดต่างให้สัมภาษณ์ถึงการมารับบริการ ผู้วิจัยขอนำเสนอในประเด็นนี้ที่สะท้อนได้โดดเด่น เห็นชัด กล่าวคือ ผู้ป่วยรายนี้สามารถผ่านวิกฤติการติดชื้อ HIV โดยเชื้อดังกล่าวไม่สู่ลูกทั้ง 3 คน นับเป็นข้อมูลสำคัญที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ถึงคุณภาพของการให้บริการ การให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามของผู้ป่วย

อย่างไรก็ดี จากการศึกษาของ ช่อผกา หนูรอด, จิรพงษ์ แสงทอง, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์และสมเกียรติยศ วรเดช (2562)[6] ซึ่งได้ศึกษาความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดพัทลุง จากผลการศึกษาบุคลากรสาธารณสุขควรให้ความสำคัญในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีให้ได้รับการดูแลเป็นพิเศษเพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและควรเพิ่มความถูกต้อง ครบถ้วน ความครอบคลุม เพื่อวางแผนป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์และเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อศึกษาวิธีปฏิบัติตัวที่ดีในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

เพื่อให้การอภิปรายครอบคลุมทั้งในส่วนผู้ให้บริการ และผู้รับบริการผู้วิจัยจึงอภิปรายเป็นลำดับๆ ดังนี้

จากข้อมูล รูปแบบและขั้นตอนการจัดบริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัด หนองคาย มีการให้บริการปรึกษาก่อนการตรวจหาเชื้อ HIV รายเดียว/รายคู่/แบบกลุ่ม เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจตรวจหาเชื้อ HIV มีการให้บริการปรึกษาเพื่อการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อ HIV และส่งต่อเข้าสู่ระบบปกติ และมีการให้บริการหลังตรวจหาเชื้อ HIV กรณีผลตรวจเป็นบวกให้การปรึกษาด้านการดูแลสุขภาพ การรักษาและการช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่างๆและการบริการปรึกษาอย่างต่อเนื่อง กรณีผลตรวจไม่ชัดเจนผลตรวจเป็นลบส่วนต่อรับบริการที่เกี่ยวข้องอาจมีความเสี่ยงสูงแนะนำให้กินยา PrEP และนัดติดตาม

จากการศึกษาของ ภัทรวรรณ เลิศไชยพานนท์ (2564)[7] พบสาเหตุมารดากินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอขณะตั้งครรภ์ โดยมีอัตราการขาดการติดตามร้อยละ 11.3 ซึ่งได้สรุปได้ว่าอัตราติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในโรงพยาบาลบางสะพาน เกิดจากที่มารดากินยาไม่สม่ำเสมอขณะตั้งครรภ์ ซึ่งได้สะท้อนถึง การกินยาสม่ำเสมอ ตรงเวลานั้นเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ต่อวิธีปฏิบัติตัวที่ดีในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก สอดคล้องกับผลวิจัยนี้อย่างมีนัยะสำคัญ จากข้อมูลพบว่า มารดาคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อจำนวน 50 ราย พบว่าไม่ติดเชื้อจำนวน 50 ราย ร้อยละ 100 ที่สอดคล้องกับข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ในการรับประทานยาสม่ำเสมอ มาพบแพทย์ตามนัด มีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อพัฒนารูปแบบการปฏิบัติตัวที่ดีของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV ในการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ได้การพัฒนารูปแบบ โดยแบ่งเป็น 2 กระบวนการ ประกอบด้วย กระบวนการจัดการภายในหน่วยงาน (Internal Process) ในที่นี้หมายถึง หน่วยงานภายใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย มีระบบการทำงานที่สามารถบริหารงานอย่างมีประสิทธิภาพสูง โดยเฉพาะ

เรื่อง ขั้นตอนการให้คำปรึกษา สื่อสาร ติดตาม ซึ่งส่งผลให้ กระบวนการภายนอกหน่วยงาน ( External Process) ในที่นี้ หมายถึง ผู้มารับบริการ หรือ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV ครอบครัว สามี ญาติพี่น้อง และผู้ใกล้ชิดในชุมชน ถึงกระบวนการช่วยเหลือ ความเห็นใจ และเข้าใจ บริบทของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV

จากข้อค้นพบของงานวิจัยนี้ สอดคล้องกับ จากการศึกษาของ จอนผะจง เพ็งจาด (2553)[8] ได้กล่าวถึง กระบวนการดูแลมนุษย์ของ ทฤษฎีวัตสัน ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนที่มีความสำคัญ ได้แก่ กระบวนการดูแลแนวคิดด้านคุณธรรม แนวคิดด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กระบวนการดูแลมนุษย์ของวัตสันเป็นกระบวนการที่พยาบาลและผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กัน มีการช่วยเหลือกันในสถานการณ์เฉพาะในเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งพยาบาลและผู้ป่วยต่างรับรู้ตรงกันถึงการให้และการได้รับการดูแล ซึ่งกระบวนการดูแลมีลักษณะเป็นพลวัตร หมายถึง พยาบาลและผู้ป่วยที่เป็นองค์รวมของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยแต่ละบุคคลต่างมีภูมิหลังหรือประสบการณ์ชีวิตที่เป็นลักษณะเฉพาะของตน ที่เรียกว่า สนามปรากฏการณ์ของชีวิต ขณะการดูแลที่เกิดขึ้นจริง (Actual caring occasion) เป็นขณะเวลาที่พยาบาลและผู้ป่วยรับรู้ตรงกันหรือเข้าใจถึงความรู้สึกซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต มีโอกาสตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีที่ดีหรือเหมาะสมที่สุดในสถานการณ์นั้นๆ ที่จะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ถือว่าเป็นการทำงานร่วมกันอย่างเสมอภาค ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เป็นผลให้บุคคลดูแลตนเอง และเรียนรู้ความหมายของสภาวะที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งนั้น คือ การดูแลที่เข้าถึงความรู้สึกของบุคคล มิได้เป็นเพียงการพบกันในช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่เป็นประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่มีความเกี่ยวข้องกับอดีต ปัจจุบันและอนาคต การดูแลที่เข้าถึงความรู้สึกจึงมีความหมายมากกว่าการพบกันในช่วงเวลา พยาบาลและผู้ป่วยสามารถเข้าถึงความรู้สึกและสัมผัสจิตใจซึ่งกันและกัน ที่เรียกว่า การดูแลที่เข้าถึงจิตใจของบุคคล (Transpersonal caring) ดังบทสัมภาษณ์ ข้างล่างที่สะท้อนกระบวนการ ภายในและภายนอก ( Internal and External Process) ที่สะท้อนพยาบาลและผู้ป่วยสามารถเข้าถึงความรู้สึกและสัมผัสจิตใจซึ่งกันและกัน

วัตถุประสงค์ที่ 4 *ศึกษาผลลัพธ์การใช้รูปแบบการปฏิบัติตัวที่ดีของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV ในการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก*

ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการปฏิบัติตัวที่ดีของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV ในการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ที่ได้รับการให้คำปรึกษา ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อจำนวน 50 ราย พบว่าไม่ติดเชื้อจำนวน 50 ราย ร้อยละ 100 สะท้อนถึงรูปแบบการปฏิบัติตัวที่ดี ซึ่งได้แก่ การรับประทานยาสม่ำเสมอ ตรงเวลา การมาพบแพทย์ตามนัด การได้รับความเห็นใจจากผู้เป็นสามี ความเอื้อเฟื้อจากครอบครัวและญาติพี่น้อง และโดยเฉพาะการใส่ดูแลตัวเองเป็นพิเศษ

อย่างไรก็ดี ผลลัพธ์ดังกล่าว จะเกิดขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรม จำเป็นต้องอาศัย การให้คำปรึกษาที่ดี มีประสิทธิภาพ จากฝ่ายผู้ให้บริการ ซึ่งหมายถึง ทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ่อ จังหวัดหนองคาย ที่พัฒนาระบบการให้บริการ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV ในการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกซึ่ง สอดคล้องกับ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวคิดที่ เกี่ยวข้องกับการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยาย อธิบาย ทำนาย หรือกำหนดวิธีการพยาบาล เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่รู้จักแพร่หลายในวิชาชีพพยาบาล ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่ สำคัญ ได้แก่ 1) ทฤษฎีดูแลตัวเอง (self – care theory) 2) ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (the theory of self-care deficit) 3) ทฤษฎีระบบพยาบาล (the theory of nursing system) (Orem, 2001 อ้างในทวีพร เตชะรัตนมณี, 2547)[9]

กล่าวโดยสรุป การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นความจำเป็นในชีวิตของบุคคลเพื่อดำรงรักษา

สุขภาพชีวิตการ พัฒนาการ และความเป็นปกติสุขของชีวิต (Well-being) และการพยาบาลเป็นการบริการเพื่อมนุษย์ ซึ่งกระทำโดยมีเจตนาที่จะช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลที่มีความ ต้องการที่ดำรงความมีสุขภาพดี ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ซึ่งเป็นแนวคิดที่ เกี่ยวข้องกับการพยาบาลโดยตรง และจากข้อค้นพบ ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการปฏิบัติตัวที่ดีของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV ในการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ในงานวิจัยนี้ ได้บรรลุเป้าหมาย ภายในกรอบเวลาที่กำหนด คือ น้อยกว่า ร้อยละ 1 ใน พ.ศ. 2573 ซึ่งโรงพยาบาลแห่งนี้ เป็น 1 เพียง 2 โรงพยาบาลระดับอำเภอ จากจำนวน 787 อำเภอในประเทศไทย ที่ได้ผ่านการตรวจมาตรฐาน “ การพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ” ( HA: Hospital Accreditation ) และตรวจรับรองมาตรฐานในระดับนานาชาติ JCI ( Joint Commission International ) เป็นองค์กรสากลจากประเทศสหรัฐอเมริกา ที่คอยตรวจสอบมาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งเป้าหมายสำคัญขององค์กร คือ การปรับปรุงการดูแลสุขภาพของโรงพยาบาลทั่วโลก[10]

**ข้อเสนอแนะ**

1. จากข้อค้นพบจากงานวิจัย ได้ปรากฏการพัฒนารูปแบบการจัดการทั้ง ภายใน ( Internal Process) ซึ่งหมายถึง การให้บริการอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ นอกจากการทำงานเป็นทีม และดำเนินการตามแผนนโยบาย เท่านั้นยังไม่พอ จากข้อมูลปรากฏได้มีกระบวนการ ภายนอก (External Process) ในที่นี้ หมายถึง ผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนครอบครัวและชุมชน ที่ให้ความร่วมมือ ติดต่อสื่อสาร ติดตาม การให้คำปรึกษา ใส่ใจดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าว จะเกิดขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรม จำเป็นต้องอาศัย การให้คำปรึกษาที่ดี มีประสิทธิภาพ จากฝ่ายผู้ให้บริการ ในที่นี้ หมายถึง ทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ่อ จังหวัดหนองคาย ที่พัฒนาระบบการให้บริการ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV ในการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก รวมถึงในส่วนผู้รับบริการ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

2. ในการพัฒนางานให้ดีขึ้นนั้นจะเห็นว่าพยาบาลวิชาชีพต้องใช้ทักษะที่จำเป็นหลายประการนอกจากจะต้องมีความรู้ทางการพยาบาลแล้วยังต้องมีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ บุคลิกภาพที่น่าเชื่อถือ มิตรสัมพันธ์ที่ดีกับทีมงาน รับรู้และเข้าใจความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ อีกทั้งยังต้องมีการบริการด้วยจิตวิญญาณ ดังนั้นการนำไปประยุกต์ใช้ จึงควรคำนึงถึงสิ่งเหล่านี้และ เพื่อให้บรรลุสู่เป้าหมายตามนโยบาย ภายในกรอบเวลาที่กำหนด คือ น้อยกว่า ร้อยละ 1 ใน พ.ศ. 2573 รูปแบบพัฒนาของงานวิจัยนี้จำเป็นต้องให้ความสำคัญใช้ทั้งกระบวนการจัดการทั้งภายในและภายนอก (Internal and External Process) ดังรายงานวิจัยนี้

3. เนื่องจากงานวิจัย อุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกและวิธีปฏิบัติตัวที่ดีในการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย นี้ได้ค้นพบรูปแบบพัฒนาที่แบ่งเป็น 2 ส่วนสำคัญที่เชื่อมโยงกันอย่างมีนัยะสำคัญ ได้แก่ทั้งกระบวนการจัดการทั้งภายในและภายนอก (Internal and External Process) ดังที่ผู้วิจัยได้อธิบายตามลำดับ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป จึงน่าจะศึกษาการนำรูปแบบที่ค้นพบนี้ไปประยุกต์ใช้ในระดับโรงพยาบาลอำเภอ ซึ่งมีที่ตั้งใกล้ไกลมากถึง 787 แห่งทั่งประเทศ ที่อาจะมีบริบทที่แตกต่างกัน โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบ PAR ซึ่งเป็นการทำวิจัยอย่างมีส่วนร่วม เพื่อค้นหากุญแจแห่งความสำเร็จ ( Key Success) ทั้งกระบวนการจัดการทั้งภายในและภายนอก (Internal and External Process) ในบริบทที่แตกต่าง ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยนี้จะมีประโยชน์

## เอกสารอ้างอิง

1. Usama Irshad, Heba Mahdy, and Tiffany Tonismae. (2023). HIV in Pregnancy.Retrieved on August 11, 2023 from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558972/
2. กรมควบคุมโรค. (2565). แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/ 2565. กระทรวงสาธารณสุข: กรมควบคุมโรค
3. HIV.gov. (2023). Preventing Perinatal Transmission of HIV. Retrieved on August 11, 2023 from https://www.hiv.gov/hiv-basics/hiv-prevention/reducing-mother-to-child-risk/preventing-mother-to-child-transmission-of-hiv/
4. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ. (2566). ทะเบียนการให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์. หนองคาย:โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ
5. บูรชัย ศิริมหาสาคร. (2548).การจัดการความรู้สู่องค์กรอัจฉริยะ BEST PRACTICE.สถาบันพัฒนาผู้บริหารการศึกษา.
6. ช่อผกา หนูรอด, จิรพงษ์ แสงทอง, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์และสมเกียรติยศ วรเดช. (2562). ความชุกของ การติด เชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดพัทลุง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 28 ฉบับเพิ่มเติม 1, กรกฎาคม - สิงหาคม 2562. S14- S22.
7. ภัทรวรรณ เลิศไชยพานนท์. (2564). อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในโรงพยาบาลบางสะพานใน รอบสิบปีที่ผ่านมา. วารสารแพทย์เขต 4-5. ปีที่ 40 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2564. หน้า 539-547.
8. จอนผะจง เพ็งจาด. (2553). การใช้ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของของวัตสันในการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. วารสารสภากาชาดไทย. ปีที่ 3 ฉ.1-3 ม.ค.-ธ.ค.53. หน้า 4-5.
9. ทวีพร เตชะรัตนมณี. (2547). ความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเองและการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดภูเก็ต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
10. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2567 จาก http://www.thabohospital.com/thabo/content_id_99.html

# ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของประชาชนแขวงอัตตะปือสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

# Association between Health Belief and Dengue Hemorrhagic Fever Prevention Behavior among People in The Attapue Province of Laos People's Democratic Republic

(Received: March 31,2024 ; Revised: April 12,2024 ; Accepted: April 26,2024)

**Khamphet Vonglorkha[1] นิยม จันทร์นวล[2]**
**Niyom Channuan[2]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก เก็บรวบรวมข้อมูลกับประชาชนแขวงอัตตะปือ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว จำนวน 558 คน โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติคาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธแบบเพียรสัน (Pearson Product–Moment Correlation Coefficient)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกระดับปานกลาง (Mean= 3.65, SD= 0.27) พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกระดับปานกลาง (Mean= 2.82, SD= 0.61) และความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.365, p-value <0.001)

**คำสำคัญ:** ความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก, ประชาชนลาว

**Abstract**

This cross-sectional survey research aimed to study the health belief with dengue prevention, the behavior of dengue prevention and the association between health belief with dengue prevention. Respondents 588 was collected from the people in Attapue province, Laos PDR by questionnair. The data were analyzed using descriptive statistics, percentage, mean, maximum, minimum, standard deviation and Pearson's Correlation Coefficient

The result showed that respondents had a moderate level of health belief in dengue fever prevention (Mean= 3.65, SD= 0.27), behavior to prevent dengue fever at a moderate (Mean= 2.82, SD= 0.61) health beliefs in dengue fever prevention were positively associated to dengue fever prevention behaviors with statistical significance (r=0.365, p-value <0.001).

**Keywords:** Health belief, Dengue fever behavior prevention, Lao's people

## บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever) เป็นโรคติดเชื้อที่เกิดจากไวรัสเดงกี (Dengue virus) มียุงลาย (Aedes aegypti) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ แพร่กระจายอยู่ในประเทศเขตร้อนมานานกว่า 200 ปี ปัจจุบันเป็นโรคประจำถิ่นทั้งในประเทศเขตร้อนและกึ่งเขตร้อน เป็นปัญหาสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) คาดคะเนว่าในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อไวรัสเดงกี ประมาณ 50 ล้านคน[32]

[1] ส.ม., นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
[2] ส.ด., ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยแพทยศาสตรและการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ผู้รับผิดชอบบทความ: niyom.j@ubu.ac.th

จากการรายงานศูนย์วิเคราะห์และระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข สปป.ลาว ในระยะ 5 ปีย้อนหลัง พ.ศ.2561 พ.ศ.2652 พ.ศ.2563 พ.ศ. 2564 และ พ.ศ.2565 พบอัตราผู้ป่วยต่อ 100,000 ประชากร จำนวน 91 ราย 543 ราย 114 ราย 23 และ 438 ราย ตามลำดับ ซึ่งปี พ.ศ.2566 ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนกันยายน พบการรายงานผู้ป่วยแล้ว 26,991 ราย คิดเป็น 357 ราย ต่อ 100,000 ประชากร มีอัตราป่วยตายใน 5 ปีย้อนหลัง พ.ศ.2561 พ.ศ.2652 พ.ศ.2563 พ.ศ.2564 และ พ.ศ.2565 อัตราป่วยตายต่อจากโรไข้เลือดออกต่อ 10,000 ประชากรจำนวน 30 ราย 20 ราย 16 ราย 0 ราย และ 8 ราย ตามลำดับ โดยเขตนครหลวงเวียงจันทร์พบผู้ป่วยมากที่สุด ตามด้วยแขวงหลวงน้ำทา และแขวงอัตตะปือ ปี พ.ศ.2566 ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนกันยายน พบผู้ป่วยไข้เลือดออกแล้ว 26,991 ราย เสียชีวิต 16 ราย พบผู้ป่วยมากที่สุดในแขวงอุดมไซ แขวงคำม่วน นครหลวงเวียงจันทร์ แขวงหลวงพระบาง แขวงสะหวันนะเขต และแขวงไชยะบุรี จำนวน 4,949 ราย 3,585 ราย 3,541 ราย 2,943 และ 2,877 ราย ตามลำดับ[13] แขวงอัตตะปือก็เป็นแขวงหนึ่งที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงเป็นอันดับต้นๆของประเทศ จากสถิติผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา พ.ศ.2561 พ.ศ. 2652 พ.ศ.2563 พ.ศ.2564 และ พ.ศ.2565 พบผู้ป่วยไข้เลือดออกต่อ 100,000 ประชากรจำนวน 825 ราย 1101 ราย 219 ราย 36 ราย และ 1022 ราย ตามลำดับ อัตราป่วยตายต่อ 10,000 ประชากร จำนวน 0.78 ราย 1.13 ราย 0 ราย 0 ราย และ 3.67 ราย ตามลำดับ สำหรับปี พ.ศ. 2566 ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนกันยายน พบการรายงานผู้ป่วยแล้ว 765 ราย คิดเป็น 479 ราย ต่อ 100,000 ประชากร[1]

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพของตน เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ[9] ซึ่ง Becker[19] ได้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) โดยกล่าวถึงสิ่งจูงใจที่เป็นปัจจัยให้บุคคลปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของบุคคล ถ้าบุคคลนั้นรับรู้หรือเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื่อว่าโรคมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตต่อครอบครัวหรือต่อสังคมตนเองก็จะเกิดแรงผลักดันให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น นอกจากนี้ยังมีสิ่งชักนำและปัจจัยร่วมที่มีอิทธิพลทั้งด้านบวกและด้านลบต่อการรับรู้ของบุคคล เช่น ปัจจัยด้านเพศ วุฒิการศึกษา หรือสภาพแวดล้อมทางสังคม เป็นต้น และปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปในการปฏิบัติของบุคคล คือ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค โดยบุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมต้องมีความเชื่อและเปรียบเทียบว่าสิ่งนั้นก่อผลดี ลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงได้ หรือสิ่งที่จะกระทำนั้นก่อให้เกิดความไม่สะดวกที่เป็นอุปสรรคขัดขวางมากกว่ากัน โดยถ้าบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์มากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติ แต่ถ้ารับรู้ถึงอุปสรรคมากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น[16]

จากการกล่าวในข้างต้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่นำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาใช้ในการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนแขวงอัตตะปือ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว โดยคาดว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับหน่วยงานสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนได้ ใช้เป็นกรอบและแนวทางในการดำเนินป้องกันไข้เลือดออกให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ดีและถูกต้อง

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกัน

โรคไข้เลือดออกของประชาชนแขวงอัตตะปือ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนแขวงอัตตะปือ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

**วิธีดำเนินการศึกษา**

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) ศึกษาระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนสัญชาติลาวที่อาศัยในแขวงอัตตะปือ อายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 101,513 คน[14]

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนสัญชาติลาวที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในแขวงอัตตะปือ จำนวน 558 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยใช้โปรแกรม G*Power กำหนด Effect size = 0.14[12], Power = 0.90[22] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 558 คน ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดย1)ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยสุ่มบ้าน(ตำบล) ตัวแทนเมืองละ 1 บ้าน (สำหรับเมืองที่มีอัตราป่วยต่ำกว่าร้อยละ 25 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด) และเมืองละ 2 บ้าน (ตำบล) (สำหรับเมืองที่มีอัตราป่วยร้อยละ 25 ขึ้นไป ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด) 2) ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ในแต่ละบ้านที่ผ่านการสุ่มแบบกลุ่มแล้ว (Cluster random sampling)

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

ส่วนที่1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่2 ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) จำนวน 7 ด้าน ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของในการป้องกันโรค สิ่งชักนำในการป้องกันโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรค และปัจจัยร่วมในการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก รวมทั้งหมด 43 ข้อ แปลผลเป็น 3 ระดับ[20] คือ ดี (3.67 – 5.00 คะแนน) ปานกลาง (2.34 – 3.66 คะแนน) ต่ำ (1.00 – 2.33 คะแนน)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 21 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนมี 4 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน) ถึงไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) แปลผลเป็น 3 ระดับ[20] คือ คือ ดี (3.01 – 4.00 คะแนน) ปานกลาง (2.01 – 3.00 คะแนน) ปรับปรุง (1.00 – 2.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ของข้อคำถามทุกข้อตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนในแขวงเซกองจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นเชิงความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ผลการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.85 และ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.85

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1.สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องโรคไข้เลือดออก ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

**จริยธรรมการวิจัย**

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU–REC–03/2567 และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เลขที่ 646/คจค

**ผลการวิจัย**

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า เพศชายร้อยละ 54.1 กลุ่มอายุเฉลี่ย 36 ปี (Max= 82, Min=16) จบชั้นประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 37.3 อาชีพเกษตรกรรมมากที่สุดร้อยละ 70.6 รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 1,743,818 กีบ (Max= 12,000,000, Min=0.00) ในระยะ 1 ปีผ่านมาเคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกร้อยละ 14.9

2. ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 3.65, SD= 0.27) รายด้าน พบว่า ระดับดี ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Mean= 3.97, SD= 0.37) การรับรู้ประโยชน์ (Mean= 3.67, SD= 0.43) สิ่งชักนำในการป้องกันโรค (Mean= 4.06, SD= 0.45) แรงจูงใจ (Mean= 3.97, SD= 0.50) และปัจจัยร่วม (Mean= 4.02, SD= 0.53) ส่วนการรับรู้ความรุนแรง (Mean= 3.39, SD= 0.40) การรับรู้อุปสรรค (Mean= 3.0.4, SD= 0.48) อยู่ระดับปานกลาง

3. พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 2.82, SD= 0.61) ซึ่งข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การแนะนำสมาชิกในครอบครัวให้ช่วยทำความสะอาด ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย (Mean= 3.24, SD= 0.93) สวมเสื้อผ้าให้มิดชิดเมื่อทำกิจกรรมนอกบ้าน (Mean= 3.12, SD= 0.92) และ ปิดภาชนะเก็บน้ำด้วยผ้า ตาข่ายไนล่อน ปิดฝาโอ่ง (Mean= 3.10, SD= 0.88) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 2 อันดับ คือ การเติมเกลือแกง น้ำส้มสายชูในจานรองคู้กับข้าว (Mean= 2.28, SD= 0.91) และพ่นสารเคมีภายในและนอกบ้าน เมื่อเห็นว่ามียุงมาก (Mean= 2.56, SD= 1.00)

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r=0.365 p<0.001) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r=0.229 p<0.001) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r=0.113 p=0.008) การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ(r=0.350 p<0.001) การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r=0.329 p<0.001) สิ่งชักนำในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r=0.135 p=0.001) แรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r=0.172 p<0.001) และปัจจัยร่วมอื่นๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r= 0.176 p<0.001) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ Pearson correlation coefficient

| ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก | พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก | | | |
|---|---|---|---|---|
| | r | 95%CI | P-value | ระดับความสัมพันธ์[25] |
| 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค | 0.229 | 0.16, 029 | <0.001* | ระดับต่ำมาก |
| 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค | 0.113 | 0.03, 0.18 | 0.008* | ระดับต่ำมาก |
| 3. การรับรู้ประโยชน์ | 0.350 | 0.27, 0.41 | <0.001* | ระดับต่ำ |
| 4. การรับรู้อุปสรรค | 0.329 | 0.24, 0.40 | <0.001* | ระดับต่ำ |
| 5. สิ่งชักนำในการป้องกันโรค | 0.135 | 0.04, 0.21 | 0.001* | ระดับต่ำมาก |
| 6. แรงจูงใจด้านสุขภาพ | 0.172 | 0.08, 0.24 | <0.001* | ระดับต่ำมาก |

**ตารางที่ 1** ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ Pearson correlation coefficient

| ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก | พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก | | | |
|---|---|---|---|---|
| | r | 95%CI | P-value | ระดับความสัมพันธ์[25] |
| 7. ปัจจัยร่วมอื่นๆ | 0.176 | 0.07, 0.24 | <0.001* | ระดับต่ำมาก |
| โดยรวม | 0.365 | 0.29, 0.44 | <0.001* | ระดับต่ำ |

*มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ<0.05

**สรุปและอภิปรายผล**

1.ความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ประชาชนแขวงอัตตะปือมีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในระดับปานกลางร้อยละ (Mean= 3.65, SD= 0.27) ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบงานวิจัยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกใน สปป.ลาว แต่พบงานวิจัยในหลายๆ ประเทศในภูมิภาคเดียวกันที่ได้ผลการศึกษาต่างออกไป การศึกษาวิจัยในประเทศอินโดนีเซีย[17,18] การศึกษาในประเทศมาเลเซีย[30] การศึกษาในประเทศไทย[3,11] ซึ่งส่วนใหญ่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในระดับสูง ทั้งนี้อาจมีหลายสาเหตุที่ส่งผลให้ประชาชนแขวงอัตตะปือมีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแตกต่างไปจากหลายๆงานวิจัย อาจเป็นเพราะความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุขยังไม่เพียงพอในบริบทที่เฉพาะเจาะจง การให้ข้อมูลด้านสุขภาพของหน่วยงานสาธารณสุขยังไม่ดีและครอบคลุมเท่าที่ควร ประชาชนขาดความเอาใจใส่ต่อการดูแลสุขภาพ ให้ความสนใจไฝ่เรียนรู้วิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออกน้อย ประชาชนไม่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชน ทำให้เสียโอกาสที่จะรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกได้ หรืออาจเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษาของประชาชนแขวงอัตตะปือที่อยู่เกณฑ์ที่ต่ำ โดยจากผลการศึกษาพบว่าประชาชนแขวงอัตตะปือจบการศึกษาระดับชั้นประถมมากที่สุด ซึ่งอาจเป็นเหตุให้ความสามารถรับและเข้าใจข้อมูลต่างๆ ได้ไม่ดี เนื่องจากทักษะในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพทำได้ยาก อีกทั้งแขวงอัตตะปือยังมีความหลากหลายของเผ่าชน ชนเผ่าเหล่านั้นล้วนมีวิถีชีวิต ความคิด วัฒนธรรมต่างกัน มีภาษาที่ใช้สื่อสารเป็นของเผ่า ทำให้การสื่อสารและรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกทำได้ยากขึ้น อีกทั้งปัจจุบัน สปป.ลาว เผชิญปัญหาเงินเฟ้ออย่างหนัก ประชาชนต้องทำงานมากขึ้นเพื่อรับมือกับค่าครองชีพสูง ประชาชนที่ประกอบอาชีพชาวนา ชาวสวนได้ย้ายครัวเรือนไปใช้ชีวิตตามไร่นาในช่วงทำการผลิตเป็นเวลานานยิ่งทำให้ห่างจากการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกมาขึ้น ทำให้ระยะเวลาในการดูแลตนเองและครอบครัวน้อยลง นำมาสู่การให้ความสำคัญด้านสุขภาพโดยปริยายโดยเฉพาะความสำคัญในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนแขวงอัตตะปืออยู่ในระดับควรปรับปรุง สอดคล้องกับการศึกษาในอินโดนีเซีย[17,27] การศึกษาในบังกลาเทศ[24,31]การศึกษาในประเทศไทย[8,10,15] และการศึกษาในประเทศเนปาล[29] ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ระดับควรปรับปรุง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ทำเป็นกิจวัตรประจำ และต้องวินัยในการดำรงชีพของทุกคน ซึ่งประชาชนที่อาศัยในโซนเขตร้อนที่กล่าวมา ล้วนเป็นประเทศกำลังพัฒนาและด้อยพัฒนา ซึ่งประชาชนประกอบอาชีพใช้แรงงานเป็นส่วนใหญ่ มีรายได้ไม่คงที่ และไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ บางกลุ่มอาจมีภาระมากที่ต้องรับผิดชอบ เช่น การงาน ภาระครอบครัว หรือแม้กระทั่งอาจประสบ

ปัญหาสุขภาพอยู่ ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลบ้าน ดูแลสุขภาพ ไม่อาจทำความสะอาดบ้านเรือนที่ครอบคลุมได้ รวมถึงไม่มีความประสงค์ หรือไม่สะดวกที่จะเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายของชุมชน และหน่วยงานสาธารณสุข และผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับในการศึกษาใน สปป.ลาว[21] เขตตัวเมืองของ การศึกษาในประเทศไทย[11] ในประเทศมาเลเซีย[24] ทั้งนี้อาจเป็นเพราะประชาชนในนครหลวงเวียงจันทร์ ประเทศไทยและมาเลเซียอาศัยอยู่เขตชุมชนเมือง ประชาชนจบการศึกษาระดับสูงมาก มีความสามารถในรับรู้ ข้อมูลข่าวสารและสามารถสื่อสารกันได้ง่าย อาจเพราะสังคมเมืองบีบบังคับให้ผู้คนต้องมีวินัยรักษาความสะอาด การปฏิบัติตนให้ห่างจากโรคไข้เลือดออกจึงมีมากกว่า อีกทั้งอาจเป็นเพราะระบบสุขภาพในเจตเมืองมีความเข้มแข็งและทันสมัย ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลการป้องกันโรคได้สะดวกและรวดเร็ว ทั้งนี้หากมองถึงปัญหาที่ประชาชนแขวงอัตตะปือให้ความสำคัญในการป้องกันโรคไข้เลือดออกน้อยที่สุด คือ การเติมเกือแกง น้ำส้มสายชูลงในจานรองตู้กับข้าว ไม่เลี้ยงปลาหางนกยุงไว้ในบ่อบัวหรืออ่างดอกไม้บริเวณบ้าน และเข้าร่วมกิจกรรมกำจัดลูกน้ำยุงของชุมชนน้อย การกระทำสิ่งใดหนึ่งเพื่อให้สามารถป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกจำเป็นต้องกระทำอย่างครอบคลุมและสม่ำเสมอ สอดคล้องกับณัฐยา สุนัติ[2] ที่กล่าวว่า การปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตหรือเป็นสิ่งที่ทำแล้วทำให้เสียเวลา ไม่เกิดประโยชน์

3. ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศบังกาลเทศ[31] การศึกษาในประเทศอินโดนีเซีย[17] การศึกษาในประเทศไทย[5,16] โดยพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ทั้งนี้ ความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่จะกระทำการสิ่งใดตามบุคคลนั้นปรารถนาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีต่อสุขภาพของตน บุคคลนั้นจะต้องรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการกระทำนั้น หากความเชื่อเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ระดับมาก พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกก็จะดีตามไปด้วย เมื่อประชาชนแขวงอัตตะปือมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรง รับรู้ถึงประโยชน์ และรับรู้อุปสรรคของโรคไข้เลือดออก ก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกตามมา และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกยังเกี่ยวข้องกับสิ่งชักนำให้ป้องกันโรคไข้เลือดออก แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วม ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอาจถือเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน หากประชาชนมีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับมากพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกก็จะดี ในทางตรงข้ามหากไม่มีความเชื่อด้านสุขภาพหรือมีการรับรู้ระดับต่ำก็จะทำให้พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกแย่ลงด้วย จึงกล่าวได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้และถือเป็นตัวกำหนดด้านพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนแขวงอัตตะปือ ความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย[4] และการศึกษาในมาเลเซีย[28] ทั้งนี้อาจเพราะพื้นที่แขวงอัตตะปือมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกเป็นประจำ สภาพอากาศร้อนอบเอ้า มีฝนเป็นช่วงๆ มีน้ำขังตามเศษขยะพลาสติกที่เกิดจากชุมชนจัดการได้ไม่ดี ทั้งตามบ้านเรือน และสถานที่สาธารณะทำให้เป็นที่วางไข่ของยุงลาย ประชาชนมากว่าครึ่งเก็บน้ำไว้ด้วยภาชนะที่ไม่มีฝาปิด ด้วยสภาพแวดล้อมเช่นนี้ ทำให้ประชาชนตระหนักและรับรู้ว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกได้ หากถูกยุงลายมีเชื้อไวรัสกัด ไม่นอนในมุ้ง เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ตนจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกสูง การรับรู้โอกาส

เสี่ยงต่อการเกิดโรคถือเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่น ทีจะส่งผลต่อประชาชนเกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ ประชาชนที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกและภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ประชาชนจึงเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีและตระหนักถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพให้มากยิ่งขึ้นและปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันไข้เลือดออก สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินโดนีเซีย[23] และประเทศไทย[6] ทั้งนี้อาจเป็นเพราะประชาชนแขวงอัตตะปือตระหนักถึงความรุนแรงหากตนจะเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก รับรู้ว่าโรคไข้เลือดออกทำให้ตับ ไตวายได้ เสี่ยงเกิดภาวะเลือดไหลในกระเพาะอาหาร โดยเฉพาะประชาชนที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคไต โรคเลือด โรคหัวใจ ยิ่งมีความระมัดระวัง และหันมาให้ความสำคัญในปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกมากขึ้น

การรับรู้ถึงประโยชน์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันไข้เลือดออก สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทย[7] และประเทศอินโอเนเซีย[17] ทั้งนี้ประชาชนอาจให้ความสำคัญถึงผลลัพธ์และคาดหวังจากพฤติกรรมที่ตนเองได้ปฏิบัติหรือกระทำสิ่งต่างๆเพื่อให้ได้มากซึ่งความปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก กล่าวคือตนต้องการที่จะปลอดภัย และห่างไกลจากโรคไข้เลือดออก จึงเลือกเลือกปฏิบัติเพื่อกำจัดยุงและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และเฝ้าระวังสมาชิกในครอบครัวเป็นพิเศษในช่วงฤดูฝนซึ่งเป็นระยะที่เสี่ยงเกิดระบาดของโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันไข้เลือดออก สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินโอเนเซีย[17]อาจเป็นเพราะประชาชนรับรู้ว่าสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิต ปัญหาต่างๆขัดขวางต่อการกระทำใดๆเพื่อให้ได้มาสุขภาพที่ดี และปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออกนั้น ประชาชนจะมีความสามารถรับมือและเสียสละแลกได้ เช่น การเติมเกลือลงในถาดรองขาตู้กับข้าวไม่ถือเป็นการสิ้นเปลือง หรือการจัดซื้ออุปกรณ์ที่ใช้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่คิดว่าเสียเงินเพิ่มแต่อย่างใด

สิ่งชักนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันไข้เลือดออก จากการทบทวนวรรณกรรรมยังพบการศึกษาถึงปัจจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำมาศึกษาเพราะมองว่าปัจจัยนี้จะเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ทั้งนี้ประชาชนอาจได้พบกับปัญหานั้น โดยตรงและจำเป็นต้องปฏิบัติเพื่อให้ตนสามารถป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ เช่น เมื่อรู้สึกไม่สบายจะไปพบแพทย์ทันทีเพราะต้องการให้ตนปลอดภัยที่สุด เมื่อสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จึงทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และทำความสะอาดบ้านเรือนเมื่อรู้ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะลงสำรวจลูกน้ำยุงลายบริเวณบ้านของตน สิ่งดังกล่าวจึงเป็นตัวชักนำและกระตุ้นให้ประชาชนแขวงอัตตะปือให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกดีขึ้น

แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันไข้เลือดออก ทั้งนี้อาจเพราะประชาชนแขวงอัตตะปือต้องการที่จะมีสุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย[6,11] ทั้งนี้อาจเพราะประชาชนเป็นกลุ่มวัยที่เริ่มมีความมั่นคงในชีวิต มีงานทำเป็นประจำ ไม่กังวลเกี่ยวกับอนาคตเหมือนกับนักเรียน ประชาชนอาจมุ่งปราถนาและกระทำสิ่งต่างๆ เพื่อให้ตนห่างไกลจากโรคติดต่อ และให้มีสุขภาพกายที่แข็งแรง อีกทั้งประชาชนอาจมีแรงจูงใจและปัจจัยร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมาจากตนมีบุตรหลาน การได้รับคำแนะนำและกำลังใจจากญาติ เพื่อนบ้าน สมาชิกในครอบครัว หน่วยงานสาธารณสุข รวมแรงจูงใจจากนโยบายของภาครัฐในการรักษาพยาบาลฟรี

**ข้อเสนอแนะ**

1. ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก หน่วยงานสาธารณสุขจึงควรให้ความสำคัญและสร้างความตระหนักรู้ให้แก่ประชาชนโดยการจัดกิจกรรมอบรม ส่งเสริมให้ความรู้ และรณรงค์ให้มีความเชื่อที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพจากการพฤติกรรมของประชาชน

2. ควรศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน

## เอกสารอ้างอิง

1. แขนงระบาดวิทยา, แผนกสาธารณสุขแขวงอัตตะปือ, 2023
2. ณัฐยา สุนัติ และคณะ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564; 6:53-67
3. ดอกแก้ว ตามเดช และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลป่าแฝก อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 2564; 10(2):97-107
4. ธนันญา เส้งคุ่ย. ปัจจัยที่มีความสำคัญกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลท่าช้าง อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา. มหาวิทยาลัยทักษิณ, 2565
5. นภารัตน์ อู่เงิน. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ ตาบลป่ากลาง อาเภอปัว จังหวัดน่าน. มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2564
6. นรินทร์ กระจายกลาง. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนรัฐในอาเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. มหาวิทยาลัยบูรพา, 2559
7. บุญประจักษ์ จันทร์วิน. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 2564; 7(4):72-72
8. พิชยารัตน์ จันทร์เพ็ญ และคณะ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร. Journal of The Royal Thai Army Nurses, 2565,23(2): 78-87
9. คม ยิบประดิษฐ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข, 2567 2(1):1-14
10. วันทนา ขยันการนาวี. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่แนวป่าห้วยขาช้าง อำเภแลนสัก จังหวัดอุทัยธานี. มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2563,14(2)
11. วีรพงษ์ ชมภูมิ่ง. การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของประชาชนในอำเภอสอง จังหวัดแพร่. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก, 2562, 6(3):3 48-60
12. ศิรินันท์ คำสี. ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลปากน้ำ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2561, 25(2):1-11.
13. ศูนย์วิเคราะห์ และระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว, 2023
14. ศูนย์สถิติแขวง แขนงแผนการและการลงทุน แผนกสาธารณสุขแขวงอัตตะปือ. กระทรวงสาธารณสุข สปป.ลาว, 2023
15. อมลรดา รงค์ทอง และสุพัฒนา คำสอน. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานีวารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 2561; 13(1):147-158
16. อำภรพรรณ ข้ามสาม. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2558
17. Alidha Nur Rakhmani et al. Factors associated with dengue prevention behaviour in Lowokwaru, Malang, Indonesia: a cross-sectional study. BMC Public Health, 2018;193:110509

18. Ayuna Lintangsari. The Relationship between Perception of Dengue Hemorrhagic Fever and Prevention Behaviour in Sorogenen 2 Purwomartani Kalasan Sleman Yogyakarta. Ahmad Dahlan International Conference Series on Pharmacy and Health Science (ADICS-PHS 2019), 2019; 11:85-90
19. Becker, M.H.(1974). The health belief model and sick role behavior. Health Education Monographs, 2(4), 409-419.
20. Best, B.S. (1981) Handbook on Formative and Summative Evaluation of Study of Learning. New York: David Mackay,
21. Chanthaly Sayavong and et al. Knowledge, attitudes and preventive behaviors related to dengue vector breeding control measures among adults in communities of Vientiane, capital of the Lao PDR. Journal of Infection and Public Health, 2015, 8(5): 466-473
22. Cohen, J. (1977). Statistical power for the behavioral sciences (2nd ed). New York: Academic Press.
23. Devi Octaviana. Community Perception to Risk of Dengue Infection and Treatment Seeking Behaviour. Annals of Tropical Medicine and Public Health, 2019,22: 75-80
24. Dina Nurfarahin Mashudi. Level of dengue preventive practices and associated factors in a Malaysian residential area during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. PLoS ONE. 2022,17(4)
25. Hinkle, D.E, William, W. and Stephen G. J. (1998). Applied Statistics for the Behavior Sciences. 4thed. New York : Houghton Mifflin.
26. Imam Hossain and et al. Knowledge, awareness and preventive practices of dengue outbreak in Bangladesh: A countrywide study. PLOS ONE, 2021, 16(6): e0252852
27. Iskandar Arfan, Ayu Rizky, Andri Dwi Hernawan. Factors associated with dengue fever prevention practices in endemic areas. International Journal of Public Health Science, 2022, 11(4):1184-1189
28. Josephine Rebecca Chandren et al. Practices of Dengue Fever Prevention and the Associated Factors among the Orang Asli in Peninsular Malaysia. PLOS Neglected Tropical Diseases, 2015,9(8): e0003954
29. Parbati Phuyal. The knowledge, attitude and practice of community people on dengue fever in Central Nepal: a cross-sectional study. BMC Infectious Diseases, 2022,22(1)
30. Sami Abdo Radman Al-Dubai. Factors Affecting Dengue Fever Knowledge, Attitudes and Practices Among Selected Urban, Semi-urban and Rural Communities in Malaysia. Southeast Asian J Trop Med Public Health, 2013
31. Tanvir Abir. Use of the Health Belief Model for the Assessment of Public Knowledge and Household Preventive Practices In Dhaka, Bangladesh, A Dengue-endemic city. Xi'an Jianzhu Keji Daxue Xuebao/Journal of Xi'an University of Architecture & Technology, 2020, 12: 2800-2815
32. World Health Organization (WHO). Dengue Situation, [Internet]. 2023 [cited 2023 August 03]. Available from: https://www.who.int/southeastasia/health-topics/dengue-and-severe-dengue

# การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงร่วมกับมีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด: กรณีศึกษา

# Nursing care of severe head injury patient with pneumothorax: case study

(Received: April 1,2024 ; Revised: April 7,2024 ; Accepted: April 8,2024)

**พรเพ็ญ จั่นแก้ว**[1]
**Pornpen Junkaew**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงร่วมกับมีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด โดยศึกษาในผู้ป่วยชาย อายุ 61 ปี มีประวัติประสบอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์กับรถกระบะ สลบไปชั่วครู่หลังจากฟื้นไม่รู้สึกตัว สับสน กระสับกระส่าย จากการศึกษาพบว่า การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การลดระดับความดันโลหิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และลดความดันในกะโหลกศีรษะ การลดปริมาณลมในช่องเยื่อหุ้มปอดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซและการขยายตัวของปอด การลดความวิตกกังวลของญาติ

**คำสำคัญ**: บาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง, ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด

**Abstract**

This study is a case study. The objective was to study the nursing care of severe head injury patients with Pneumothorax. This patient is a 61-years-old man with the present illness of a motorcycle accident and colliding with a pickup truck and passing out then after recovering he was unconscious, confused, and restless. This study found that important nursing care includes reducing blood pressure levels and preventing complications from high blood pressure, preventing complications from increased intracranial pressure and decreased intracranial pressure, reducing the air volume in the pleural space to optimize gas exchange and lung expansion, reducing anxiety of relative.

**Keywords:** severe head injury, pneumothorax

## บทนำ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head injury) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการที่สำคัญที่สุดของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกชนิดทั่วโลก โดยพบว่าในแต่ละปีมีผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ เกิดความพิการอย่างถาวร 80,000 ถึง 90,000 คน เสียชีวิต 50,000 คน[1] ประเทศไทยมีอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร สูงเป็นอันดับ 9 ของโลกและอันดับ1ในเอเชีย มีผู้เสียชีวิต 22,491คนต่อปี เฉลี่ย 60 คนต่อวัน[2] โดยพบการบาดเจ็บที่ศีรษะมากที่สุดร้อยละ 30 และการบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงจะมีอัตราตายสูง ร้อยละ 29[3] ซึ่งข้อมูลภาพรวมของประเทศยังไม่พบการจำแนกเป็นบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างเดียวหรือมีการบาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วมด้วย มีเพียงการศึกษาในบางพื้นที่เท่านั้น ที่พบในจำนวนนี้มีผู้บาดเจ็บที่ศีรษะอย่างเดียวร้อยละ 51.9 และบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับอวัยวะอื่นๆร้อยละ 42.2[4] ซึ่งชั่วโมงทอง (Golden hour) ในการประเมินสภาพผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อค้นหาภาวะคุกคามของชีวิตและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง หลังเกิดการบาดเจ็บ มีระยะเวลาเพียง 2 ถึง 3 ชั่วโมงเท่านั้น ซึ่งผู้บาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงและได้รับการช่วยชีวิตภายใน 3 ชั่วโมงแรกอย่างเหมาะสม รวดเร็วและทันเวลา จะมีอัตรารอดชีวิตถึงร้อยละ 35 ในปัจจุบันแม้จะมีความเจริญก้าวหน้าด้านการแพทย์ที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรอดชีวิตได้มากขึ้นแต่ ผู้บาดเจ็บศีรษะยังเป็นภาวะฉุกเฉิน

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

เร่งด่วนที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเกิดการบาดเจ็บศีรษะโดยพยาธิสภาพจะรบกวนการไหลเวียนหลอดเลือดสมอง ทำให้สมองขาดออกซิเจน และเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือความพิการตามมา[5] ซึ่งการบาดเจ็บศีรษะที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจรมักมีการบาดเจ็บของระบบอื่นในร่างกายร่วมด้วย ทำให้อาการของผู้ป่วยรุนแรงขึ้น เช่น บาดเจ็บทรวงอก และบาดเจ็บช่องท้อง ดังนั้นการดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงถือเป็นชั่วโมงทอง ที่ต้องประเมิน ค้นหาปัญหา และตัดสินใจในการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอนและเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต และรอดชีวิต ไม่เกิดความพิการหรือเกิดความพิการน้อยที่สุด

จากสถิติของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ในปี พ.ศ. 2563 –2565 พบมีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 3,160. , 2,604 และ 2,499 ราย ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง ร้อยละ 12.18, 19.05, 26.77 ตามลำดับ เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก ทั้งหมด 58 ราย ซึ่งผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีการบาดเจ็บของระบบอื่นร่วมด้วย[6] จากข้อมูลความสำคัญ และสถิติจำนวนผู้ป่วยและอัตราการเสียชีวิตดังกล่าว ผู้ศึกษาในฐานะเป็นพยาบาลปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงมีความสนใจศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและมีบาดเจ็บที่อวัยวะอื่นร่วมด้วยเป็นกรณีศึกษา โดยเลือกศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงและมีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดจำนวน 1 ราย ตั้งแต่การประเมิน การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนการประเมินผลทางการพยาบาล โดยผลของการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ได้ความรู้เพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนาระบบการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ระยะฉุกเฉินต่อไป

.

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงและมีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด

**วิธีการศึกษา**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงร่วมกับมีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด

**ผลการศึกษา**

**สรุปกรณีศึกษา**

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 61 ปี ประสบอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ชนกับรถกระบะ ตัวกระเด็นไปชนกับรถเก๋ง สลบไปชั่วครู่ Advance จากโรงพยาบาลขุมชนนำส่ง แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ร้องครางดิ้นไปมา ไม่ทำตามคำสั่ง GCS 10 คะแนน ($E_3V_2M_5$) pupil Ø 2 mm RTL BE แขนขาทั้ง 2 ข้างยกขยับได้กำลังกล้ามเนื้อเกรด 5 BP = 162/120 mmHg, PR = 116 beat/min, RR = 20 beat/min, T= 36.3 °C หูข้างขวาบวม และมีเลือดออกจากหู มีแผลฉีกขาดที่ศีรษะด้านซ้าย แผลถลอกตามตัว รอยเขียวช้ำที่หน้าอกและหน้าท้องด้านขวา และเท้าขวาบวม มีแผลฉีกขาดที่ส้นเท้า ใส่ Philadelphia collar ไว้ ทำ Ultrasound FAST abdomen ผล negative เปิดเส้นเลือดและให้ 0.9 % NSS 1,000 ml Ⓥ drip rate 100 ml/hr ตามแผนการรักษา ส่งตรวจเลือดตาม guideline ทำ Portable CXR พบมี multiple fracture right rib 2nd ,3rd, 6th, 8th, 10th และ right Pneumothorax ส่ง CT scan brain และ CT C-spine พบมี Subdural hemorrhage (SDH), Subarachnoid hemorrhage (SAH), Mid line shift to the right 0.3 cms ไม่พบ dislocate หรือ fracture แพทย์ให้การวินิจฉัยโรค Head injury , acute traumatic subdural hemorrhage and subarachnoid hemorrhage, multiple right rib fracture with pneumothorax, right clavicle fracture, right big toe fracture หลังจากทำ CT scan พบ GCS ลดลง = 2T ($E_1V_TM_1$) ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ และปรึกษาศัลยแพทย์ระบบประสาท ให้การรักษาด้วย Transamine 1 gm + NSS 100 ml Ⓥ

drip q 6 hr ปรึกษาศัลยแพทย์ทั่วไป ทำ right ICD ต่อแบบ 1 ขวด มี content เป็นลม Suture แผลฉีกขาดที่ศีรษะด้านซ้าย ส้นเท้าขวา และให้ Cefazolin 1 gm Ⓥ q 6 hr ใส่ NG tube with bag มี content เป็น coffee ground ปนเลือดเล็กน้อย retained foley's catheter urine สีเหลืองใส ปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมกระดูก ให้ใส่ splint ที่ right big toe ไว้ และใส่ right arm sling ต่อมาผู้ป่วย BP สูงขึ้น = 232/150 mmHg ได้รับ Propofol 10 ml Ⓥ และ Labetalol (1:1) Ⓥ drip 10 ml/hr keep SBP ≤ 140 mmHg แพทย์พิจารณาส่งผู้ป่วย Admit ICU ศัลยกรรม หลัง Admit ในระยะ 2 วันแรก ผู้ป่วยดิ้นไปมา GCS 7T-9T ($E_{2-3}V_TM_{5-6}$) on ET Tube with Ventilator BP ยังสูง ได้รับการให้ยา Nicardipine (1:5) Ⓥ drip ร่วมกับ Labetalol (1:1) Ⓥ drip Keep SBP≤ 140 mmHg มีไข้ T= 37.8 - 38.6 °C ผล Lab พบ Potassium ต่ำ ได้รับ NSS 100 ml+ KCL 20 mEq Ⓥ drip 80 ml/hr x 2, Feed BD (1;1) 200 ml x 4 feed ประเมิน pain score (NRS) อยู่ระหว่าง 5-6 คะแนน ได้รับ MO 2 mg Ⓥ prn x 1 dose หลัง Admit 3 วัน ส่ง CT scan brain ซ้ำ พบไม่มีเลือดออกเพิ่ม สมองบวมเล็กน้อย แพทย์ให้ 20% mannitol 100 ml Ⓥ drip q 8 hr x 2 วัน หลัง Admit 4 วัน ผู้ป่วยรู้ตัวดี GCS =10T ($E_4V_TM_6$) แขนขา 2 ข้าง ยกขยับได้ดี กำลังกล้ามเนื้อเกรด 5 BP ลดลง อยู่ในช่วง 124/85 -130/98 mmHg ผล Potassium ปกติ เริ่ม Try wean Ventilator จน Off ได้ ให้เป็น $O_2$ cannula 3 lit/min และ room air ตามลำดับ tail off Nicardipine (1:5) Ⓥ drip และ Labetalol (1:1) Ⓥ drip จนoff ได้ และย้ายผู้ป่วยออกจาก ICU ศัลยกรรม ไปหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ได้รับดูแลต่อเนื่อง ICD ไม่มีลมออก จึง off ICD ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ off NG tube และ Foley's catheter ปรึกษา PT ช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ดี แพทย์จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ นัดติดตามอาการหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ รวมรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 8 วัน

**การวางแผนการพยาบาล**

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ระยะคัดกรอง**<br>**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยมีภาวะการทำงานของสมองบกพร่องเนื่องจากศีรษะและสมองได้รับความกระทบกระเทือนจากการเกิดอุบัติเหตุ<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยขี่รถจักรยานยนต์ชนกับรถกระบะ มีประวัติสลบ หลังฟื้นมีอาการกระสับกระส่าย ดิ้นไปมา มีแผลฉีกขาดที่ศีรษะด้านซ้าย เลือดออกหูข้างขวา<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากภาวะการทำงานของสมองบกพร่อง | 1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวโดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) ขนาดและปฏิกิริยารูม่านตาต่อแสง การเคลื่อนไหวของแขน ขาทั้ง 2 ข้าง และกำลังกล้ามเนื้อ<br>2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ได้แก่ หายใจมีเสียงเสมหะ ไอบ่อยมีเสียงเสมหะ ฟังปอดได้เสียงผิดปกติ เช่น Crepitation, Rhonchi เป็นต้น หายใจเสียงดัง เหนื่อย หายใจลำบาก<br>3. ประเมินการหายใจ เพื่อดูว่าผู้ป่วยหายใจสะดวก หรือมีภาวะหายใจลำบากหรือไม่<br>4. ประเมินการไหลเวียนโลหิต จากความดันโลหิต ดูสีผิว อุณหภูมิและความชื้นของผิวหนัง capillary refill time เพื่อประเมินว่ามีการสูญเสียเลือดผิดปกติในร่างกายหรือในสมองหรือไม่<br>5. ประเมินการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน ตรวจดู ริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าซีดเขียวคล้ำ $O_2$ sat < 90%<br>6. ดูแลให้ใส่ Philadelphia collar ไว้ก่อน เพื่อจัดศีรษะและคอให้อยู่ในแนวเดียวกัน ไม่ก้ม แหงน หรือบิด ซึ่งจะขัดขวางการไหลกลับของเลือดสู่หัวใจ ทำให้เกิดเลือดดำคั่งในสมอง และป้องกันการเคลื่อนของกระดูกสันหลังส่วนคอ ในกรณีที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์<br>7. แยกประเภทผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยใช้ GCS และคัดแยกผู้ป่วยตาม Emergency severity index (ESI) เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่รู้ตัว สับสน ดิ้นไปมา ไม่ทำตามคำสั่ง GCS 10 คะแนน ($E_3V_2M_5$) pupil Ø 2 mm RTL BE BP สูง = 162/120 mmHg, PR= 110 |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | beat/min, RR= 24 beat/min $O_2$ sat 94% เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง (GCS 9 -12) และจัดเป็นประเภทเป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน ระหว่างคัดกรองไม่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจและภาวะพร่องออกซิเจน และได้รับการส่งตรวจประเมินจากแพทย์ภายใน 30 นาที ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้สำหรับผู้ป่วยประเภทฉุกเฉิน ติดตามผลการตรวจวินิจฉัย พบผล CT scan มี subdural hemorrhage , subarachnoid hemorrhage, midline shift to the right about 0.3 cms ไม่พบ dislocate หรือ fracture C - spine |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียงเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ไม่ทำตามคำสั่ง กระสับกระส่าย ดิ้นไปมา GCS 10 คะแนน ($E_3V_2M_5$)<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียง | 1. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้อยู่ใกล้ที่ทำงานของพยาบาล หรือบริเวณที่สามารถมองเห็นได้ง่ายและตลอดเวลา<br>2. แนะนำญาติให้เฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด<br>3. ตรวจสอบความแข็งแรง มั่นคง ของราวกั้นเปลนอน และยกราวกั้นเตียงขึ้นตลอดเวลาเมื่อปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเสร็จเรียบร้อย ล็อคล้อเปลนอนไว้เสมอเมื่อยังไม่เคลื่อนย้ายผู้ป่วย<br>4. ใช้เข็มขัดคาด (Safety belt) ตัวไว้ตลอดเวลา<br>5. แจ้งเจ้าหน้าที่เวรเปลทราบความเสี่ยง เพื่อเฝ้าระวัง ระมัดระวัง และป้องกันระหว่างเคลื่อนย้ายผู้ป่วย<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียง |
| **ระยะช่วยแพทย์ให้การรักษาแรกรับ**<br>**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการสูญเสียเลือดในช่องท้องและทรวงอกเนื่องจากได้รับแรงกระแทกจากภายนอกจากการเกิอุบัติเหตุ<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยขี่รถจักรยานยนต์ชนกับรถกระบะ ตัวกระเด็นไปชนกับรถเก๋ง และลงมานอนอยู่บนพื้นถนน มีแผลถลอกตามร่างกาย รอยเขียวช้ำและแผลถลอกบริเวณหน้าอกและหน้าท้องด้านขวา<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเฝ้าระวังการเกิดสูญเสียเลือดในช่องท้องและทรวงอก | 1. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 30 นาที – 1 ชั่วโมง เพื่อดักจับสัญญาณเตือนของการสูญเสียเลือดผิดปกติ ได้แก่ PR =100- 120 beat/min, pulse pressure แคบ, urine < 1 ml/kg/hr, ซึมลง กระสับกระส่าย<br>2. ประเมิน capillary refill time ทุก 1 ชั่วโมง<br>3. ติดตามผลการตรวจ CXR, Whole abdomen<br>4. ช่วยแพทย์ทำ Focused Assessment with Sonography in Trauma (FAST) abdomen และติดตามผล<br>5. สังเกต ประเมินอาการและอาการแสดงของการมีเลือดออกอวัยวะในช่องอก ได้แก่ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก หายใจเร็ว เสียงหายใจเบา หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออก อาการซีดเขียว เส้นเลือดที่คอโป่งจาก mediastinum และหลอดลมถูกดันไปด้านตรงข้ามกับด้านที่มีพยาธิสภาพ<br>6. สังเกต ประเมินอาการและอาการแสดงของการมีเลือดออกอวัยวะในช่องท้อง ได้แก่ ท้องอืด กดเจ็บ (Tenderness) หน้าท้องตึง (Guarding)<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกอวัยวะในช่องอกและ ช่องท้อง ผล CXR พบ multiple right rib fracture with pneumothorax ไม่มี Hemothorax ผล FAST abdomen negative และ whole abdomen ไม่พบ intra-abdominal bleeding BP= 170/120 mmHg, PR =108 beat/min, RR =24 beat/min |
| **ระยะหลังแพทย์ให้การรักษาแรกรับ**<br>**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางสมองทรุดลงระหว่างการเคลื่อนย้ายไปตรวจวินิจฉัย<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ส่งผู้ป่วยไปทำ CT scan brain, film C-spine และ Whole abdomen ก่อนเคลื่อนย้าย BP = 220/136 mmHg , PR =120 beat/min RR = 24 beat/min GCS 10 คะแนน($E_3V_2M_5$) pupil RE Ø 3 mm LE Ø 2 mm RTLBE | 1. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะก่อนการเคลื่อนย้าย<br>2. โทรประสานเจ้าหน้าที่ศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์และเจ้าหน้าแผนกรังสีวิทยา เพื่อเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ ให้พร้อมสำหรับการตรวจผู้ป่วย<br>3. เปิดเส้นเลือดให้ 0.9 % NSS 1,000 ml Ⓥ drip rate 100 ml/hr ตามแผนการรักษา<br>4. เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยหายใจ ได้แก่ self-Inflating bag with reservoir bag, Air way และประสานเวรเปลเตรียม $O_2$ tank ให้พร้อม และเพียงพอ<br>5. เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ในการเฝ้าระวังติดตามอาการ ได้แก่ Mobile NIBP monitor, Pulse oximeter, ไฟฉายส่องรูม่านตา |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดอาการทางสมองทรุดลงระหว่างการเคลื่อนย้ายไปตรวจวินิจฉัย | 6. ประเมินสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวโดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) ขนาดและปฏิกิริยารูม่านตาต่อแสง การเคลื่อนไหวของแขน ขาทั้ง 2 ข้าง และกำลังกล้ามเนื้อ ก่อนเคลื่อนย้ายและระหว่างการเคลื่อนย้ายทุกๆ 10 นาที<br>**ประเมินผลการพยาบาล** หลังจากทำ CT scan ประเมินอาการทางระบบประสาทยังคงเดิม แต่หลังจากทำ CT C-spine และ Whole abdomen ประเมินอาการทางระบบประสาท พบผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว GCS ลดลงเหลือ 3 คะแนน ($E_1V_1M_1$) pupil RE Ø 3 mm LE Ø 1.5 mm RTLBE แขน ขา 2 ข้างไม่เคลื่อนไหวBP = 170/120 mmHg, PR= 108 beat/min, RR =24 beat/min, $O_2$ sat 95% |
| **ระยะช่วยแพทย์ให้การรักษาต่อเนื่อง**<br>**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตสูงวิกฤตเนื่องจากมีเลือดออกในสมอง<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผล CT scan brain พบ subdural hemorrhage (SDH), subarachnoid hemorrhage (SAH) และ midline shift to the right 0.3 cms BP = 232/150 mmHg<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อลดระดับความดันโลหิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง | 1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวโดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) ขนาดและปฏิกิริยารูม่านตาต่อแสง การเคลื่อนไหวของแขน ขาทั้ง 2 ข้าง และกำลังกล้ามเนื้อ ทุก 30 นาที – 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการมีเลือดออกในสมองเพิ่มขึ้น<br>2. ดูแลให้ Propofol 10 ml Ⓥ เพื่อให้ผู้ป่วยสงบลง พักผ่อนได้<br>3. ดูแลให้ Labetalol (1:1) Ⓥ drip 5-20 ml/hr keep SBP < 140 mmHg เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า หอบเหนื่อย อาการอ่อนแรง<br>4. ดูแลให้ Transamine 1 gm + NSS 100 ml Ⓥ drip in 10 min stat then q 8 hr<br>5. retained foley's catheter บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานไตผิดปกติ<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้ตัว เรียกลืมตา GCS 8T คะแนน ($E_3V_TM_5$) Pupil Ø 3 mm RTLBE แขน ขา 2 ข้างเคลื่อนไหวได้ดี กำลังกล้ามเนื้อ เกรด 5 BP = 151/121 mmHg, PR = 120 beat/min, RR= 20 beat/min (Ambu bag) on Labetalol (1:1) Ⓥ drip 10 ml/hr |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** ผู้ป่วยมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นเนื่องจากสมองถูกกดเบียดจากเลือดออกในสมอง<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผล CT scan brain พบ subdural hemorrhage (SDH), subarachnoid hemorrhage (SAH) และ midline shift to the right 0.3 cms ระดับความรู้สึกตัวลดลง GCS จาก 10 คะแนน ($E_3V_2M_5$) ลดลงเป็น 3 คะแนน ($E_1V_1M_1$) pupil RE Ø 3 mm LE Ø 1.5 mm RTL BE แขน ขา 2 ข้างไม่เคลื่อนไหว BP = 170/120 mmHg, PR =108 beat/min, RR= 24 beat/min<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและลดความดันในกะโหลกศีรษะ | 1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว (GCS) ขนาดและการมีปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตา ทั้ง 2 ข้าง การเคลื่อนไหวของแขนขาทั้ง 2 ข้าง ทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง<br>2. รายงานแพทย์ทราบ ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ และบีบ self-Inflating bag with $O_2$ 10 lit/min เพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจ และสมองขาดออกซิเจน<br>3. ปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมประสาท เพื่อร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย<br>4. จัดท่าให้นอนศีรษะสูง 30 องศา ศีรษะและคออยู่ในแนวเดียวกัน ไม่บิดหมุนซ้ายขวา ระวังคอพับหรือแหงนมากเกินไป และการงอของสะโพกเกิน 90 องศา เพื่อส่งเสริมให้เลือดดำจากสมองไหลกลับหัวใจได้ดีขึ้น<br>5. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะ late signs IICP ได้แก่ รูม่านตาทั้ง 2 ข้างไม่เท่ากันต่างกันเกิน 1 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง ชีพจรช้าไม่สม่ำเสมอ ความดันโลหิตสูง pulse pressure กว้างมากกว่า 60 mmHg หายใจช้าหรือหยุดหายใจ<br>6. ดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ได้แก่ หายใจมีเสียงเสมหะ หายใจหอบ หายใจลำบาก ใช้แรงในการหายใจมากขึ้น ผู้ป่วยไอบ่อยมีเสียงเสมหะ โดยก่อนดูดเสมหะให้ $O_2$ 100% อย่างน้อย 1 นาที โดยบีบ self-Inflating bag หรือให้ทางเครื่องช่วยหายใจใช้สายดูดเสมหะ ขนาดเบอร์ 14F แรงดันในการดูดเสมหะระหว่าง 100–120 มิลลิเมตรปรอท โดยการดูดเสมหะแต่ละครั้งนานไม่เกิน 15 วินาที ห่างกันประมาณ 2 – 3 นาที จึงดูดเสมหะครั้งต่อไป |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | 7. ดูแลให้ 20% Mannitol 100 ml Ⓥ drip stat then q 6 hr เพื่อดึงน้ำจากเนื้อเยื่อสมองเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดและเพิ่มปริมาตรเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน กระหายน้ำ ปวดศีรษะ หนาวสั่น มีไข้ หัวใจเต้นเร็ว เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง หรือความดันโลหิตต่ำ ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ<br>8. ดูแลให้ Transamine 1 gm + NSS 100 ml Ⓥ drip in 10 min stat then q 8 hr<br>9. เจาะและติดตามผล DTX เพื่อเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ระหว่าง 80 - 180 mg% เพื่อป้องกันการเผาผลาญกลูโคสแบบไม่ใช้ออกซิเจน ซึ่งทำให้เกิดกรดในเลือด และนำไปสู่การเกิดภาวะสมองบวม<br>10. ดูแลให้ 0.9% NSS 1,000 ml Ⓥ drip 100 ml/hr เพื่อรักษาสมดุลของสารน้ำในร่างกาย<br>11. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า - ออกจากร่างกาย ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้ตัว เรียกลืมตา GCS 8T คะแนน ($E_3V_TM_5$) Pupil Ø 3 mm RTL BE แขน ขา 2 ข้างเคลื่อนไหวได้ดี กำลังกล้ามเนื้อ เกรด 5 BP = 151/121 mmHg, PR = 120 beat/min, RR= 20 beat/min (self-Inflating bag) ผล DTX = 112 mg% |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ การแลกเปลี่ยนก๊าซและการขยายตัวของปอดลดลงเนื่องจากมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด<br>**ข้อมูลสนับสนุน** Portable CXR พบ multiple fracture right rib $2^{nd}$ ,$3^{rd}$, $6^{th}$, $8^{th}$, $10^{th}$ และ right Pneumothorax<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซและการขยายตัวของปอด | 1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ $O_2$ sat ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการแสดงของเกิดของภาวะพร่องออกซิเจน<br>2. จัดท่านอนหงายศีรษะสูง เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้นและหลีกเลี่ยงการจัดท่านอนตะแคงขวาเพื่อป้องกันกระดูกซี่โครงที่หักทิ่มปอดและเส้นเลือด<br>3. ดูแลให้นอนพักโดยสมบูรณ์ (Absolut bed rest) เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย และลดการเคลื่อนไหวของทรวงอก<br>4. ฟังเสียงการหายใจเข้าและออก ดูว่ามี decrease breath sound หรือเคาะทรวงอกด้านขวาได้เสียงโปร่งมากกว่าปกติ (Hyperresonance) หรือเสียง Crepitation สังเกตการขยายของปอดทั้งสองข้าง เพื่อประเมินการมีลมเพิ่มขึ้นหรือมีเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอดหรือไม่<br>5. ดูแลท่อระบายทรวงอก (ICD) ให้มีการระบายเลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มปอดอย่างมีประสิทธิภาพโดยตรวจดูการต่อระบบระบายทรวงอกให้ถูกต้อง ไม่มีรอยรั่ว สายท่อระบายไม่หัก พับ งอ สังเกตการกระเพื่อมขึ้นลงของระดับน้ำในหลอดแก้วและลมปุดในหลอดแก้ว จัดให้นอนศีรษะสูง 30 องศา ดูแลให้ขวดรองรับสารเหลวอยู่ต่ำกว่าระดับทรวงอกของผู้ป่วยประมาณ 2-3 ฟุตเสมอ บีบรูดสายเบาๆ เพื่อป้องกันการอุดตันในสาย เปลี่ยนขวดรองรับสารเหลวเมื่อระดับน้ำสูงประมาณ ¾ ของขวด ประเมินปริมาณลม และบันทึกปริมาณ ลักษณะสิ่งที่ระบายออกมา<br>6. ติดตามผล CXR เพื่อประเมินปริมาณลมในช่องเยื่อหุ้มปอดและผลการดูแลรักษา<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้น หายใจไม่เหนื่อย ฟังเสียงหายใจทรวงอกด้านขวา ไม่พบ decrease breath sound ทรวงอก 2 ข้างขยายตัวเท่ากัน BP = 151/121 mmHg, PR = 120 beat/min, RR= 20 beat/min (self-Inflating bag) $O_2$ sat = 100% |
| **ระยะหลังแพทย์ให้การรักษาต่อเนื่อง**<br>**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บเนื้อเยื่อ เส้นเลือด เส้นประสาท เนื่องจากกระดูกหัก | 1. ดูแลใส่ right arm sling โดยปรับสายให้พอดี ให้แขนตั้งฉากกับข้อศอก หรือให้ข้อมืออยู่ระดับหัวใจ ระวังไม่ให้ข้อมือต่ำกว่าข้อศอก เพื่อให้บริเวณสะบักและไหล่ข้างขวาเคลื่อนไหวน้อยที่สุด การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงส่วนปลายและการไหลกลับของเลือดดำได้สะดวก |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ข้อมูลสนับสนุน** ผล x-ray พบมี right clavicle fracture และ right big toe fracture<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เส้นเลือด เส้นประสาทบริเวณไหล่ข้างขวา | 2. ดูแลใส่ Toe splint นิ้วหัวแม่เท้าขวา เพื่อลดการเคลื่อนไหวและทำให้กระดูกผสานกันเร็วขึ้น<br>2. ประเมินการทำงานของระบบประสาทและการไหลเวียนเลือด (Neurovascular) ที่ไปเลี้ยงแขนขวาส่วนล่าง และนิ้วเท้า ตามหลัก 7 Ps ได้แก่ อาการปวด (Pain) ซีด (Pallor) บริเวณฐานเล็บ และ Capillary refill time โดยการกดที่เล็บ (ค่าปกติไม่เกิน 2 วินาที) ผิวหนังเย็น (Polar) โดยการสัมผัสอุณหภูมิของผิวหนังขาซ้ายส่วนล่าง อาการอ่อนแรง (Paralysis) โดยการให้เคลื่อนไหวและขยับนิ้วเท้าซ้าย อาการชา (Paresthesia) โดยการสัมผัสบริเวณผิวหนังและการสอบถามผู้ป่วย ชีพจรส่วนปลาย (Pulselessness) โดยคลำชีพจรบริเวณข้อมือด้านใน(Radial artery) ข้อพับแขนด้านใน (Brachial artery) และหลังเท้า (Dorsalis pedis artery) สังเกตอาการบวม ตึง (Puffiness)<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่ปวดไหล่ข้างขวา ผิวหนังบริเวณแขนขวา นิ้วเท้าขวาไม่ซีด ไม่เย็น ขยับนิ้วมือ นิ้วเท้าได้ ไม่ชา คลำชีพจรบริเวณ Brachial artery, Radial artery, Dorsalis pedis artery ได้ แรงดี Capillary refill time 1.5 วินาที |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดการติดเชื้อบาดแผลเปิดเนื่องจากมีการปนเปื้อนเชื้อจากสิ่งแวดล้อมขณะเกิดอุบัติเหตุ<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยมีแผลฉีกขาดบริเวณศีรษะด้านซ้าย ขนาด 0.5 x 3 x 0.5 cm และ ส้นเท้าขวา ขนาด 1x 1 x 0.5 cm และแผลถลอกตามร่างกาย<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันบาดแผลเปิดติดเชื้อ | 1. ทำความสะอาดบาดแผล และเย็บแผลฉีกขาดบริเวณศีรษะด้านซ้าย และส้นเท้าขวา ด้วยหลัก Aseptic technique เพื่อป้องกันการติดเชื้อและส่งเสริมกระบวนการหายของแผล<br>2. ฉีด dT 0.5 ml Ⓜ ตามแผนการรักษา<br>3. ฉีด Cefazolin 1 gm Ⓥ เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ การแพ้ยา ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย<br>4. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยและประเมินลักษณะบาดแผล<br>**ประเมินผลการพยาบาล** แผลเย็บมี discharge ซึมสีเหลืองเล็กน้อย รอบแผลไม่บวม แดง ร้อน แผลถลอกแห้ง BT= 36 -36.8 °C |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10** ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยที่ทรุดลง<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล ไม่สบายใจ สอบถามอาการผู้ป่วยเป็นระยะๆ<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ญาติมีความวิตกกังวลลดลง | 1. ประเมินความวิตกกังวลของญาติจากสีหน้า ท่าทาง และความร่วมมือในการดูแลรักษา<br>2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ<br>3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและระบายความรู้สึก และตอบข้อซักถามอย่างตรงประเด็นและชัดเจน<br>4. ประสานกับแพทย์เพื่ออธิบายเกี่ยวกับโรค และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ และมั่นใจในการรักษา<br>5. พูดคุยให้กำลังใจ และแจ้งความก้าวหน้าในการดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยเป็นระยะๆ<br>6. แนะนำการเทคนิคการผ่อนคลายความวิตกกังวล เช่น การฝึกหายใจ การทำสมาธิ การกำหนดลมหายใจ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ญาติมีสีหน้าคลายวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี |
| **ระยะส่งต่อ**<br>**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11** ผู้ป่วยเสี่ยงต่ออาการทรุดลงและสายหรือท่ออุปกรณ์การแพทย์เลื่อนหลุดระหว่างนำส่งหอผู้ป่วย<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ผล CT scan พบ subdural hemorrhage, subarachnoid hemorrhage, midline shift to the right about 0.3 cm ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่ท่อระบายทรวงอก | 1. ประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้ายตามหลัก ABCD ดังนี้<br>A: Airway ทางเดินหายใจโล่งดี ไม่มีเสมหะ เสียงครืดคราดในลำคอ หรือสิ่งอุดกั้นทางเดินหายใจ<br>B: Breathing ประเมินการหายใจ ทั้งอัตรา ลักษณะของการหายใจ ความสม่ำเสมอ เสียงลมหายใจ และค่า $O_2$ sat<br>C: Circulation ประเมินระบบการไหลเวียนโลหิต ดูอัตราการเต้นของหัวใจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ และความดันโลหิตว่ามีความผิดปกติ และมีความคงที่หรือไม่<br>D: Disability ประเมินระดับความรู้สึกตัว โดยใช้ Glasgow Coma Score |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันผู้ป่วยเกิดอาการทรุดลงและสายหรือท่ออุปกรณ์การแพทย์เลื่อนหลุดระหว่างนำส่งหอผู้ป่วย | D: Drainage & Splint ตรวจสอบการยึดตรึง (strap) ของท่อช่วยหายใจและสายระบายทรวงอก ให้มั่นคง ดูแลให้มีการดาม (splint) นิ้วหัวเท้าขวา และใส่ right arm sling อย่างมีประสิทธิภาพ<br>2. เตรียมพยาบาลนำส่ง อุปกรณ์ช่วยหายใจ ได้แก่ self-Inflating bag with reservoir bag, air way เครื่องมือ อุปกรณ์ในการเฝ้าระวังติดตามอาการ ได้แก่ Mobile NIBP monitor, Pulse oximeter, ไฟฉายส่องรูม่านตา รวมทั้ง Artery clamp เพื่อใช้ในกรณีขวดระบายลมในช่อง เยื่อหุ้มปอดแตก และประสานเวรเปลเตรียม $O_2$ tank ให้พร้อม และเพียงพอ<br>3. ให้การดูแลระหว่างนำส่งผู้ป่วย ได้แก่ จัดท่านอนหงาย ศีรษะสูง 30 องศา บีบ self-Inflating bag with $O_2$ ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว ขนาดและปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตาทั้ง 2 ข้าง การเคลื่อนไหวของแขนขาทั้ง 2 ข้าง ทุก 5-10 นาที ประเมินค่า $O_2$ sat อย่างต่อเนื่อง ดูแลขวดระบายลมในช่องเยื่อหุ้มปอดให้ตั้งตรงเสมอ และอยู่ต่ำกว่าตำแหน่งที่ใส่ท่อระบายทรวงอก ไม่ clamp สายท่อระบายทรวงอก<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ระหว่างการนำส่ง อาการทางระบบประสาทไม่เปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยรู้สึกตัว GCS 8T คะแนน ($E_3V_TM_5$) Pupil Ø 3 mm RTL BE แขน ขา 2 ข้างเคลื่อนไหวได้ดี กำลังกล้ามเนื้อ เกรด 5 BP =150/100 mmHg, PR= 118-120 beat/min, RR= 20 beat/min (Self-Inflating bag) $O_2$ sat= 98 -99% |

## สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา พบว่าทุกข้อวินิจฉัยการพยาบาลในแต่ละระยะการดูแลผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้รับการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการ โดยได้รับการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต ป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ยกเว้นข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางสมองทรุดลงระหว่างการเคลื่อนย้ายไปตรวจวินิจฉัย พบว่าผลการพยาบาลไม่สามารถป้องกันการเกิดอาการทางสมองทรุดลงได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยมีเลือดออกในสมองอยู่แล้ว หากมีความดันโลหิตสูงขึ้นจนอยู่ในระดับรุนแรง (Severe hypertension) คือ SBP $\geq$ 180 mmHg DBP $\geq$ 110 mmHg โดยเฉพาะในระยะเฉียบพลัน มีผล ทำให้ก้อนเลือดหรือเลือดที่ออกมีโอกาสขยายขนาดขึ้น และกดเบียดเนื้อสมองก่อให้เกิดสมองบวมมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลง[7] แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจากทีมสหสาขาวิชาชีพ จนระดับความรู้สึกตัว และอาการทางระบบประสาทอื่นๆ ดีขึ้นเรื่อย ๆ ตามลำดับ จนสามารถช่วยเหลือตัวเองและทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

## ข้อเสนอแนะ

1.พัฒนาระบบการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย และจำเป็นต้องส่งตรวจวินิจฉัยนอกหน่วยงานให้มีความรวดเร็วและทันต่ออาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

2. พัฒนาแบบประเมินความปวดให้สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร เช่น ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว เพื่อการจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสม

## เอกสารอ้างอิง

1. รุจีพร เพ็ญศรี. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2564; 14(3): 83 - 96.
2. สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจรสำนักงานความปลอดภัย. รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ.2562. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: https://www.otp.go.th /uploads /tiny_ uploads /PDF/
2563-06/25630601-Road Accident Ana 2562_Final.pdf.
3. World Health Organization [WHO]. Global status report on road safety 2018. Geneva: World Health Organization;2018
4. ปองปรีดา แสนจิตต์, ณัฐวุฒิ เจริญศุภพงษ์, วิชุดา จิรพรเจริญ, และ ชนาภัทร ปาตีคำ. การเกิดภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางการจราจรในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกนควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ 2563.; 14(3): 5-17.
5. วารี มุสิกะวัน. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะและมีภาวะช็อกในระยะฉุกเฉิน: กรณีศึกษา.วารสารโรงพยาบาลพิจิตร 2560; 32(2): 75-82.
6. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2563 – 2565.
[อินทราเน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 13 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงจาก: http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
7. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. [อินเตอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน2566]; เข้าถึงได้จาก: https://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf

# การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีโรคร่วม กรณีศึกษา 2 ราย

# Nursing care of elderly patients with hip fractures who have hip replacement surgery and have comorbidities, Two case studies

(Received: April 9,2024 ; Revised: April 11,2024 ; Accepted: April 12,2024)

**ทิพวรรณ ศิริปี**[1]
**Thippawan Siripee**[1]

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีโรคร่วม คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยสูงอายุ 2 รายที่กระดูกข้อสะโพกหักจากการหกล้มและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีโรคร่วม ที่เข้ามารับรักษาในแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทยอายุ 70 ปี มีอาการสำคัญ 11 ชั่วโมงก่อนมาลื่นล้ม ปวดสะโพกซ้าย เดินลงน้ำหนักไม่ได้ ญาตินำส่งโรงพยาบาลชุมชน ผลเอกเรย์ Both Hip Anteroposterior (AP) and Lateral (LAT) พบ Close fracture neck of left femur ใส่ Long leg posterior slab (LLS) ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือเบาหวาน จึง Refer ต่อโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ขณะผ่าตัดผู้ป่วยเสียเลือด 300 ml หลังผ่าตัดย้ายมารักษาต่อตึกศัลยกรรมกระดูกข้อหญิง มีภาวะซีด ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ, ได้รับสารน้ำ, ได้รับ PRC 1unit และยาลดปวด ใช้กระบวนการพยาบาลและมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถจำหน่ายกลับบ้านอย่างปลอดภัย และกลับมาติดตามอาการตามแพทย์นัดต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูกเละข้อ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 6 วัน กรณีศึกษาที่ 2 หญิงไทยอายุ 79 ปี มาด้วยอาการเดินแล้วเสียหลัก ลื่นล้ม ปวดสะโพกซ้าย 1 สัปดาห์ เดินเองไม่ได้ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีโรคประจำตัว เบาหวาน ผลเอกเรย์ Both Hip Anteroposterior (AP) and Lateral (LAT) พบ Close fracture neck of left femur ส่ง Admit ตึกศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง ได้รับการรักษาด้วยการ On Skin traction 3 kgs ส่งปรึกษา อายุรแพทย์ วิสัญญีแพทย์ เพื่อร่วมวางแผนผ่าตัด ก่อนผ่าตัด ผลDTX 161 mg% Hct 26.7% ผล CXR EKG ปกติ อายุรแพทย์มีความเห็นให้ผ่าตัดได้ ขณะผ่าตัด เสียเลือด 350 ml ได้รับ PRC 1 unit ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ, ได้รับสารน้ำ,ได้รับยาลดปวด และติดตามระดับน้ำตาลจนปกติ ช่วงหลังผ่าตัดติดตามดูแลต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการพยาบาลและมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จนผู้ป่วยปลอดภัย จำหน่ายกลับบ้าน และนัดมาติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูกเละข้อ รวมระยะนอนโรงพยาบาล 5 วัน

**คำสำคัญ** : ผู้สูงอายุ,กระดูกข้อสะโพกหัก, การพยาบาลผู้ป่วยข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

## Abstract

This study was case study with the objective of comparing 2 case studies in nursing care of elderly hip fracture patients who received hip arthroplasty and have comorbidities. Purposive selection was performed on two elderly patients with hip fractures from falls who had undergone hip arthroplasty with comorbidities. who come to receive treatment in the orthopedic surgery department Kalasin Hospital.

The results of the study found that in Case Study 1, a 70-year-old Thai woman had significant symptoms 11 hours before slipping and falling, pain in her left hip, being unable to walk and put her weight on. The relatives were taken to the community hospital. X-ray results of Both Hip Anteroposterior (AP) and Lateral (LAT) found a Close fracture neck of left femur with a Long leg posterior slab (LLS). The patient had a congenital disease, namely diabetes, so he was referred to Kalasin Hospital. The patient received hip replacement surgery. During surgery, the

[1] โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

patient lost 300 ml of blood. After surgery, he was transferred to the Orthopedic Surgery Building, had anemia, received antibiotics, received fluids, received 1 unit of PRC and pain relievers, used nursing procedures and Standards for patient care in collaboration with a multidisciplinary team To keep patients safe No complications Can be sold back home safely and return for follow-up follow-up with the doctor for follow-up appointments at the orthopedic and joint surgery outpatient department. Kalasin Hospital Total length of hospital stay is 6 days. Case study 2: A 79-year-old Thai woman presented with symptoms of losing control when walking, slipped and fell, had left hip pain for 1 week and was unable to walk on her own. The relatives then took him to Kalasin Hospital. Has a congenital disease, diabetes. X-ray results of Both Hip Anteroposterior (AP) and Lateral (LAT) found Close fracture neck of left femur. Send Admit to Female Orthopedic Surgery Building. Received treatment with On Skin traction 3 kgs. Sent to consult an internist and anesthesiologist to plan the surgery. Before surgery, DTX results 161 mg% Hct 26.7% CXR EKG results were normal. The internist agreed that surgery could be performed. During surgery, blood loss was 350 ml. Received PRC 1. The unit was treated with antibiotics, received fluids, received pain relievers. and monitor sugar levels until they are normal During the postoperative period, continuous follow-up care is used using nursing processes and standards for patient care. Collaborate with a multidisciplinary team until the patient is safe Sold back home and made an appointment to follow up at the orthopedic and joint surgery outpatient department Total length of hospital stay: 5 days

**Keywords:** Elderly people, hip fractures, nursing care for patients with hip fractures who have undergone hip replacement surgery

**บทนำ**

กระดูกข้อสะโพกหักพบได้มากขึ้นในปัจจุบัน เนื่องจากการที่ประชากรผู้สูงอายุมีเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาทางระบาดวิทยาในประเทศไทยพบว่าสาเหตุหลักของการเกิดกระดูกข้อสะโพกหักในผู้สูงอายุซึ่งพบได้สูงถึงร้อยละ 79 โดยร้อยละ 80 ของการเกิดกระดูกหักพบในผู้สูงอายุมากกว่า 70 ปี และจะพบอุบัติการณ์กระดูกข้อสะโพกหักเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้นตามลำดับ ปัจจุบันภาวะกระดูกข้อสะโพกหักส่วนใหญ่รักษาโดยวิธีผ่าตัดซึ่งช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงนาน ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า ผู้ป่วยเริ่มเดินลงน้ำหนักได้เร็วกว่าและมีโอกาสกลับไปเดินได้ดีกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่รักษาโดยไม่ผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่รับการผ่าตัดนี้เป็นผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโรคประจำตัวต่างๆร่วมด้วย โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกข้อสะโพกหัก ได้แก่การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อทางเดินหายใจ ภาวะหลอดเลือดดำอุดตันจากลิ่มเลือดและแผลกดทับจากการนอนเตียงนาน และมีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดซึ่งผู้สูงอายุที่มีกระดูกข้อสะโพกหักจะมีอัตราการเสียชีวิต (mortality rate) หลังเกิดกระดูกหักประมาณร้อยละ 10-30 ภายใน 1 ปีแรกของผู้ป่วยที่มีกระดูกข้อสะโพกหัก ดังนั้นการวินิจฉัยของแพทย์และการรักษาผู้สูงอายุที่มีกระดูกข้อสะโพกหักอย่างถูกต้องและรวดเร็วร่วมกับการฟื้นฟูสภาพก่อนและหลังผ่าตัดจึงมีผลสำคัญต่อความสำเร็จในการรักษาโดยมีวัตถุประสงค์หลักของการรักษาคือบรรเทาอาการปวดและฟื้นฟูให้ผู้ป่วยให้ปลอดภัยกลับไปทำกิจกรรมต่างๆและใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับสภาพก่อนเกิดกระดูกหักให้เร็วที่สุด[1,2]

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในประเทศไทยเป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของหัตถการทุกอย่างที่ทำมากที่สุดของประเทศ เช่นเดียวกับสถิติโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิจำนวน 540 เตียง มีสถิติการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ปี 2564 ถึง 2566 พบผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก 168, 153 และ 217 รายตามลำดับ และได้รับการผ่าตัดแบบ ORIF และ Bipolar hemiarthroplasty คิดเป็น 88.69% 87.58% และ

85.71% ตามลำดับ[5] ซึ่งถือเป็น 1 ใน 10 อันดับของการผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ ดังนั้น พยาบาลซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด ตลอด 24 ชั่วโมง ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนทางการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาลและการประเมินผลทางการพยาบาล และยังมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดและการฟื้นฟูในระยะหลังผ่าตัดขณะยังพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และการฟื้นฟูระยะหลังจากผู้ป่วยออกไปพักรักษาตัวต่อที่บ้าน และกลับมาติดตามอาการต่อเนื่องตามนัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และป้องกันการเกิดภาวะกระดูกหักซ้ำ[6,7]

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกเทียมที่มีโรคร่วม เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกเทียมที่มีโรคร่วม ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ เข้าถึงระบบบริการได้ง่าย รวดเร็ว และปลอดภัยมากยิ่งขึ้น รวมถึงการได้รับการผ่าตัดที่รวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตใกล้เคียงกับสภาพเดิม หรือมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม ไม่เกิดความพิการหรือภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และไม่เกิดการกลับมาหักซ้ำของกระดูกส่วนต่างๆอีก

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อน และกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีโรคร่วม 2 ราย เปรียบเทียบกับข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน และนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะจำหน่าย

**วิธีการศึกษา**

1. คัดเลือกกรณีศึกษา โดยการคัดเลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยสูงอายุที่หกล้มและวินิจฉัยว่ากระดูกข้อสะโพกหัก ที่มีโรคร่วม และได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีโรคร่วม ที่เข้ามารักษาแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 2 ราย ในช่วง เดือนกันยายน - ธันวาคม 2565
2. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน จากการซักประวัติผู้ป่วยและญาติ การตรวจร่างกาย ผลทางตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

**การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย** ผู้ป่วยที่เข้าร่วมเป็นกรณีศึกษา 2 รายได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติโดยขอความยินยอมด้วยวาจาได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและไม่ละเมิดสิทธิผู้ป่วย และข้อมูลส่วนบุคคล ไม่เปิดเผยชื่อสกุลผู้ป่วยและได้ขออนุญาตทบทวนกรณีศึกษาจากเวชระเบียนโดยการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

**ผลการศึกษา**

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ตามระยะเวลาเพื่อการพยาบาลที่ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

| ประเด็น | กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 | อภิปรายผล |
|---|---|---|---|
| 1.ระยะแรกรับก่อนเตรียมการผ่าตัด | 1.ผู้ป่วยไม่สุขสบาย นอนหลับพักผ่อนได้น้อยเนื่องจากอาการปวดบริเวณสะโพกซ้าย | 1.ผู้ป่วยไม่สุขสบาย นอนหลับพักผ่อนได้น้อยเนื่องจากอาการปวดบริเวณสะโพกซ้าย | ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอาการปวดข้อสะโพกซ้ายหัก เกิดความไม่สุขสบายทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคมและสิ่งแวดล้อมและความทนต่อความเจ็บปวดลดลง มีความวิตกกังวลจากการผ่าตัด มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดได้เนื่องจากมีโรคเบาหวาน |

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ตามระยะเวลาเพื่อการพยาบาลที่ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

| ประเด็น | กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 | อภิปรายผล |
|---|---|---|---|
| | 2.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะhyper-Hypoglycemiaจากภาวะเบาหวานชนิดที่ 2<br>3.เสี่ยงต่อภาวะแผลกดทับเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว<br>4.วิตกกังวลจากไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวขณะถ่วงน้ำหนัก | 2.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะhyper-Hypoglycemiaจากภาวะเบาหวานชนิดที่ 2<br>3.เสี่ยงต่อภาวะแผลกดทับเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว<br>4.วิตกกังวลจากไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวขณะถ่วงน้ำหนัก | หลังจากให้การพยาบาลดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้ยาลดความปวด ตรวจ DTX Keep 80-200 mg% สอนวิธีเคลื่อนไหวขณะดึงถ่วงน้ำหนัก พูดคุยให้กำลังใจ ผู้ป่วยคลายความกังวลลง นอนหลับได้ ไม่มีภาวะ ypo-Hyperglycemia |
| 2.พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง | ผู้ป่วยมาด้วย อุบัติเหตุลื่นล้ม ปวดสะโพกซ้าย เดินลงน้ำหนักไม่ได้ | ผู้ป่วยมาด้วยอุบัติเหตุลื่นล้มก้นกระแทกพื้น ปวดสะโพกซ้าย เดินไม่ได้ | กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย แพทย์วินิจฉัยโรคตามพยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดง ร่วมกับผลภาพถ่ายรังสีพบ กระดูกข้อสะโพกซ้ายหักทั้ง 2 ราย |
| 3.การรักษาโดยการผ่าตัด | แพทย์ผ่าตัดแบบBipolar hemiarthroplasty left hip | แพทย์ผ่าตัดแบบ Bipolar hemiarthroplasty left hip | กรณีศึกษา 2 ราย ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเหมือนกัน |
| 4.ปัญหาทางการพยาบาลหลังผ่าตัด | 1.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกโดยวิธีดมยาสลบ<br>2.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดบริเวณสะโพกซ้าย<br>3.เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดจากการผ่าตัด<br>4.เสี่ยงต่อการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม<br>5.เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่บริเวณแผลผ่าตัดและข้อสะโพกเทียม<br>6.เสี่ยงต่อภาวะHypo-Hyperglycemia จากโรคประจำตัวเบาหวานชนิดที่ 2<br>7.มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะสั้น และระยะยาวเนื่องจากมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอและต้องมีผู้ดูแล | 1.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกโดยวิธีดมยาสลบ<br>2.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดบริเวณสะโพกซ้าย<br>3.เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดจากการผ่าตัด<br>4.เสี่ยงต่อการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม<br>5.เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่บริเวณแผลผ่าตัดและข้อสะโพกเทียม<br>6.เสี่ยงต่อภาวะHypo-Hyperglycemia จากโรคประจำตัวเบาหวานชนิดที่ 2<br>7.มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะสั้น และระยะยาวเนื่องจากมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอและต้องมีผู้ดูแล | กรณีศึกษารายที่ 1 ช่วงหลังผ่าตัดแพทย์ได้ติดตามตรวจ DTX คุมน้ำตาลในเลือด ให้ NPH 4 unit sc.hs และ keep 80-200 mg% ไม่มีภาวะhyper-hypoglycemia ผล DTX ระหว่าง 87-164 mg% ก่อนผ่าตัดผล Hct 26.9% ช่วงผ่าตัดเสียเลือด 300 ml แพทย์ให้ PRC 1 unit (Blood gr.B) ผล Hct หลังให้เลือด 2 ชั่วโมง = 33% ไม่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด แผลผ่าตัดแห้งดี Seal ไว้ไม่ซึม หลัง OFF R/D วันที่ 16 /09/65 ไม่มีไข้ ไม่มีแผลกดทับ คาสายสวนปัสสาวะไว้ปัสสาวะออกดีไม่มีตะกอนขุ่น หลังผ่าตัด1 วันแพทย์ให้ถอดสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะได้เอง ขับถ่ายได้เล็กน้อย ผายลมได้ไม่แน่นอืดท้อง ได้รับการฝึกกายภาพวันที่ 16 /09/65 ผล Pain Score 4<br><br>กรณีศึกษารายที่ 2 ก่อนผ่าตัด Hct 26.7 % ขณะผ่าตัดผู้ป่วยสูญเสียเลือด 320 ml ได้รับ PRC 1 unit gr.B หลังให้เลือด 2 ชั่วโมง Hct 32 % ผล DTX อยู่ในเกณฑ์ปกติ 120-134 mg% แผลผ่าตัดไม่ซึม OFF R/D วันที่ 2 และถอดสายสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะได้เองขับถ่าย 1 ครั้ง ไม่มีท้องผูก Pain Score 3 |
| 5.ปัญหาทางการพยาบาลระยะจำหน่าย | 1.ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้วิธีปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน | 1.ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้วิธีปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน | เนื่องจากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายไม่เคยรับการผ่าตัดมาก่อน และเป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจึงมีความวิตกกังวลเมื่อได้กลับไปพักฟื้นที่บ้าน หลังจากส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดสอนวิธีดูแล ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด รวมถึงพยาบาลได้ใช้กระบวนการพยาบาลดูแลก่อนจำหน่ายตามหลักM-E-D-T-H-O-D ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและมั่นใจมากขึ้น คลายความวิตกกังวลลง |

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ก่อนและหลังผ่าตัด

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 | อภิปรายผล |
|---|---|---|---|
| **ก่อนผ่าตัด**<br>1.ผู้ป่วยไม่สุขสบาย นอนหลับพักผ่อนได้น้อยเนื่องจากปวดสะโพกซ้าย<br>ข้อมูลสนับสนุน | 1.ประเมิน pain score โดยใช้แบบประเมินแบบ Numeric scale 0-10 ทุก 4 ชั่วโมงและบันทึกเป็นสัญญาณชีพ<br>2.ดูแลให้ได้รับ Skin traction ถ่วงน้ำหนักให้มีแรงต้านเหมาะ สมแนวแรงดึงผ่านกระดูกที่หักดึงต่อ เนื่อง ลูกตุ้มลอยอิสระพ้นจากพื้น เชือกที่ดึงอยู่ในรอกและตรวจผ้าที่ยึดข้อเท้าซ้ายถ้าแน่นเกินไปให้คลายออกแล้วให้ พันใหม่ป้องกันการกดทับเส้นประสาทและหลอดเลือดที่ขาซ้าย<br>3.ให้ยาลดปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ที่ระดับความปวด 7 คะแนนขึ้นไป คือ MO 3 mg IV prn ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนรักษาและสังเกตอาการข้างเคียง | 1.ประเมิน pain score 0-10 ทุก 4 ชั่วโมงแลบันทึกเป็นสัญญาณชีพ<br>2.ดูแลการถ่วงน้ำหนักให้มีแรงต้านเหมาะสมแนวแรงดึงผ่านกระดูกที่หักดึงต่อเนื่อง ลูกต้มลอยอิสระพ้นจากพื้น เชือกที่ดึงอยู่ในรอกและตรวจผ้าที่ยึดข้อเท้าซ้ายถ้าแน่นเกินไปให้คลายออกแล้วให้ พันใหม่ป้องกันการกดทับเส้นประสาทและหลอดเลือดที่ขาซ้าย<br>3.ให้ยาลดปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ที่ระดับความปวด 7 คะแนนขึ้นไป คือ MO 3 mg IV prn ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนรักษาและสังเกตอาการข้างเคียง | กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีอาการสะโพกซ้ายหักรักษาด้วยการดึงถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนังที่ขาซ้าย(skin traction) น้ำหนัก 3 kgs เพื่อดึงกระดูกให้เข้าที่ ลดอาการปวดขณะรอการผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1 มี NSR = 8 หลังให้การพยาบาลและยาลดปวด NSR = 6 กรณีศึกษาที่ 2 มีNSR = 7 หลังให้การพยาบาลและยาลดปวด NSR = 5 หลังจากทุเลาอาการปวดนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น |
| 2.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะ Hyper-Hypoglycemia จากภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 | 1.ประเมินภาวะน้ำตาลในเลือด โดยติดตามผล DTX ก่อนอาหาร 3 เวลาและก่อนนอน Keep 80-200 mg% ตามแผนรักษาของแพทย์<br>2. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา คือ NPH 4 unit sc.hs. และ RI scale : DTX<br>201-250 ให้ RI 4unit<br>251-300 ให้RI 6 unit<br>301-350ให้ RI 8unit<br>351-400ให้RI 10unit<br>ตั้งแต่ 401 mg%ขึ้น ไปให้รายงานแพทย์เจ้าของไข้<br>3.เฝ้าระวังอาการHyper-Hypoglycemia<br>4.ให้รับประทานอาหารเฉพาะโรคเบาหวาน<br>5.ให้ 0.9% NSS 1000 ml rate 60 ml/hr | 1.ประเมินภาวะน้ำตาลในเลือด โดยติดตามผล DTX ก่อนอาหาร 3 เวลาและก่อนนอน Keep 80-200 mg% ตามแผนรักษาของแพทย์ คือ RI scale จาก DTX<br>201-250 ให้ RI 4 unit<br>251-300 ให้RI 6 unit<br>301-350ให้ RI 8unit<br>351-400ให้ RI10unit<br>ตั้งแต่ 401 mg%ขึ้น ไปให้รายงานแพทย์เจ้าของไข้<br>2.ให้รับประทานอาหารเฉพาะโรคเบาหวาน<br>3.ให้ 0.9% NSS 1000 ml rate 80 ml/hr | กรณีศึกษาที่ 1 ผลDTX ช่วงก่อนผ่าตัดระหว่าง 123-151 mg% และกรณีศึกษารายที่ 2 ผล DTX ระหว่าง 161-178 mg% สรุปกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีภาวะ Hyper-Hypoglycemia |
| 3.เสี่ยงต่อภาวะแผลกดทับเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว | 1.ประเมินผิวหนังที่ถูกกดทับ<br>2.พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง<br>3.หลีกเลี่ยงการดึงลากผู้ป่วย<br>4.ดูแลให้ได้รับอาหาร น้ำ และสารน้ำอย่างเพียงพอ | 1.ประเมินผิวหนังที่ถูกกดทับ<br>2.พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง<br>3.หลีกเลี่ยงการดึงลากผู้ป่วย<br>4.ดูแลให้ได้รับอาหาร น้ำ และสารน้ำอย่างเพียงพอ | จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย แบ่งตามคะแนน Barden scaleพบว่าในกรณีศึกษาที่ 1=13 มีความเสี่ยงปานกลางและกรณีศึกษาที่ 2 =14 มีความเสี่ยงปานกลาง จากการดูแลตามแผนการรักษา ไม่มีแผลกดทับทั้ง 2 ราย |

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ก่อนและหลังผ่าตัด

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 | อภิปรายผล |
|---|---|---|---|
| | 5.ประเมินผิวหนังที่ถูกกดทับและดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น | 5.ประเมินผิวหนังที่ถูกกดทับและดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น | กรณีศึกษาทั้ง 2 รายไม่เคยมีประสบการณ์ในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและเป็นผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการปฏิบัติตัวเมื่อได้ให้ความรู้ ข้อมูลการเตรียมตัวผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ คลายความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล |
| 4.ผู้ป่วยและญาติ วิตกกังวลเนื่องจากไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด | 1.แนะนำตัวกับผู้ป่วยและญาติ<br>2.ให้คำแนะนำเรื่องพยาธิสภาพของโรคการเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด การงดน้ำงดอาหาร วิธีผ่าตัด ระยะเลาในการผ่าตัดการได้รับยาระงับความรู้สึก<br>3.สอนการออกกำลังกายกล้ามเนื้อขา | 1.แนะนำตัวกับผู้ป่วยและญาติ<br>2.ให้คำแนะนำเรื่องพยาธิสภาพของโรคการเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด การงดน้ำงดอาหาร วิธีผ่าตัด ระยะเลาในการผ่าตัดการได้รับยาระงับความรู้สึก<br>3.สอนการออกกำลังกายกล้ามเนื้อขา | |
| **หลังผ่าตัด**<br>1. ไม่สุขสบายจากอาการคลื่นไส้อาเจียนเนื่องจากผลของยาระงับความรู้สึก/ยาที่ได้รับหลังผ่าตัด | 1.ประเมินและบันทึกระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพ<br>2.ให้นอนราบตะแคงหน้าไปข้างใดข้างหนึ่ง หรือจัดศีรษะสูงเล็กน้อย สังเกตอาการคลื่นไส้อาเจียน<br>3.ดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารตามแผนการรักษา<br>4.ให้ยา Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 ชั่วโมงตามแผนรักษาของแพทย์ | 1.ประเมินและบันทึกระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพ<br>2.ให้นอนราบสังเกตอาการคลื่นไส้อาเจียน<br>3.ดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารตามแผนการรักษา<br>4.ให้ยา Plasil 4 mg IV prn ทุก 5 ชั่วโมงตามแผนรักษาของแพทย์ | กรณีศึกษาที่ 1 หลังผ่าตัด สัญญาณชีพBT 36.5 °c , BP 125/80 mmHg , PR 86 ครั้ง/นาที , RR 18 ครั้ง/นาที ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน<br>กรณีศึกษาที่ 2 หลังผ่าตัด สัญญาณชีพBT 36.8 °c , BP 8 mmHg , PR 88ครั้ง/นาที , RR 20 ครั้ง/นาที มีคลื่นไส้มากแต่ไม่มีอาเจียน ได้ยา Plasil 4 mg IV ไม่มีอาการข้างเคียงหลังฉีดยา พักผ่อนได้ หลังทุเลาคลื่นไส้ลดลง |
| 2.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดบริเวณสะโพกซ้าย | 1.สอนวิธีการประเมินความปวดโดยใช้ Numeric rating scales<br>2.ให้ยาระงับปวด MO 3 mg IV prn q 6 hr และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา<br>3.จัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาได้แก่ การนวดสัมผัส การเบี่ยงเบนความสนใจ | 1.สอนวิธีการประเมินความปวดโดยใช้ Numeric rating scales<br>2.ให้ยาระงับปวด MO 3 mg IV prn q 6 hr และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา<br>3.จัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาได้แก่ การนวดสัมผัส การเบี่ยงเบนความสนใจ | อาการปวดแผลผ่าตัดเกิดจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ ผู้ป่วยจะปวดแผลผ่าตัดมากใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด<br>มีการใช้ยาระงับปวด 1 ชนิด คือยากลุ่ม opioid<br>จัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาได้แก่การนวด การสัมผัส ออกกำลังกายผ่อนคลาย เบี่ยงเบนความสนใจ ผลการจัดการความปวด<br>กรณีศึกษาที่ 1 pain score ลดเหลือ 5<br>กรณีศึกษาที่ 2 pain score เหลือ 4 |
| 3.เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดจากการผ่าตัด | 1.ประเมินการเสียเลือดจากแผลผ่าตัดและขวดสุญญากาศ ดูแลให้ขวดเป็นระบบปิดถ้ามีเลือดออกเกิน 200 ml/hr รายงานแพทย์<br>2.เจาะ Hct ถ้า<30%<br>3.ดูแลให้ได้รับเลือด PRC 1 unit<br>4.ประเมินสัญญาณชีพ<br>5.ให้ออกซิเจน cannula 3 LPM | 1.ประเมินการเสียเลือดจากแผลผ่าตัดและขวดสุญญากาศ ดูแลให้ขวดเป็นระบบปิดถ้ามีเลือดออกเกิน 200 ml/hr รายงานแพทย์<br>2.เจาะHct ถ้า<30% รายงานแพทย์<br>3.ดูแลให้ได้รับเลือด PRC 1 unit<br>4.ประเมินสัญญาณชีพ<br>5.ให้ออกซิเจน cannula 3 LPM | กรณีศึกษาที่ 1<br>ก่อนผ่าตัดผล Hct 26.9%ช่วงผ่าตัดเสียเลือด 300 ml แพทย์ให้ PRC gr.B 1 unit ผล Hct หลังให้เลือด 2 ชั่วโมง = 33% และได้รับยา Transamin50mg IV 8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ไม่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด แผลผ่าตัดแห้งดี Seal ไว้ หลัง OFF R/D แผลไม่มีเลือดซึม<br>กรณีศึกษารายที่ 2 ก่อนผ่าตัด Hct 26.7 % หลังผ่าตัดผู้ป่วยสูญเสียเลือด 320 ml ได้รับ PRC 1 unit gr.B, Hct หลังให้เลือด 2 ชั่วโมง = 32 % และหลังผ่าตัดได้รับยาป้องกัน |

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ก่อนและหลังผ่าตัด

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 | อภิปรายผล |
|---|---|---|---|
| | | | เลือดออกง่ายTransamin 50 mg IV ทุก 8 ชั่วโมง ไม่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดหลังผ่าตัดวันที่ 3 off R/D แผลไม่มีเลือดซึม |
| 4.เสี่ยงต่อการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม | 1.นอนเหยียดขาที่ผ่าตัดกางออก 15-30 องศา ใช้หมอนกั้นกลาง ขาซ้ายไม่บิดเข้าในหรือออกนอก<br>2.พลิกตะแคงตัวไปข้างที่ไม่ทำผ่าตัดแบบท่อนซุง ขาข้างผ่าตัดเหยียดตรงสอดหมอนระหว่างขา<br>3.ประเมินการเคลื่อนหยุดของข้อจากบริเวณข้อสะโพกและต้นขาจะบวม ขาทั้งสองข้างจะยาวไม่เท่ากัน | 1.นอนเหยียดขาที่ผ่าตัดกางออก 15-30 องศา ใช้หมอนกั้นกลาง ขาซ้ายไม่บิดเข้าในหรือออกนอก<br>2.พลิกตะแคงตัวไปข้างที่ไม่ทำผ่าตัดแบบท่อนซุง ขาข้างผ่าตัดเหยียดตรงสอดหมอนระหว่างขา<br>3.ประเมินการเคลื่อนหยุดของข้อจากบริเวณข้อสะโพกและต้นขาจะบวม ขาทั้งสองข้างจะยาวไม่เท่ากัน | การเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียมสาเหตุเกิดจากข้อเทียมยังไม่มั่นคงเนื้อเยื่อหุ้มข้อและกล้ามเนื้อรอบข้อไม่แข็งแรง 1-3 สัปดาห์ เนื้อเยื่อรอบข้อสะโพกจะแข็งแรง ซึ่งกรณีศึกษาทั้งสองรายไม่พบการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียมข้างที่ผ่าตัด |
| 5.เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่บริเวณแผลผ่าตัดและข้อสะโพกเทียม | 1.ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง และลักษณะแผล<br>2.ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียง<br>3.ดูแลขวดระบายสิ่งคัดหลั่งจากแผลเป็นระบบปิดและสุญญากาศ<br>4.ทำแผลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ | 1.ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง และลักษณะแผล<br>2.ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียง<br>3.ดูแลขวดระบายสิ่งคัดหลั่งจากแผลเป็นระบบปิดและสุญญากาศ<br>4.ทำแผลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ | กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีแผลผ่าตัดสะอาดหลัง Off R/D แผลไม่มีเลือด ไม่มีหนองซึม ไม่บวมแดงไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติ และได้รับยาปฏิชีวนะ<br>กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับยา Cefazolin 1 gm IV ทุก 6 ชั่วโมง<br>กรณีศึกษาที่ 2 ได้รับยา Cefazolin 1 gm IV ทุก 6 ชั่วโมง หลังผ่าตัดจึงไม่มีภาวะติดเชื้อที่บริเวณแผลผ่าตัดและข้อสะโพกเทียม |
| 6.เสี่ยงต่อภาวะHypo-Hyperglycemia จากโรคประจำตัวเบาหวานชนิดที่ 2 | ประเมินภาวะน้ำตาลในเลือด โดยติดตามผล DTX ก่อนอาหาร 3 เวลาและก่อนนอน Keep 80-200 mg% ตามแผนรักษาของแพทย์ คือNPH 4 unit sc.hs. และ RI scale จาก DTX<br>201-250 ให้ RI 4 unit<br>251-300 ให้ RI 6 unit<br>301-350 ให้ RI 8unit<br>351-400 ให้ RI 10unit<br>ตั้งแต่ 401 mg% ขึ้นไปให้รายงานแพทย์เจ้าของไข้<br>2.ให้รับประทานอาหารเฉพาะโรคเบาหวาน<br>3.ให้ 0.9% NSS 1000 ml rate 60 ml/hr | ประเมินภาวะน้ำตาลในเลือด โดยติดตามผล DTX ก่อนอาหาร 3 เวลาและก่อนนอน Keep 80-200 mg% ตามแผนรักษาของแพทย์ คือNPH 4 unit sc.hs. และ RI scale จาก DTX<br>201-250 ให้ RI 4 unit<br>251-300 ให้ RI 6 unit<br>301-350 ให้ RI 8unit<br>351-400 ให้ RI 10unitตั้งแต่ 401 mg% ขึ้นไปให้รายงานแพทย์เจ้าของไข้<br>2.ให้รับประทานอาหารเฉพาะโรคเบาหวาน<br>3.ให้ 0.9% NSS 1000 ml rate 80 ml/hr | กรณีศึกษาที่ 1 ผลDTX ช่วงหลังผ่าตัดระหว่าง 87-164 mg% และกรณีศึกษารายที่ 2 ผล DTX หลังผ่าตัดระหว่าง 120-134 mg% สรุปกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีภาวะ Hyper-Hypoglycemia |
| 7.มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะสั้น และระยะยาวเนื่องจากมีความรู้และ | <u>การพยาบาล</u><br>1.ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเรื่องการออกกำลังกาย การป้องกันข้อสะโพกหลุด การหกล้มซ้ำ การจัดสิ่งแวดล้อม | <u>การพยาบาล</u><br>1.ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเรื่องการออกกำลังกาย การป้องกันข้อสะโพกหลุด การหกล้มซ้ำ การจัด | กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีผู้ดูแลเป็นลูกสาวทั้ง 2 ราย ซึ่งดูแลตั้งแต่แรกรับรักษาในโรงพยาบาล ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด จนจำหน่าย จึงมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย สามารถกลับไปดูแลฟื้นฟูตามแผนการดูแล |

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ก่อนและหลังผ่าตัด

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 | อภิปรายผล |
|---|---|---|---|
| ทักษะไม่เพียงพอและต้องมีผู้ดูแล | ของบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด<br>2.ประสานศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง<br>3.แนะนำมาตรวจตามนัด<br>4.แนะนำรับประทานยาโรคร่วมต่อเนื่องป้องกันภาวะแทรกซ้อน | สิ่งแวดล้อมของบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด<br>2.ประสานศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง<br>3.แนะนำมาตรวจตามนัด<br>4.แนะนำรับประทานยาโรคร่วมต่อเนื่องป้องกันภาวะแทรกซ้อน | ต่อเนื่องที่บ้านได้ จนถึงวันติดตามการรักษาต่อเนื่องและส่งต่อชุมชน ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด |

**สรุปและอภิปรายผล**

จากการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาในการดูแลรักษาพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่มีโรคร่วมและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก มีความซับซ้อนในการดูแลทั้งในระยะแรกรับก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด จนถึงหลังผ่าตัด ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ในทุกระยะจากการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาในการดูแลรักษาพยาบาล พบว่าในกระบวนการดูแลต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพในการร่วมดูแลตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง การวินิจฉัย การเข้าระบบช่องทางด่วน เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงกระบวนการรักษาและการผ่าตัดที่รวดเร็วที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับไปฟื้นฟูสภาพให้กลับมาเดินได้ปกติใกล้เคียงสภาพเดิมให้มากที่สุด และยังต้องดูแลจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้ม ป้องกันการหักซ้ำโดยทีมดูแลสุขภาพต่อเนื่องในชุมชนและทีมกายภาพบำบัดทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูผ่านเครือข่าย Orthopedics จังหวัดกาฬสินธุ์ พยาบาลออร์โธปิดิกส์ซึ่งเป็นวิชาชีพที่ให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จึงต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย ทั้งความรู้เรื่องพยาธิสภาพของกระดูกหักรวมทั้งโรคร่วมที่มักพบบ่อยในผู้สูงอายุ การรักษา การพยาบาล การเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงการเสริมพลังและสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ควรต้องมีการพัฒนาคุณภาพ/ปรับปรุงแนวทางการดูแลการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกข้อสะโพกหักที่มีโรคร่วมและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมและปรับปรุงกระบวนงานการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเชิงนโยบาย ตามแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) Fast tract Fracture Hip ของแผนกออโธปิดิกส์ เพื่อให้ผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกภายใน 72 ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล และเป็นแนวทางที่ครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยอย่างครบองค์รวม เป็นการเพิ่มมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล[13,14]

**เอกสารอ้างอิง**

1. ขนิษฐา รัตนกัลยา.(2557) ความต้องการความสุขสบายและการได้รับการตอบสนองความต้องการความสุขสบายของ ผู้ป่วยที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนัก. Nursing Journal., 41.5: 112-122.
2. คุณัสปรณ์ มัคคัปผลานนท์, ปุณฑรี ศุภเวช.(2559) การดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม.สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี.3(3):57-66.
3. จักรฤษณ์ วังราษฎร์,สุวินัย แสงโย,กัญญาณัฐ อุ่มมี.(2561) อุปสรรคในการดำเนินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดข้องผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน:วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต. 6(2): 351-361.
4. ชวรินทร์ อมเรสและ สีหธัช งามอุโฆษ.(2562) Update on Arthroplasty in Acute Hip Fractures. Hip&knee today. 24: 9-12
5. นรเทพ กุลโชติ.(2564) กระดูกหักและข้อเคลื่อนรอบข้อสะโพก. [เข้าถึงเมื่อ 16 มี.ค. 2564].เข้าถึงได้จาก: https://med.mahidol.ac.th/ortho/sites/default/files/public/file/pdf/Hip-fx.Dr_.Naratep.pdf

6. บุญยามาส ชีวสกุลยง และชัยยุทธ เจริญธรรม. (2562). ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์. เชียงใหม่ : ทริค ธิงค์.แบบแผนสุขภาพ. 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน. ค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2566, จาก www.mindmeister.com
7. ปราณี ทู้ไพเราะ. (2559). คู่มือยา. กรุงเทพมหานคร : N P limited Partnership.พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 แนวเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อใน โรงพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อ.
8. ยุพิน พรมสวัสดิ์.(2563) การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาซ้ายหักชนิดไม่มีบาดแผลและกระดูกต้นขาขวาหักชนิดมีแผลเปิดร่วมกับภาวะช็อกจากการเสียเลือด. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร. 29(1):47-66.
9. รัชนก ทองน้ำวน.(2549) ศึกษาระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร. PhD Thesis. มหาวิทยาลัยศิลปากร
10. วรรณี สัตยวิวัฒน์.() การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์..(2553) กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็นพีเพรส.
11. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).(2563) แนวปฏิบัติเพื่อการบริหารการจัดการผ่าตัดกระดูกข้อสะโพกหักในผู้สูงอายุ ฉบับ 25 พฤศจิกายน 2563. เอกสารอัดสำเนา.
12. สมปรารถนา คลังบุญครอง.(2564) การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกพักและมีโรคร่วม ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 18(1):151-163.
13. เสาวภา อินผา.(2557) คู่มือพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. 51-74.
14. โสภิต เลาหภักดี.(2563) การพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการเปลี่ยนผ่าตัดข้อสะโพกเทียมและมีโรคร่วม.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. (3):224-240.

# การพัฒนาระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม
# Development of a nursing service system for operating room patients Na Kae Hospital Nakhon Phanom Province.

(Received: April 9,2024 ; Revised: April 11,2024 ; Accepted: April 12,2024)

**ปวีณา จิตต์ตรง**[1]
**Paweena jittrong**[1]

**บทคัดย่อ**

รูปแบบงานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในการพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนาระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องผ่าตัด จำนวน 10 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม ดำเนินการวิจัยในระหว่างวันที่ 31 มกราคม ถึง 14 มีนาคม 2567 ระยะเวลา 6 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t - test

ผลการวิจัย มีดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โดยภาพรวม พบว่า ก่อนและหลังพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจจากระดับมากเป็นมากที่สุด (X=22.60/35.50, SD=4.42/2.83) 2) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของ ผู้รับบริการต่อระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โดยภาพรวม พบว่า ก่อนและหลังพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจจากระดับมากเป็นมากที่สุด (X=20.40/35.66, SD=3.06/1.07) 3) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจทั้งจากกลุ่มตัวอย่างบุคลากรและผู้รับบริการพบว่า หลังการพัฒนาระบบ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าหลังการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 4) ความคิดเห็นต่อการบริการของ ผู้รับบริการ ในด้านความคิดจะกลับมาใช้บริการอีกครั้งหรือไม่ หลังพัฒนาพบว่า มั่นใจว่าจะกลับมาอีกร้อยละ 90 ส่วนการแนะนำมาใช้บริการที่นี่อีกร้อยละ 100

**คำสำคัญ :** การพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด, มาตรฐานบริการผู้ป่วยห้องผ่าตัด, การพัฒนาระบบ

**ABSTRACT**

The format of this research is action research (Action Research) in developing a nursing service system for operating room patients. Na Kae Hospital Nakhon Phanom Province The objective is to develop and study the results of developing a nursing service system for operating room patients. Na Kae Hospital Nakhon Phanom Province Sample size were 10 patients who came to receive services at the operating room by purposive selection. Data were collected by questionnaire The research was conducted between 31 January and March 14, 2024, period of 6 weeks. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t - test.

The results of the research are as follows: 1 ) Average satisfaction of personnel with the nursing service system for operating room patients. Overall, it was found that before and after the system was developed, the average satisfaction was from a high level. is the most (X=22.60/35.50, SD=4.42/2.83) 2) Average satisfaction of Overall, the service recipients of the operating room nursing service system found that before and after the system was developed, they had an average of satisfaction from the highest level to the highest. (X=20.40/35.66, SD=3.06/1.07) 3) When comparing the average satisfaction values from both personnel and service recipient samples, it was found that After system development There is a statistical significance of 0.05 in the mean satisfaction increase than after the system development. 4)

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาแก

The service recipients' opinions on the service in terms of whether or not they will come back to use the service again. After development, it was found that I'm sure I'll come back 90%, and I'll recommend 100% to use the service here.

**Keywords :** nursing care for operating room patients, operating room patient service standards, system development

**บทนำ**

จากมาตรฐานองค์การอนามัยโลก และมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้กำหนดให้มีการตรวจสอบการ ผ่าตัด เพื่อให้ การผ่าตัดถูกต้อง ปลอดภัย มีการควบคุม และป้องกันอุบัติการณ์ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เนื่องจากการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เป็นการให้บริการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและผู้ป่วยที่มารับการรักษาต่าง ๆ ที่ต้องกระทำในห้องผ่าตัด ให้การดูแลตั้งแต่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด รวมทั้งประสานกับทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วยหรือหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอีกด้วย พยาบาลผ่าตัดนอกจากมีความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลแล้ว ยังต้องมีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการผ่าตัดและมีความชำนาญเฉพาะทางด้านอุปกรณ์ หรือเครื่องมือพิเศษที่ได้รับการฝึกฝนในการช่วยทำผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัย[1,2]

ระบบบริการทางการพยาบาลผ่าตัด เป็นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลัง ผ่าตัดโดยเน้นถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญ รวมถึงการประสานงานในทีมพยาบาลห้องผ่าตัดวิสัญญี และทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด พยาบาลผ่าตัดนอกจากมีความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลแล้ว ยังต้องมีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการผ่าตัด และมีความชำนาญเฉพาะทางด้านในการใช้เครื่องมือผ่าตัดร่วมกับ เทคโนโลยีใหม่ๆ ได้อย่างถูกต้องและชำนาญ ในขณะเดียวกันก็ต้องใช้กระบวนการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยให้ ได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ตลอดระยะเวลาที่อยู่ในห้องผ่าตัด รวมถึงการรักษาสิทธิของผู้ป่วยความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการผ่าตัดวัดได้จากการทำงานที่ไม่มีความผิดพลาด ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งก่อน ผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด เช่น ความถูกต้องในการระบุตัวผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด ตำแหน่งที่ผ่าตัด และ ประเภทของการผ่าตัดไม่พบการบาดเจ็บจากของมีคม รวมถึงการไม่มีสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วย แต่ถ้ามีความผิดพลาดเกิดขึ้นหรือเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางศัลยกรรม เช่น การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดชนิดการผ่าตัด การมีสิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วยหลังการผ่าตัด และการเสียชีวิตอย่างกะทันหันของผู้ป่วยที่แข็งแรงดี จนส่งผลกระทบโดยตรงต่อ ผู้ป่วยและโรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์อาจถูกฟ้องร้อง ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก[2]

ปัจจุบันงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม พบข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการและการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดในปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่า (1) การทำผ่าตัด/หัตถการผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดชนิด โดยมีจำนวนครั้ง พบว่ามีจำนวน 1, 0, และ 1 ครั้ง ตามลำดับ (2) การเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนผ่าตัด พบว่ามีจำนวน 0, 1 และ 1 ครั้ง ตามลำดับ (3) การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด พบว่ามีจำนวน 0, 1 และ 1 ครั้ง ตามลำดับ (4) การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบว่ามีจำนวน 0, 1 และ 1 ครั้ง ตามลำดับ (5) สิ่งตกค้างในตัวผู้ป่วยผ่าตัด พบว่ามีจำนวน 0, 1 และ 0 ครั้ง ตามลำดับ (ที่มา : เวชระเบียนและงานผู้ป่วยนอก รพ.นาแก) จากข้อมูลประเด็นคุณภาพเพื่อความท้าทายขององค์กรตั้งแต่ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2566 ของงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแกพบว่า ปัญหาการบริการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด ที่ยังไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการ

ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดให้ได้อย่างครอบคลุม ซึ่งประกอบด้วย มาตรฐานที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด 1.1 การประเมินปัญหาความต้องการและเตรียมความพร้อม ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1.2 การเตรียมความพร้อมพยาบาลผ่าตัดและอุปกรณ์ เครื่องมือ มาตรฐาน ที่ 2 การพยาบาลระยะผ่าตัด มาตรฐานที่ 3 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด มาตรฐานที่ 4 การดูแลต่อเนื่อง มาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ มาตรฐานที่ 6 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ ด้านสุขภาพ มาตรฐานที่ 8 การพิทักษ์สิทธิผู้ ป่วย มาตรฐานที่ 9 การบันทึกทางการพยาบาล[1]

อย่างไรก็ตามในแต่ละปีงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนมมีจำนวนผู้รับบริการในห้องผ่าตัด ดังข้อมูลผู้รับบริการตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2564-2566 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดทำหมัน จำนวน 4, 3, 2 ราย มีจำนวนไม่มากต่อปีเนื่องจากแพทย์มีความชำนาญไม่เพียงพอ แต่จะมีหัตถการใหญ่ที่ต้องทำในห้องผ่าตัด ที่ต้องใช้ความสะอาดและปลอดเชื้อ เช่น การจี้หูด,การทำแผลขนาดใหญ่ Excision,ผ่าตัดเล็ก เป็นต้น ซึ่งมีจำนวน เฉลี่ยปี 2564-2566 จำนวน 36,25,30 ราย ตามลำดับ เฉลี่ยเป็น 3,2 และ 3 รายต่อเดือน ตามลำดับ[3] อย่างไรก็ตามงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม บุคลากรในห้องผ่าตัดมีทั้งหมด 11 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 9 คน พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน คนงาน 1 คน ในการผ่าตัดทั่วไปเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดที่เข้าร่วมทีมผ่าตัดประกอบด้วย พยาบาล 2 คน ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย 1 คน และคนงาน 1 คน ซึ่งมีหน้าที่ดังนี้ พยาบาลคนที่ 1 เป็นหัวหน้าทีมทำหน้าที่ผู้ช่วยผ่าตัด พยาบาลคนที่ 2 ทำหน้าที่พยาบาล ส่งผ่าตัด (scrub nurse) ผู้ช่วยเหลือคนไข้ทำหน้าที่แทนพยาบาลในตำแหน่งพยาบาลช่วยทั่วไป (circulate nurse) และคนงานมีหน้าที่ทำความสะอาดห้องผ่าตัดและเก็บขยะ สำหรับภาวะที่การผ่าตัดมีความยุ่งยากซับซ้อนจะเพิ่มพยาบาลช่วยผ่าตัด (second assistant) อีกหนึ่งคน นอกจากนี้พยาบาลห้องผ่าตัดทุกคนยังสลับกันหน้าที่เป็นหัวหน้าเวร ( in-chart nurse) ซึ่งทำหน้าที่บริหารจัดการห้องผ่าตัดโดยมีหัวหน้างานห้องผ่าตัดและผู้ช่วยหัวหน้างานห้องผ่าตัดทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา ในการให้บริการของพยาบาลห้องผ่าตัดนั้นในระยะก่อนผ่าตัดพยาบาลมีบทบาทในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด เตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ เตรียมความพร้อมของห้องผ่าตัด และเตรียมความพร้อมในการช่วยทีมผ่าตัด ในระยะผ่าตัด พยาบาลมีบทบาทในการตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคล จัดท่าผู้ป่วยให้เหมาะสมกับประเภทการผ่าตัด ทำความสะอาดผิวหนังก่อนผ่าตัด ช่วยแพทย์ระหว่างผ่าตัด ส่งเครื่องมือผ่าตัดถูกต้องตามขั้นตอน และการเก็บสิ่งส่งตรวจ ในระยะหลังผ่าตัดพยาบาลมีบทบาทในการตรวจสอบแผลผ่าตัดและอุปกรณ์ที่ติดร่างกายผู้ป่วย ตรวจสอบบริเวณที่วางแผ่นสื่อและ รอยกดทับ

จากข้อมูลและการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม เบื้องต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาการให้บริการ งานบริการผู้ป่วย ในห้องผ่าตัด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนา ระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ตามมาตรฐานเชิงโครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์ ให้เกิดคุณภาพมาตรฐานและผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย สามารถนำมาใช้ได้จริงทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ทำให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจ ในการปฏิบัติหน้าที่โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ร่วมกับประยุกต์ใช้ ทฤษฎีระบบ (System Theory) ให้สอดคล้องกับมาตรฐานบริการผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัด

นครพนม เป็นข้อกำหนดให้พยาบาลนำไปปฏิบัติการดูแลผู้ใช้บริการตั้งแต่เริ่ม เข้ามาใช้บริการในหน่วยงานบริการจนออกจากหน่วยบริการ ประกอบด้วย 9 มาตรฐาน ในการพัฒนาระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ซึ่งเป็นกระบวนการศึกษาค้นคว้า คิดค้น อย่างเป็นระบบน่าเชื่อถือมีเป้าหมายในการพัฒนา

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อการพัฒนาระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาล นาแก จังหวัดนครพนม

**วิธีการวิจัย**

รูปแบบงานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนาระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้ศึกษา ผู้รับบริการที่มารับการบริการที่แผนกห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ทุกราย

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้รับบริการที่มารับการบริการที่แผนกห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ทุกรายโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวนและขนาดกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงตามจำนวนที่มารับบริการที่ในปีที่ผ่านมา 2566 จำนวน 30 ราย ใช้การคำนวณกลุ่มตัวอย่างแบบร้อยละ กลุ่มตัวอย่างน้อยไม่เกินหลักร้อย ใช้กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 25 จากการอ้างอิงกลุ่มประชากรปี 2566 จำนวน 30 ราย ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 25 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้จำนวน 7.5 คน ผู้วิจัยได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ เพศ อายุ ผู้รับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือสิทธิคุ้มครองการรักษาพยาบาล อาชีพ ระดับการศึกษา จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการที่แผนกห้องผ่าตัดลักษณะของแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้รับบริการ ที่มีต่อการให้บริการงานพยาบาลที่แผนกห้องผ่าตัด ลักษณะของแบบสอบถามแบบประเมิน ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นร่างแนวทางปฏิบัติการบริการที่แผนกห้องผ่าตัดที่ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ในการวิจัย จากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจำนวน 5 ท่าน

**ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย**

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ(Action) 3) การติดตามผล(Observation) 4) การสะท้อน (Refection) โดยใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม 2567 ดังนี้

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยทำการวิเคราะห์ดังนี้ 1.) รวบรวมข้อมูลแบบสอบถามด้านข้อมูลทั่วไป ความพึงพอใจ ของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (descriptive

analytics) เป็นการวิเคราะห์ขั้นพื้นฐาน ที่ทำให้เห็นภาพรวมของข้อมูล และความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลนำมาหาความถี่ ค่าเฉลี่ยและร้อยละ 2.) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลได้ปฏิบัติตามกระบวนการและผลลัพธ์

**ผลการวิจัย**

**ขั้นตอนที่ 1** การวางแผน (Planning) จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม การศึกษาครั้งนี้ทีมผู้วิจัยได้ร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหาระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม สามารถวิเคราะห์และแยกประเด็นได้ ดังต่อไปนี้

**1. ด้านระบบบริการ**งานการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ปัญหาที่พบคือ

1.1 ไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ที่ชัดเจน

1.2 ระบบบริการ แนวทางปฏิบัติยังสับสนในการปฏิบัติการของเจ้าหน้าที่ ปรับไปตามสถานการณ์แต่ละวัน ไม่ชัดเจน

**2. ด้านเจ้าหน้าที่** ทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการ

2.1 เจ้าหน้าที่ ไม่ได้ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ก่อนเข้ามาปฏิบัติหน้าที่ในห้องผ่าตัดทำให้การปฏิบัติงานไม่ราบรื่นติดขัด มีความสับสนในการดำเนินงาน

2.2 เจ้าหน้าที่ไม่ได้มีการทบทวนแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เป็นระยะๆ ทำให้การปฏิบัติงานไม่คล่อง

2.3 ทีมสหวิชาชีพ ไม่มีได้มีการร่วมทบทวนแนวทางปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ทำให้การประสานงานการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีความเข้าใจไม่ตรงกัน

**3. ด้านผู้ป่วย**

3.1 ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด บางครั้งการเตรียมตัวก่อนมารับการรักษา บริการยังไม่ดีเพียงพอ

**การวางแผนและการกำหนดแนวทางในการกำหนดระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม**

**<u>ระยะก่อนผ่าตัด</u>**

1.1 การประเมินปัญหา ความต้องการ และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พยาบาลผ่าตัดประเมินปัญหาและความต้องการ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และปฏิบัติการ เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนผ่าตัด

1.2 เตรียมความพร้อมพยาบาลผ่าตัดและอุปกรณ์ เครื่องมือ พยาบาลผ่าตัดเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือ/เครื่องใช้ ห้องผ่าตัด และเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการผ่าตัด ทั้งพยาบาลช่วยทั่วไป (Circulating Nurse) และพยาบาลส่งผ่าตัด (Scrub Nurse)

1.3 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ พยาบาลผ่าตัดปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมายในการคุ้มครองภาวะสุขภาพ เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

1.4 พยาบาลผ่าตัดปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ

1.5 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ พยาบาลผ่าตัดให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสม

1.6 การบันทึกทางการพยาบาล พยาบาลผ่าตัดบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลอย่างถูกต้องครบถ้วน และต่อเนื่อง สามารถใช้สื่อสารกับทีมพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพได้

**<u>ระยะขณะผ่าตัด</u>**

**1. พยาบาลช่วยทั่วไป (Circulating Nurse)**

1.1 ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคล ประวัติการรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสีหรือผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด

1.2 อธิบายให้ผู้ป่วยร่วมมือในการผ่าตัด ไม่สัมผัสบริเวณผ่าตัด ผ้า และเครื่องมือที่สะอาดปราศจากเชื้อแล้ว (กรณีผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่)

1.3 แนะนำการปฏิบัติตน และวิธีสื่อสารกับทีมผ่าตัดในระหว่างการผ่าตัด (กรณีผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่)

1.4 จัดท่าผู้ป่วยให้เหมาะสมกับประเภทของการผ่าตัดและระวังการเปิดเผยร่างกาย ส่วนที่ควรปกปิด

1.5 ทำความสะอาดผิวหนังเฉพาะที่ ให้ถูกต้องตามหลักเทคนิคปลอดเชื้อ

1.6 ร่วมตรวจนับและเป็นพยานยืนยันในการตรวจสอบจานวนอุปกรณ์เครื่องมือ ผ้าซับโลหิตก่อนผ่าตัด และก่อนปิดแผลผ่าตัดร่วมกับพยาบาลส่งผ่าตัดและบันทึกไว้เป็นหลักฐาน

1.7 อำนวยความสะดวกในการจัดเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือก่อนการผ่าตัด และปฏิบัติการ

1.8 ดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือ

1.9 สังเกตความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัด คาดการณ์ถึงความต้องการของทีมผ่าตัดและจัดหาเครื่องมือเครื่องใช้ที่จาเป็นได้ทันเวลา

1.10 เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน เช่น อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ การจัดการกับอุปกรณ์ เครื่องมือที่อาจชารุดหรือการใช้เครื่องมือเพิ่ม

1.11 ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

1.12 เก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาอย่างถูกต้องในรายที่ต้องส่งชิ้นเนื้อตรวจ

**2. พยาบาลส่งผ่าตัด (Scrub Nurse)**

2.1 ส่งเครื่องมือถูกต้องตามขั้นตอนการผ่าตัดและตามหลักการ Standard Precautions

2.2 ช่วยผ่าตัดโดยระมัดระวังการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการดึงรั้งของ Retractor เครื่องจี้ หรือการวาง Plate และดูแลให้คงสภาพปราศจากเชื้อบริเวณผ่าตัดตลอดเวลา

2.3 สังเกตความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัด คาดการณ์ถึงความต้องการของทีมผ่าตัดเพื่อตอบสนองความต้องการของทีมผ่าตัด และจัดหาเครื่องมือ เครื่องใช้ ที่จาเป็นได้ทันเวลา

2.4 เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน เช่น อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ การจัดการกับอุปกรณ์ เครื่องมือที่อาจชารุดหรือการใช้เครื่องมือเพิ่ม

2.5 ประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการตรวจวินิจฉัย หรือการรักษาเพิ่มเติม

2.6 ตรวจนับยืนยันจานวนอุปกรณ์เครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ก่อนเย็บปิดแผลตาม Count
Procedure และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน

2.7 ดูแลความอบอุ่นของร่างกายผู้ป่วย/การใช้สารน้า และอุปกรณ์ที่มีความอบอุ่นในร่างกายผู้ป่วยตลอดระยะการผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะ Hypothermia หลังผ่าตัด

2.8 ปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้หลักการของ Standard Precautions ตลอดระยะการผ่าตัด เพื่อป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อจากการผ่าตัดและคุ้มครองตนเองจากการติดเชื้อจากผู้ป่วย

**<u>ระยะหลังผ่าตัด</u>**

พยาบาลผ่าตัดให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย และปลอดภัย จากภาวะแทรกซ้อน

**1. พยาบาลส่งผ่าตัด (Scrub Nurse)**

1.1 ตรวจสอบแผลผ่าตัด/ท่อระบาย/สายสวนปัสสาวะ/NG tube และอุปกรณ์ที่ติดร่างกายผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัด

1.2 ตรวจสอบบริเวณที่ติดแผ่นสื่อ และส่วนของร่างกายผู้ป่วย ที่อาจมี ผลกระทบจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า เครื่องมือ อุปกรณ์ และรอยกดทับที่อาจเกิดจากการจัดท่า

1.3 ดูแลความสะอาดและความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย

1.4 ประสานงานกับวิสัญญีพยาบาล/แพทย์และพนักงานเวรเปล เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด

1.5 ช่วยเหลือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดด้วยความปลอดภัย

1.6 บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลและบันทึกข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.7 รวบรวมอุปกรณ์ เครื่องมือ เพื่อทำความสะอาด และทาให้ปราศจากเชื้อตามมาตรฐานการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ

**2. พยาบาลช่วยทั่วไป (Circulating Nurse)**

2.1 ตรวจสอบ/ส่งตรวจ Specimen ตามแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน

2.2 ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้นหรือหอผู้ป่วยหนักตามความจำเป็น

2.3 ส่งต่อข้อมูลระหว่างผ่าตัดให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.4 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ด้วยความระมัดระวัง เพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้าย

2.5 ตรวจสอบอย่างรอบคอบเกี่ยวกับการไม่มีสิ่งสูญหาย หรือตกค้างใน แผลผ่าตัด

**<u>ระยะการดูแลต่อเนื่อง</u>**

พยาบาลผ่าตัดดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตามแผนการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตามขอบเขตวิชาชีพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย

1.ประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เช่น การเจ็บปวด ความไม่สุขสบายต่าง ๆ

2. ให้ความช่วยเหลือ แนะนำผู้ป่วยและครอบครัว ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ในขอบเขตของวิชาชีพ ด้วยความเอาใจใส่ที่จะสนองตอบต่อปัญหาของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

3. ให้ข้อมูลและรายงานอาการ หรือความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นแก่พยาบาล หอผู้ป่วยที่ดูแลต่อ ได้รับทราบ เพื่อให้การรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

4. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการผ่าตัดตามขอบเขตวิชาชีพ

5. ประสานงานกับทีมพยาบาลหอผู้ป่วยและให้คาแนะนาผู้ป่วยผ่าตัดและครอบครัว เพื่อวางแผนในการฟื้นฟูสภาพ (Early Ambulation)

6. ติดตามเฝ้าระวังอุบัติการณ์การเกิดอันตราย วิเคราะห์สาเหตุ และปรับปรุง แผนการปกป้องอันตรายด้านร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง

7. ประเมินและสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการคุ้มครองภาวะสุขภาพผู้ป่วย

8. บันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการคุ้มครองภาวะสุขภาพผู้ป่วย

9. ประเมินความก้าวหน้าของภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพ ทุกครั้ง ก่อนที่จะเริ่มกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในขั้นตอนต่อไป โดยผสมผสานเข้ากับการประเมิน/เยี่ยมตรวจที่ปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค

10. ปรับปรุงแผนการสร้างเสริมสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจให้เป็นปัจจุบัน

11. ประเมินสรุปผลการสร้างเสริมสุขภาพ

12. บันทึกการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด

**ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ(Action)**

การทดลองดำเนินงานตามแผนในการกำหนดระบบระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

1) ทำหนังสือเชิญทีมสุขภาพเข้าร่วมประชุมชี้แจงแผนการดำเนินงาน (Action plan) แจ้ง

บทบาทหน้าที่รับผิดชอบ ชี้แจงเพื่อซักซ้อมความเข้าใจก่อนการลงสู่การปฏิบัติ

2) ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ที่รับบริการในระบบระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

3) ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อขอความร่วมมือและขอความสมัครใจในการเข้าร่วมการทดลอง โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงเรื่อง วัตถุประสงค์การทำวิจัย พร้อมทั้งได้แจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธได้ และไม่มีผลกระทบใดต่อการรักษาของผู้ป่วย ข้อมูลของผู้ป่วยจะเป็นความลับ และรายงานเป็นผลสรุปของการศึกษาทั้งหมด เมื่อผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยโดยการลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงดำเนินการตามขั้นตอนกรศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4) ดำเนินการทดลองตามระบบระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ตามที่ได้กำหนดไว้

**ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการตรวจสอบ/แก้ไข (CHECK)**

การสังเกตผลการดำเนินงานตามระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ผู้วิจัยติดตามนิเทศ กำกับการดำเนินกิจกรรมของทีมผู้ดูแลระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม และประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมสุขภาพ เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ประเมินผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคในระหว่างการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม โดยใช้ข้อคำถามปลายเปิด

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาดังกล่าว นำสู่การปรับปรุงระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม โดยการส่งเสริมให้ทีมสุขภาพ ทีมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ ที่เหมาะสมกับบริบท เพื่อให้ผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องผ่าตัดได้รับการดูแล ตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายใต้ภาวะเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ตามมา

**ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนการปรับปรุงและประเมินผล (ACT)** สามารถสรุปการจัดระบบงานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

1. การวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม การศึกษาครั้งนี้ทีมผู้วิจัยได้ร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหาระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

2. การวางแผนและการกำหนดแนวทางในการกำหนดระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ดังนี้

**<u>ระยะก่อนผ่าตัด</u>**

1. การประเมินปัญหา ความต้องการ และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พยาบาลผ่าตัดประเมินปัญหาและความต้องการ ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และปฏิบัติการ เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัว ก่อนผ่าตัด

2. เตรียมความพร้อมพยาบาลผ่าตัดและอุปกรณ์ เครื่องมือ พยาบาลผ่าตัดเตรียมความพร้อม ของอุปกรณ์ เครื่องมือ/เครื่องใช้ ห้องผ่าตัดและเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการผ่าตัด

3. การคุ้มครองภาวะสุขภาพ พยาบาลผ่าตัดปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมายในการคุ้มครองภาวะสุขภาพ เพื่อป้องกันอันตราย ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

4. พยาบาลผ่าตัดปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ

5. การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ พยาบาลผ่าตัดให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสม

6. การบันทึกทางการพยาบาล พยาบาลผ่าตัดบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลอย่างถูกต้องครบถ้วน และต่อเนื่อง สามารถใช้สื่อสาร กับทีมพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพได้

**ระยะขณะผ่าตัด**

พยาบาลผ่าตัดให้การพยาบาลผู้ป่วยขณะผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน โดยการดูแลให้การพยาบาลจาก

1. พยาบาลช่วยทั่วไป (Circulating Nurse)
2. พยาบาลส่งผ่าตัด (Scrub Nurse)

**ระยะหลังผ่าตัด**

พยาบาลผ่าตัดให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย และปลอดภัย จากภาวะแทรกซ้อน การดูแลให้การพยาบาลจาก

1. พยาบาลส่งผ่าตัด (Scrub Nurse)
2. พยาบาลช่วยทั่วไป (Circulating Nurse)

**ระยะการดูแลต่อเนื่อง**

พยาบาลผ่าตัดดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตามแผนการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตามขอบเขตวิชาชีพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย

**ขั้นตอนการประเมินผลการจัดระบบงานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด**

การประเมินผลการใช้ระบบการพัฒนาระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ผลของการพัฒนาระบบการพัฒนาระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ผู้ศึกษาได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปของตารางประกอบการบรรยาย ตามลำดับ ดังนี้

**1. ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง**

ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการพัฒนาระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วย ห้องผ่าตัด ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง บุคลากรต่อระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก แยกรายข้อ พบว่า ก่อนพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในทุกๆ ข้อ อยู่ในระดับมาก (X=2.26, SD=0.66) หลังพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ ในทุกๆข้ออยู่ในระดับมากที่สุด (X=3.55, SD=0.55) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนาระบบ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าหลังการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของบุคลากรต่อการพัฒนาระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดในภาพรวม ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง บุคลากรต่อระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาล นาแก โดยภาพรวม พบว่า ก่อนพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (X=22.60, SD=4.42) หลังพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความ พึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (X=35.50, SD=2.83) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าหลังการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ 0.05

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ต่อการพัฒนาระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วย ห้องผ่าตัด ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการต่อระบบบริการงานการพยาบาล ผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม แยกรายข้อ พบว่า ก่อนพัฒนาระบบ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในทุกๆข้อ อยู่ในระดับมาก (X= 2.04, SD=0.56) หลังพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในทุกๆข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด (X=3.56, SD=0.51) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้น กว่าหลังการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการต่อระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม โดยภาพรวม พบว่า ก่อนพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ย

ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (X=20.40, SD=3.06) หลังพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความ พึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (X=35.66, SD=1.07) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้น กว่าหลังการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ 0.05

ความคิดเห็นต่อการบริการของผู้รับบริการต่อการพัฒนาระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อการบริการของกลุ่มตัวอย่าง ผู้รับบริการต่อระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม โดยในด้านความคิดเห็นต่อกลับมาใช้บริการที่นี่ พบว่า ก่อนพัฒนาระบบความคิดเห็นต่อการบริการมั่นใจว่า จะกลับมาอีกจำนวน 6 ราย คิดเป็น ร้อยละ 60 และไม่แน่ใจ จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนการแนะนำมาใช้บริการที่นี่หรือไม่ ก่อนพัฒนา แนะนำและไม่แนะนำ จำนวนเท่าๆ กัน ร้อยละ 50 หลังพัฒนาระบบความคิดเห็นต่อการบริการมั่นใจ ว่าจะกลับมาอีกจำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 90 และไม่แน่ใจ จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 ส่วนการแนะนำมาใช้บริการที่นี่หรือไม่ จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

**สรุปและอภิปรายผล**

จากการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจของบุคลากรและผู้มารับบริการ เพิ่มขึ้นและความคิดเห็นต่อการบริการของผู้รับบริการต่อการพัฒนาระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดมีความมั่นใจมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ซึ่งเป็นกระบวนการศึกษาค้นคว้า คิดค้น อย่างเป็นระบบน่าเชื่อถือ[4,5,6] มีเป้าหมายในการพัฒนา โดยประยุกต์ใช้ ทฤษฎีระบบ (System Theory) เนื่องจากมีองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กันและขึ้นต่อกัน โดยส่วนประกอบ ต่าง ๆ ร่วมกันทำงานอย่างผสมผสานกัน เพื่อให้ บรรลุถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นมุมมองแบบองค์รวม[7,8] โดยทำการศึกษากับทีมเจ้าหน้าที่บุคลากรห้องผ่าตัด และทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในโรงพยาบาล[9,10] รวมทั้งผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

**ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย**

1) สามารถนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เป็นเครื่องมือในการนิเทศ กำกับ และติดตาม การปฏิบัติงานของ พยาบาลประจำ การในงานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดได้

2) ควรกำหนดนโยบายและแนวทางการใช้มาตรฐาน การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เพื่อให้ การพยาบาลมีคุณภาพตาม มาตรฐานวิชาชีพ

3) ควรมีการวางแผนระยะยาว สนับสนุนทุกหน่วยงานดำเนินการสร้างมาตรฐานการพยาบาลให้ครอบคลุมการบริการพยาบาล ทุกประเภท รวมทั้งต้องดำเนินการควบคุม ติดตาม ประเมินผลการใช้ มาตรฐานการพยาบาลในการปฏิบัติงานก่อเกิดผลสัมฤทธิ์ แก่ผู้รับบริการได้ในสถานการณ์จริงหรือไม่

4) สร้างคู่มือวิธีการปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อรองรับมาตรฐานการพยาบาลที่กำหนดขึ้นให้สามารถควบคุมคุณภาพการพยาบาล และนำไปสู่การประกัน คุณภาพการพยาบาลได้

5) พยาบาลประจำการในงานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ควรนำมาตรฐานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดที่สร้างและพัฒนาขึ้นใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินผลการพยาบาลและควรมีการปรับปรุงแก้ไขให้ทันสมัยตามสภาพปัญหา นโยบายและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

1) ศึกษา ตัวแปรอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

2) ศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการในงานผู้ป่วยนอกก่อนและหลังการนำมาตรฐานการพยาบาลไปใช้

## เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ.2561 Patient Safety Goal:SIMPLE Thailand 2018. กรุงเทพฯ: เฟมัส แอนด์ ซัคเซ็สฟูล; 2561.
2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). Patient safety goals :SIMPLE Thailand 2018. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เฟมัส แอนด์ ซัคเซ็สฟูล; 2561.
3. โรงพยาบาลนาแก เวชระเบียนและงานผู้ป่วยนอก. งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก; 2566.
4. นงลักษณ์ บุญเยีย. ผลการพัฒนารูปแบบทีมการพยาบาลต่อคุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก. ว.วิชาการสาธารณสุข 2558; 24(5): 927-36.
5. สาหร่าย จันสา. อิทธิพลของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการทำงานเป็นทีมต่อการจัดการด้านความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลทหารบก 2560; 18 ฉบับพิเศษ: 229-307.
6. วรรณวิมล ทุมมี. การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2558.
7. วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระ วิลาสินี ราชจำปี. ผลการใช้แบบรายการตรวจสอบความปลอดภัยของทีมผ่าตัดในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2560; 25(1): 39-49.
8. เกษร สิทธิศาสตร์,อารมย์ ตัตตะวะศาสตร์,ศักดิ์ชัย เจริญศิริพรกุล.แนวทางการปรับปรุงคุณภาพการรับผู้ป่วยเข้าทำการผ่าตัด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.วารสารโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย ขอนแก่น.2562.
9. ชูใจ วินิจ.ผลการพัฒนางานห้องผ่าตัดต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ โรงพยาบาลสุโขทัย.2557.
10. ศิริพร ประลันย์.ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีมต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม.2563.

# ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในต่อการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเอง หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

# The effect of a self-care promotion program toward self-efficacy and self-care behavior of patients with tibia fractures undergoing internal fixation surgery. In the Orthopedic ward, at Sawang Dandin Crown Prince Hospital.

(Received: April 9,2024 ; Revised: April 11,2024 ; Accepted: April 12,2024)

**รัตนาภรณ์ กวานเหียน[1] อรทัย สุทธิอาจ[1]**
**Ruttanapon Kvanhian[1] Orathai Suttiart[1]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อน และหลัง (One Group Pretest-posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในต่อการรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ที่มีอายุระหว่าง 14–60 ปี และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จำนวน 14 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ เดือน ตุลาคม 2566 ถึงเดือน มีนาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบไปด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ก่อน-หลัง ในการดูแลตนเอง แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหัก เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม และแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired Simple t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกหน้าแข้ง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ก่อน และหลังการเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกหน้าแข้ง หลังการเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -8.437$, $p < 0.05$) และค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองหลังการเข้าโปรแกรม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -8.303$, $p < 0.05$) ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกหน้าแข้ง หลังการเข้าโปรแกรมค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

**คำสำคัญ** ผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหัก, โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง

**Abstract**

The research was a quasi - experimental with one group pretest-posttest design aimed at studying the effect of a self-care promotion program toward self-efficacy and self-care behavior of patients with tibia fractures undergoing internal fixation surgery. The sample of this study was 14 patients with tibia fractures who received internal fixation aged 14 - 60 years and were receiving treatment in the Orthopedic ward, at Sawang Dandin Crown Prince Hospital. The data were collected data from October 2023 to March 2024. The tools used to collect data consisted of 1) a Personal information questionnaire, 2) a before-after knowledge questionnaire in self-care, 3) a self-care ability perception questionnaire, and 4) a self-care behavior assessment of patients with tibia fractures. The data were collected from questionnaires and assessments, and then, analyzed using descriptive statistics and a Paired Simple t-test to compare the differences in the mean knowledge scores, self-care ability

[1] หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

perception, and self-care behavior of shin bone surgery patients. The statistical significance level was set at the 0.05 level.

The result revealed that after participating in the program to promote self-care of patients with tibia fractures undergoing internal fixation surgery, the patients had an average score of knowledge increased with statistical significance at the 0.05 level. ($t = -8.437$, $p < 0.05$) and the average score of self-care ability perception after participating in the program increased with statistical significance at the 0.05 level ($t = -8.303$, $p < 0.05$). As for the self-care behavior of patients with tibia fractures undergoing internal fixation surgery after participating in the program, the average score of self-care behavior was higher than before participating in the program.

**Keywords:** Tibia fracture patients, Self-care promotion program

**บทนำ**

กระดูกหักเป็นปัญหาทางออร์โธปิดิกส์ (Orthopedics) ที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญ สาเหตุเกิดจาก การทำงาน เกิดจากอุบัติเหตุจราจร รวมถึงอุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา (April Reynolds,2013) จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขแห่งประเทศไทย (2560) ประเทศไทยติดอันดับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนเป็นอันดับที่ 2 ของโลก คือ จำนวน 44 คน ต่อแสนประชากร อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นร้อยละ 60-70 มีการบาดเจ็บของกระดูกร่วมด้วย ไม่ว่าจะเป็นกระดูกหัก ข้อเคลื่อน ข้อเคล็ด และกระดูกหักที่พบบ่อย คือกระดูกส่วนล่างของร่างกายนั้นคือกระดูกขา ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าอัตรากระดูกขาส่วนล่างหรือกระดูกหน้าแข้งหัก (Tibia,fibula, Ankle Fracture) 492,000 คนต่อปี เช่นเดียวกับทวีปเอเชีย ความชุกของโรคนี้ก็สูงขึ้นทั้งในประเทศอินเดีย ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย และไทย ผู้ป่วยที่มีกระดูกขาส่วนล่างหัก ส่วนใหญ่เกิดจากการได้รับอุบัติเหตุที่รุนแรง เช่น อุบัติเหตุรถชน การตกจากที่สูงเป็นเหตุให้กระดูกหัก ทิ่มแทงเนื้อเยื่อและผิวหนังฉีกขาด ก่อให้เกิดความปวดในระดับมากแก่ผู้ป่วย ส่งผลให้มีความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ถ้าได้รับการรักษาที่ไม่เพียงพอ ซึ่งการรักษามีทั้งไม่ทำผ่าตัด เช่น การเข้าเฝือก (Cast) การยึดตรึงกระดูกด้วยการถ่วงน้ำหนัก (traction) และการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน (Open Reduction Internal Fixation: ORIF) และการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายนอก (Open Reduction External Fixation: OREF)[8]

การรักษาด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยแผ่นโลหะดามกระดูกนั้นทำให้กระดูกติดประมาณร้อยละ 90-95 ส่วนแกนโลหะดามกระดูกนั้น เป็นที่ยอมรับของแพทย์โดยทั่วไปว่าให้ผลดีในการใช้รักษา[8] การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน เป็นวิธีการรักษากระดูกขาหักที่ใช้กันแพร่หลายมากที่สุด หลังจากที่ได้รับการผ่าตัดใหม่จะต้องระวังเรื่องแผลไม่ให้มีการติดเชื้อ ดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้เปียกน้ำ หรือสิ่งสกปรก การลงน้ำหนักในระหว่างที่ดามกระดูกด้วยโลหะต้องรอจนกระทั่งกระดูกเริ่มติดสามารถลงน้ำหนักได้บางส่วน แพทย์จะอนุญาตให้ลงน้ำหนักได้ จนกว่าแพทย์จะสั่งว่ากระดูกติดดีแล้ว กิจกรรมใดๆ ที่จะทำให้โลหะที่ดามไว้หัก เช่น การลงน้ำหนักก่อนเวลาอันควร ขับรถมอเตอร์ไซค์ อาจจะทำให้รถมอเตอร์ไซค์ล้ม กระดูกหักซ้ำได้อีกครั้งหนึ่ง ซึ่งจะทำการรักษาได้ยาก และมีปัญหายุ่งยากตามมา[5] ภาวะแทรกซ้อนสำคัญหลังการ ผ่าตัด คือ การติดเชื้อหลังผ่าตัด กระดูกไม่ติดหรือกระดูกติดล่าช้า ข้อติดแข็งกรณีผ่าตัดใกล้ข้อ และที่พบบ่อยคือ การเกิดเหล็กดามกระดูกหัก (Fail Plate) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยที่ผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับมารับการรักษาซ้ำ และต้องให้การรักษาเพิ่มเติมเพื่อให้กระดูกติดและหลีกเลี่ยงความพิการ ทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และนอนโรงพยาบาลนานขึ้น[3] ผู้ป่วยที่กระดูกขาหัก และได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ต้องใช้ระยะเวลาใน

การรักษาให้กระดูกติดดี แพทย์จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยเดินด้วยไม้ค้ำยันรักแร้ โดยไม่ลงน้ำหนักขาที่ผ่าตัด และให้พักฟื้นต่อที่บ้าน เมื่อกลับบ้านผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตบางอย่าง ต้องดูแลตนเองให้สอดคล้องกับการรักษา

จากข้อมูลผู้มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ซึ่งเป็นผู้ป่วยกระดูกและข้อ พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวน 659 ราย 619 ราย และ 537 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหัก จำนวน 41 ราย 52 ราย และ 60 ราย ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน จำนวน 33 ราย 41 ราย และ 51 ราย ตามลำดับ (สรุปผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2565) จากข้อมูลตัวชี้วัดปี พ.ศ.2563-2565 พบว่ามีอุบัติการณ์ การเกิดเหล็กดามกระดูกหัก (Fail Plate) จำนวน 6 ราย, 7 ราย และ 5 ราย ตามลำดับ จากการทบทวนเวชระเบียน อุบัติการณ์การเกิดเหล็กดามกระดูกหัก (Fail Plate) เกิดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ตามแผนการรักษาขณะกลับไปอยู่ที่บ้านในเรื่อง การเดิน การลงน้ำหนักก่อนแพทย์อนุญาต การติดเชื้อ อุบัติเหตุการลื่นล้ม รวมถึงผู้ป่วยที่ดื่มสุราทำให้สูญเสียการทรงตัวจนเกิดการหกล้ม จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นว่ายังคงมีผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่กลับเข้ารักษาซ้ำ สะท้อนถึงคุณภาพการพยาบาล เมื่อได้วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันพบว่า การให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดกระดูกหน้าแข้งหักเป็นแบบตั้งรับ ข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยแต่ละรายขึ้นกับความรู้ความสามารถของพยาบาลแต่ละคน โดยไม่ได้นำหลักการสำคัญของการให้ความรู้ ที่ต้องมุ่งเน้นที่ตัวผู้รับความรู้ และให้ความสำคัญกับปัจจัยสำคัญที่จะนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริง คือ ผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติ และความสามารถหรือสมรรถนะของตนเองที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายในผลลัพธ์ที่ต้องการ หรือความเชื่อมั่นในสมรรถนะที่จะสามารถดูแลตนเองได้ อีกทั้งการให้ความรู้แบบเดิมไม่มีความจำเพาะเจาะจง กับการผ่าตัดกระดูกหน้าแข้งหัก ขาดการกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการฝึกของผู้ป่วย เพื่อให้การให้ความรู้ และการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นแบบเชิงรุก มีแนวทางที่ชัดเจน คือการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการให้ผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่แรกรับโปรแกรมนี้ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และไม่มีภาวะเหล็กดามกระดูกหัก (Fail Plate) ภายใน 6 เดือน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหัก ที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน เพื่อให้ความรู้ และการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นแบบเชิงรุก มีแนวทางที่ชัดเจน คือ การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการให้ผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่แรกรับ ในการดูแลและฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยให้กลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว ส่งเสริมการหายของกระดูก และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น โปรแกรมนี้จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และไม่มีภาวะเหล็กดามกระดูกหัก (Fail Plate) ภายใน 6 เดือน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำ สูญเสียเวลา ค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น และอาจเกิด ความพิการชนิดถาวรได้ (อ้างใน ชลธีรา ขำผิวพรรณ, 2564: 266) และยังเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ด้วย

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเอง หลังใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการใช้ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของ

ผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

3. เพื่อศึกษาค่าเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถของตนเอง หลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

4. เพื่อศึกษาค่าเฉลี่ย ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

**สมมติฐานการวิจัย**

หลังโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ทำให้การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีขึ้น

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง (One Group Pretest-posttest Design) เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหัก ที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ทำการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่าง เดือนตุลาคม 2566 ถึง เดือนมีนาคม 2567 จำนวน 14 ราย

**ประชากรกลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในทั้งเพศชาย และหญิง ที่มีอายุระหว่าง 14–60 ปี ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัส ICD-10 S821-S823 และรหัส ICD-9 7936 พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ระหว่าง เดือนตุลาคม 2566 ถึง มีนาคม 2567 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling Technique) มีจำนวน 14 คน เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 14 ปี ขึ้นไป 2) ไม่จำกัดเพศ 3) เป็นผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักรับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในครั้งแรก 4) ไม่มีการบาดเจ็บที่รุนแรงของอวัยวะอื่นร่วมด้วย เช่น สมองกระทบกระเทือน มีการบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้อง ภาวะหัวใจทำงานผิดปกติ ความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น 5) ไม่มีโรคอื่นๆ ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ อัมพาตของกล้ามเนื้อแขนและขาหรืออาการแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น การบาดเจ็บของเส้นประสาท มีเลือดคั่ง หรือเกิดการติดเชื้อจากหัตถการ รวมถึงความผิดปกติอื่นๆ อันอาจเป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย และท่าทางเคลื่อนไหว 6) ไม่มีประวัติติดยาเสพติด 7) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาทางจิตประสาท 8) ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน หรือการมองเห็น สามารถพูดด้วยภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจ 9) มีผู้ดูแลที่สามารถมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองได้ 10) ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมตลอดการวิจัย เกณฑ์คุณสมบัติในการคัดออก (Exclusive Criteria) ดังนี้ 1) มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบการหายใจล้มเหลว 2) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามโปรแกรม

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 ส่วน ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้ก่อน-หลัง ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน 20 ข้อ 3) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหัก ที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน 16 ข้อ 4) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหัก ที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน 16 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย 1) แผนการสอนรายบุคคล การสาธิตและฝึกปฏิบัติ 2) สื่อวิดีโอ 3) คู่มือการปฏิบัติตัว 4) แผ่นพับคำแนะนำการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน 5) การโทรศัพท์ติดตาม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหัก ที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ต่อการรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง พร้อมทั้งแผนการสอน และวีดีโอ เรื่องการปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน คู่มือพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ ใช้แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมกระดูก จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน และพยาบาลที่มีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกและข้อ 1 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ แล้วปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ซึ่งได้การประเมินเพื่อหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)เท่ากับ 0.88 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ของความคงที่ภายใน (Coefficience of Internal Consistency) ด้วยวิธีการของครอนบาธ (Chronbach's Alpha Coefficience) พิจารณาค่าที่คำนวณได้จากสัมประสิทธิ์แอลฟา ของ ครอนบาธ อยู่ระหว่าง 0-1 ค่าที่เข้าใกล้ 1 จะมีความเที่ยงของความสอดคล้องภายในสูง แสดงว่าแบบสัมภาษณ์สามารถวัดเนื้อหาเดียวกัน และวัดได้สอดคล้องกันทุกข้อ ผลจากการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงรวมของความรู้เท่ากับ 0.70 การรับรู้ความสามารถตนเองเท่ากับ 0.70 และประสิทธิผลของการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.76[2]

**ขั้นตอนดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง วันที่ 31 มีนาคม 2567 ที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร โดยมีขั้นตอนในการทดลองดังนี้

**ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการศึกษาทดลองวิจัย**

1. เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ต่อความรู้การรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2. การเตรียมและสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือโดยการทบทวนเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ต่อความรู้การรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2.2 ผู้วิจัยจัดทำ แผนการสอน สื่อประกอบการสอน วีดีโอ คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหัก ที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน

**ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการศึกษาทดลองวิจัย**

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ให้การพยาบาลรายบุคคล ที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ตั้งแต่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล จนแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านตามโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ต่อการรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยมีกิจกรรม 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 : หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วยลงในแบบบันทึกข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และการสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยเข้าพบผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในที่เตียง ทำการสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัวผู้วิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ และขอความ

ร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย Pre-test จากนั้นสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับภาวะกระดูกหน้าแข้งหักและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ความสำคัญของการดูแลตนเองหลังผ่าตัด กระตุ้นให้เห็นความสำคัญ และความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายการดูแลตนเอง รวมถึงพูดคุยกับผู้ดูแล/ครอบครัว ถึงความสำคัญของการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องหลังผ่าตัด ตามแผนการสอน โดยใช้สื่อรูปภาพ และคลิปวีดิโอสั้นๆ ประกอบด้วย ท่าทางการเคลื่อนไหว การบริหารร่างกาย การป้องกันการติดเชื้อ และการสังเกตอาการผิดปกติ รวมทั้งเปิดโอกาสให้พูดคุย ซักถามและระบายความรู้สึก พร้อมเน้นย้ำถึงเป้าหมายการดูแลตนเอง (ใช้เวลา 45 นาที)

ครั้งที่ 2 : หลังผ่าตัดวันที่ 2 วัน การประเมินสภาวะความพร้อมร่างกายในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม พร้อมสร้างแรงจูงใจให้ปฏิบัติตามโปรแกรม ด้วยการให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อปฏิบัติถูกต้องร่วมกับผู้แล/ครอบครัว และทบทวนเป้าหมายการดูแลตนเองหลังผ่าตัด วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคต่อพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ร่วมเป็นที่ปรึกษา กระตุ้นให้เกิดการฝึกปฏิบัติต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยแสดงถึงความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยบอกข้อมูลความรู้ การเคลื่อนไหวท่าทาง การบริหารร่างกาย การป้องกันการติดเชื้อ และการสังเกตอาการผิดปกติ หากผู้ป่วยทำได้ถูกต้อง ผู้วิจัย และครอบครัว ชื่นชม ให้กำลังใจ และมีการทบทวน รวมถึงการให้ความรู้ การปฏิบัติเพิ่มเติม กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติและติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อเนื่อง (ใช้เวลา 45-60 นาที)

ครั้งที่ 3 : ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (หลังการผ่าตัด 3 วัน) เน้นการกระตุ้นการบริหารร่างกาย ท่าทางการเคลื่อนไหว กิจกรรมสนทนาปัญหาอุปสรรคการปฏิบัติยังไม่สามารถปฏิบัติได้ร่วมแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ดูแล/ครอบครัว รวมทั้งประเมินบาดแผล อาการทั่วไป แนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มเติม พร้อมสรุปถึงเป้าหมายและความสำคัญ การดูแลตนเองกับผู้ป่วยและผู้ดูแล/ครอบครัว (ใช้เวลา 50 นาที)

ครั้งที่ 4 : หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การโทรศัพท์ติดตาม การปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ใน 3 วัน และวันที่ 14 หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สอบถามปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง (ใช้เวลา 30 นาที)

**ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง**

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการทำ Post-test ในวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินความรู้ในการดูแลตนเองการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ก่อน และหลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยใช้สถิติ Paired Simple t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**จริยธรรมการวิจัย**

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน SWDCPH 2023-041 รหัสโครงการ 123/2566 ระยะเวลาในการรับรองระหว่างวันที่ 26 ตุลาคม 2566 ถึง วันที่ 26 ตุลาคม 2567

**ผลการวิจัย**

ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน จำนวน 14 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 57.1 อายุผู้ป่วยเฉลี่ย 38.42 ปี (S.D. = 19.25) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ สมรส คิดเป็นร้อยละ 42.9 ส่วนใหญ่อาชีพทำนา ทำไร่ คิดเป็นร้อยละ 50.0 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 85.7 ประสบการณ์ผ่าตัดส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 92.9 และทุกคน มีผู้ดูแลทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100

ผลการวิเคราะห์ จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกหน้าแข้ง ที่ตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง 20 ข้อ ที่ประกอบไปด้วย ด้านการบริหารร่างกาย ด้านท่าทางการเคลื่อนไหว ด้านการป้องกันการติดเชื้อ และด้านการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนเวลานัด พบว่าก่อนการเข้าโปรแกรม ความรู้ด้านการบริหารร่างกาย ข้อคำถามหลังผ่าตัดต้องงดบริหารร่างกายเนื่องจากร่างกายอ่อนเพลีย ตอบถูก 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.7 ด้านท่าทางการเคลื่อนไหว ข้อคำถามสามารถนอนทับขาข้างที่ทำผ่าตัดได้ถ้าไม่ปวด และนอนยกขาสูง งอเข่า 45 – 60 องศา 2–3 วัน ตอบถูก 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.4 และ 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.0 ตามลำดับ ด้านการป้องกันการติดเชื้อ ข้อคำถามการดูแลร่างกายให้สะอาด แข็งแรง ฟันไม่ผุ และไม่เป็นหวัดช่วยป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดได้ ตอบถูก 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.1 และด้านการสังเกตอาการผิดปกติ ข้อคำถามบริเวณหน้าแข้งบวม ผิดรูป คืออาการปกติหลังผ่าตัดและเมื่อปลายเท้าขาข้างที่ทำผ่าตัดบวม หรือมีสีคล้ำ ท่านต้องนอนพัก ตอบถูก 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.3 และ 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.4 ตามลำดับ หลังการเข้าโปรแกรมผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกหน้าแข้ง ตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพิ่มมากขึ้นในทุกด้าน

ผลการวิเคราะห์ ก่อนการเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกหน้าแข้ง มีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในระดับต่ำ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.1 ระดับปานกลาง 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.9 ระดับสูงมีเพียง 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 หลังการเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกหน้าแข้ง มีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในระดับสูงทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 ผลการวิเคราะห์ ก่อนการเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ส่วนใหญ่ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกหน้าแข้ง อยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยระดับไม่ดี โดยมีค่าเฉลี่ย 1.35 (S.D.= 0.63) คือ บริหารร่างกายหลังผ่าตัดตามคำแนะนำ ทำทุกวันวันละ 4 ครั้ง ทำซ้ำ 10-20 ครั้ง และค่าเฉลี่ย 1.21 (S.D.= 0.42) คือบริหารร่างกายได้ทันทีหลังผ่าตัด แต่หลังการเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกหน้าแข้ง มีระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ในระดับดีทุกราย

ผลการวิเคราะห์ ก่อนการเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง จำนวนผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกหน้าแข้ง มีระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.7 หลังการเข้าโปรแกรม ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกหน้าแข้ง มีระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100

ผลการวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกหน้าแข้ง ใน 4 ด้าน ประกอบด้วย การบริหารร่างกาย ท่าทางเคลื่อนไหว การป้องกันการติดเชื้อและการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนเวลานัด ทั้งก่อน และหลังการเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับดี ทั้งหมด

ผลการวิเคราะห์ ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง จำนวนผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกหน้าแข้ง มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกหน้าแข้ง พบว่า หลังการเข้าโปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -8.437, p < 0.05) และค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองหลังการเข้าโปรแกรม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -8.303, p < 0.05) ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกหน้าแข้ง หลังการเข้าโปรแกรมค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม รายละเอียดดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกหน้าแข้ง ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม n = 14

| ตัวแปร | n | Mean* | S.D. | df | t | P – value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง | | | | | | |
| ก่อนการเข้าโปรแกรม | 14 | 14.78 | 2.39 | 13 | - 8.437 | < 0.001** |
| หลังการเข้าโปรแกรม | 14 | 19.35 | 0.74 | | | |
| การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง | | | | | | |
| ก่อนการเข้าโปรแกรม | 14 | 2.20 | 0.28 | 13 | - 8.303 | < 0.001** |
| หลังการเข้าโปรแกรม | 14 | 2.85 | 0.11 | | | |
| พฤติกรรมการดูแลตนเอง | | | | | | |
| ก่อนการเข้าโปรแกรม | 14 | 2.79 | 0.15 | 13 | - 1.578 | 0.139 |
| หลังการเข้าโปรแกรม | 14 | 2.84 | 0.11 | | | |

* *Test distribution is Normal by Kolmogorov-Smirnov Z test.* ** ระดับนัยสำคัญที่ P – value < 0.05

**สรุปและอภิปรายผล**

โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหัก ที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในต่อการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-Efficacy) ของ Bandura (1997) ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายร่วมกับทีมดูแล เริ่มจากการให้ข้อมูลความรู้ ให้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง ผ่านการให้ความรู้ตามแผน

การสอน โดยใช้สื่อการสอน วีดีโอ คู่มือ และการนึกถึงประสบการณ์ ความสำเร็จในการดูแลตนเอง รับรู้ความสามารถของตนเอง เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมแสดงออก ถึงความสามารถในการดูแลตนเอง ในด้านต่างๆ ประกอบไปด้วย ด้านการบริหารร่างกาย ด้านท่าทางการเคลื่อนไหว ด้านการป้องกันการติดเชื้อ และด้านการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนเวลานัด โปรแกรมมีทั้งหมด 4 ครั้ง โดยกิจกรรมเริ่มตั้งแต่หลังผ่าตัดวันแรก มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กระตุ้นเตือนการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพ จนถึงวันจำหน่าย การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง มีการติดตามบันทึกการปฏิบัติ การโทรศัพท์ติดตาม และประเมินซ้ำในวันที่แพทย์นัด จากการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย พบว่า หลังการเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง จำนวนผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหัก ตอบคำถามความรู้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทั้ง 4 ด้าน เพิ่มมากขึ้น เมื่อจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ก่อนการเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง จำนวนผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักมีระดับความรู้ในระดับสูงเพียงร้อยละ 50.0 หลังการเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง จำนวนผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักมีระดับความรู้ในระดับสูงเพิ่มขึ้น ร้อยละ 100.0 ด้านการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ก่อนการเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง จำนวนผู้ป่วยหลัง

ผ่าตัดกระดูกหน้าแข้ง มีระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี ร้อยละ 85.7 หลังการเข้าโปรแกรม ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกหน้าแข้ง มีระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดี ร้อยละ 100 และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกหน้าแข้ง หลังการเข้าโปรแกรมค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ณรงค์ วิชญ์ คำรังสี และคณะ (2565) ที่ศึกษา ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแล ของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 3.44 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 6.47 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) [10] และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิกรณิศ สันติวรบุตร (2561) ที่ศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว ตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของแบนดูรา โรงพยาบาลทหารผ่านศึกผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมในช่วง 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และวันที่ 3 หลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)[7] และสอดคล้องกับการศึกษาของ ตติยา จำปาวงษ์ และคณะ (2560) ศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว แบบลามิเนกโตมี่ ในผู้สูงอายุโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสมรรถภาพ หลังผ่าตัดวันที่ 3 และวันที่ 7 มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (t = 9.66, df = 48 และ t = 14.23, df = 48)[4] และสอดคล้องกับการศึกษา ของ ชญานันทน์ ช่วยบุดดา และคณะ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันการหักซ้ำ ของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในโรงพยาบาลกระบี่ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมป้องกันการหักซ้ำ ของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักในกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ .05[3] และสอดคล้องกับ Ya Meng และคณะ (2022) ที่ศึกษา ผลสำรวจของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการเปลี่ยนข้อสะโพกต่อผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไปในมณฑลกวางตุ้ง ประเทศจีน ผลการศึกษาพบว่าหลังจาก 6 เดือน กลุ่มทดลองได้คะแนน 86.83±5.89 ในการฟื้นฟูสมรรถภาพตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (72.16±6.52, t=-10.820, p<0.001) และการทำงานของสะโพกอยู่ในระดับ “ดีเยี่ยม” (90.52±4.03) ในขณะที่กลุ่มควบคุมจำกัดไว้ที่ระดับ "กลาง" (78.47±7.57) พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติในระดับรองผลลัพธ์ (p<0.001) ซึ่ง พบข้อดีของการทดลองที่สามารถส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตามทั้งการออกกำลังกาย การทำงาน รวมถึงสภาพของร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ดีขึ้น เทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ [11]

สรุปจากการศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ต่อการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเอง คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = - 8.437, p < 0.05) ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองหลังการเข้าโปรแกรม เพิ่มขึ้นอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -8.303$, $p < 0.05$) และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกหน้าแข้ง หลังการเข้าโปรแกรมค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และยังไม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างกลับมารักษาซ้ำ

**ข้อเสนอแนะ**

1. จากการวิจัย พยาบาล และบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองนี้
มาประยุกต์ใช้ เนื่องจากโปรแกรมนี้ ช่วยให้ผู้ป่วย มีการจัดการตนเองในการดูแล และฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกติได้เร็ว ส่งเสริมการหาย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดการกลับมารักษาซ้ำ ที่ทำให้ต้องสูญเสียเวลา ค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น และอาจเกิด ความพิการชนิดถาวรได้ นอกจากนี้ยังเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

2. เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาค้นคว้าวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการดูแลตนเอง ในโรคอื่น เช่น กลุ่มโรคเรื้อรัง เพราะไม่เพียงเป็นการให้ความรู้การดูแลตนเอง แต่ยังเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน ส่งผลด้านการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น

3. ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโดยจัดทำเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในตั้งแต่ระยะแรกรับจนถึงจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

4. บุคลากรทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเกิดเหล็กดามกระดูกหัก (Fail Plate) ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน ตั้งแต่แรกรับจึงควรมีการส่งเสริมและสนับสนุน ให้นำโปรแกรมมาใช้กับผู้ป่วยทุกราย

**กิตติกรรมประกาศ**

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก แพทย์หญิงศรีสุดา ทรงธรรมวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน คุณวราพร ยั่งยืนนาน หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล และคุณจักรพงษ์ ศุภษร หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ ช่วยให้คำปรึกษาในการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอบพระคุณนายแพทย์สมบูรณ์ วุฒิพิริยะอังกูร แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อ คุณเย็นใจ พิมพ์บรรณ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ และคุณวราห์ภรณ์ ฮุงหวล นักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือวิจัย และให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทางในการทำวิจัยอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ขอขอบคุณ พยาบาลวิชาชีพและบุคลากร กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่ร่วมวิจัยในครั้งนี้ และร่วมให้ข้อเสนอแนะ สะท้อนข้อมูล เพื่อพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้นไป และขอขอบคุณผู้ป่วย ที่ร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัยทุกท่าน คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

**เอกสารอ้างอิง**

1. Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman. 1997
2. เสาวภา อินผา.โปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.2550.
3. ชญานันทน์ ช่วยบุดดา. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรม การป้องกันการหักซ้ำของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน โรงพยาบาลกระบี่. วารสารกระบี่เวชสาร. 2560; 2(2): 9-16.
4. ตติยา จำปาวงษ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี่ในผู้สูงอายุโรคโพรงกระดูกสันหลังเอวตีบแคบ. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560.

5. วิทเชษฎ์ พิชัยศักดิ์. (2560). การรักษากระดูกหักด้วยการผ่าตัดดามโลหะ. สืบค้น 8 ตุลาคม 2566, จาก https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=158.
6. สดากาญจน์ เอี่ยมประทีป. ผลของการประคบเย็นร่วมกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความปวดและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดใส่เหล็กดามกระดูกต้นขา. พยาบาลสาร. 2560; 44(1): 40-49
7. ศศิกรณิศ สันติวรบุตร. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังช่วงเอว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. นครปฐม: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2561.
8. อภิชาต กาศโอสถ. การดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก หลังจากได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน. พยาบาลสาร. 2562; 46(4): 183-192
9. ศุภพร ศรีพิมาน. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก หอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสงขลา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2563; 3(2): 149-164
10. ณรงค์วิชญ์ คำรังสี. ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565; 8(2): 97-110.
11. Ya, M., Bo D., Xiaoyu L., Jiangzhen L., Liuyi L., Jinxia O., Shuping Y., Xingxian T., Yumei Ch., & Meifen Z. (2022). Effectiveness of self-efficacy-enhancing interventions on rehabilitation following total hip replacement: a randomized controlled trial with six- month follow-up. Journal of Orthopaedic Surgery and Research. 17(225): 1-11. doi: 10.1186/s13018-022-03116-2

# ผลการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อการปฏิบัติบทบาทและความถูกต้องแม่นยำของการคัดแยกของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่

# The Effects of the Patient Triage Model Using the Emergency Severity Index on Nurse's role and Accuracy Triage of Professional Nurse's Emergency Accident and Legal Medicine Division Doi Lo Hospital Chiang Mai Province.

(Received: April 2,2024 ; Revised: April 8,2024 ; Accepted: April 26,2024)

**รุ่งระวี อุทธา[1] อรรถวิทย์ จันทร์ศิริ[2]**
**Rungrawee Auttha[1] Utthawit Jansiri[2]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อการปฏิบัติบทบาทและความถูกต้องแม่นยำของการคัดแยกของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือ เวชทะเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 40 ราย ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2567 - มีนาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ แบบสังเกตการณ์จำแนกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน และแบบบันทึกผลลัพธ์การคัดแยกระดับความรุนแรงฉุกเฉินของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired sample t-test และ สถิติ Chi-square

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการจำแนกผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Paired t -10.02, $p < 0.001$) มีคะแนนการจำแนกผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Paired t -15.28, $p < 0.001$) และสัดส่วนผลลัพธ์การคัดแยกระดับความรุนแรงฉุกเฉินตามจริงสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

**คำสำคัญ:** รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน การปฏิบัติบทบาท ความถูกต้องแม่นยำของการคัดแยก

**Abstract**

This quasi-experimental research aims to study the effects of the patient triage model using the emergency severity index on nurse's role and accuracy triage of professional nurse's emergency accident and legal medicine division Doi Lo hospital Chiang Mai province. The samples were record information in patients receiving treatment in the emergency accident and legal department 40 people. The study between January 2024 - March 2024 The experimental instrument was a patient screening model using the emergency severity index and patient classification observation form. The experimental evaluation tool included demographic questionnaire, independent practice questionnaire of registered nurses, Observational model classifies patients using the Emergency Severity Index. and a form to record the outcome of patient emergency severity triage. Data analysis proceeded with descriptive statistics, Paired sample t-test and Chi-square.

The result indicates that after the experiment, The independent role practice of registered nurses score increased before using the triage model using the Emergency Severity Index with statistical significate at the < 0.001

[1] กลุ่มงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่

level (Paired t -10.02, p < 0.001). Increase patient classification scores than before using the screening model with statistical significate at the < 0.001 level (Paired t -15.28, p < 0.001). and after the experimental, The outcome of right triage increased before using the triage model with statistical significate at the < 0.001 level (p < 0.001).
**Key word:** the Patient Triage Model, the Emergency Severity Index, Nurse's role, Accuracy Triage

**บทนำ**

ปัจจุบันบริการฉุกเฉินถือเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลสุขภาพและความต้องการบริการเพิ่มขึ้นอย่างมาก จากการรายงานสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินในประเทศสหรัฐอเมริการะหว่างปี ค.ศ. 2009 - 2018 พบว่า มีผู้มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินเพิ่มขึ้นจาก 128.9 ล้านคน เป็น 143.4 ล้านคน[1] สำหรับข้อมูลรายงานสถิติข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉิน ในจังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 – 2562 พบว่า ด้านจำนวน ผู้ป่วยฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ดังนี้ ปี2558 มีจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉิน 32,475 ราย เพิ่มขึ้นในปี 2559 เป็น 35,971 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 10.7 จนถึงปี 2562 จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินยังเพิ่มขึ้นเป็น 47,831 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 9.6[2]

หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานที่สำคัญในโรงพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ใช้บริการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งมีผู้ป่วยมารับบริการเป็นจำนวนมากทั้งที่เร่งด่วนและไม่เร่งด่วน ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการที่ล่าช้าและไม่ปลอดภัย อีกทั้งยังไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีวิธีการในการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพ[3] ซึ่งวิธีที่นำมาใช้และเป็นมาตรฐานการทำงานของงานบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรค ดังนั้น พยาบาลที่ปฏิบัติงานจึงต้องมีการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรค เพื่อให้บริการอย่างถูกต้องแม่นยำ ปลอดภัย และรวดเร็ว[4]

ปัจจุบันการคัดแยกผู้ป่วยนั้นการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยแบ่งตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยเป็น 5 ประเภท[5] คือ 1) ผู้ป่วยวิกฤต (Immediate) 2) ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (Emergency) 3) ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (Urgency) 4) ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย (Semi-Urgency) และ 5) ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป (Non- Urgency) ซึ่งเป็นแนวทางให้พยาบาลคัดแยกได้มีเกณฑ์ที่ชัดเจนในการระบุระดับความรุนแรงของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ใช้เวลาในการคัดแยกผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้นและสามารถควบคุมเวลาในการปฏิบัติงานได้ดีขึ้น รวมทั้งสามารถจัดลำดับการเข้ารับการตรวจรักษาได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น ให้การดูแลรักษาได้อย่างทันท่วงทีลดอัตราการเสียชีวิตและการพิการของผู้ป่วย[6]

กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการระหว่างปี 2563 - 2565 14,025, 13,650 และ 13,652 รายตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่คุกคามต่อชีวิต 392, 240 และ 264 รายตามลำดับ ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง 2,531 1,971 และ 2,238 รายตามลำดับ ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย และผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป จำนวน 11,102 11,439 และ 11,150 รายตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ จำนวน 24, 17 และ 22 รายตามลำดับ จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการบริการที่ห้องฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งทางโรงพยาบาลได้ได้ใช้ระบบการคัดแยก MOPD ED Triage โดยการประเมินลักษณะและทรัพยากร เพื่อให้เป็นแนวทางในการคัดแยกและดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยทั้งด้านความปลอดภัย การรักษาตามลำดับความเร่งด่วน และการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่เกิดประโยชน์มากที่สุด

ถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนาระบบการคัดแยกอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงเกิดปัญหาการคัดแยกคลาดเคลื่อน จากการรายงานของโรงพยาบาลดอยหล่อในปี 2563 - 2565 พบอุบัติการณ์การคัดแยกระดับความรุนแรงน้อยกว่าอาการเจ็บป่วยที่แท้จริง

(Under triage) จำนวน 5 , 3 และ 4 รายตามลำดับ พบการคัดแยกฉุกเฉินมากกว่าอาการเจ็บป่วยที่แท้จริง (Over triage) จำนวน 7, 5 และ 3 รายตามลำดับ ซึ่งส่งผลให้เกิดการวินิจฉัยล่าช้า วินิจฉัยผิดพลาดจนเกิดความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้นและนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจุบันมีการคัดแยกระดับความรุนแรงฉุกเฉินไม่ถูกต้องร้อยละ 30.53 โดยคัดแยกต่ำกว่าสภาพความรุนแรงที่เป็นจริงร้อยละ 13.73 – 64.00 และสูงกว่าสภาพความรุนแรงที่เป็นจริงร้อยละ 16.80 – 44.60[7] ซึ่งสภาพปัญหาดังกล่าวเกิดจากไม่มีการสื่อสารข้อมูลที่ชัดเจน ขาดการประเมินและติดตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงจำเป็นต้องได้รับการคัดแยกที่มีประสิทธิภาพ ถูกต้องแม่ยำ และรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม[8,9]

โดยในปัจจุบันมีการพัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ การอบรมและให้ความรู้การคัดแยกผู้ป่วย ซึ่งทำให้พยาบาลมีความรู้และความถูกต้องในการคัดแยกที่ดียิ่งขึ้น อีกทั้งช่วยลดระยะเวลารอคอยแพทย์[10] อีกทั้งยังพบว่า ความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยส่งผลต่อความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน[11] จะเห็นได้ว่าปัจจุบันมีการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี แต่อย่างไรก็ตามในบริบทการปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่อาจจะมีข้อจำกัดในการนำรูปแบบพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินมาประยุกต์ใช้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน โดยผู้วิจัยได้นำการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ฉบับที่ 4 (The Emergency severity index version 4) ตามแนวคิดของ Gilboy และคณะ[5] โดยกำหนดประเภทผู้ป่วย ดังนี้ 1) ผู้ป่วยวิกฤต(Immediate) 2) ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (Emergency) 3) ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (Urgency) 4) ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย (Semi-Urgency) และ 5) ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป (Non-Urgency) เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทและความถูกต้องแม่นยำของการคัดแยกของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนการจำแนกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินก่อนและหลังใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฯ
3. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผลลัพธ์การคัดแยกระดับความรุนแรงฉุกเฉินก่อนและหลังใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน

**วิธีการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi–experimental research) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (One group pretest-posttest design)

**ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนผู้ป่วยในระบบ HOS -OS ที่มารับบริการกลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาล ดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 80 ราย แบ่งเป็นกลุ่มก่อนและหลังใช้การใช้รูปแบบการคัดแยกกลุ่มละ 40 ราย
เกณฑ์การเลือกตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) มีประสบการณ์การปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมากกว่า 1 ปี 2) ผ่านการอบรม MOPH ED Triage ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการให้ข้อมูลหรือสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้ว และเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมวิจัย คือ กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวออกจากการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้การกำหนดจำนวนเวช

ระเบียนผู้ป่วย คำนวณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power version 3.1.9.2 กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบที่ 0.80 ส่วนค่าอิทธิพลคำนวณจากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงของชนิดาภา ไกรธนสอน[12] เท่ากับ .91 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้จำนวนเวชระเบียนผู้ป่วย 40 ราย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ของชนิดาภา ไกรธนสอน[12] ประกอบด้วยคู่มือการคัดแยกผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายและการคัดแยกของผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรง เกณฑ์ในการคัดแยกผู้ป่วยจำแนกตามประเภทผู้ป่วยและแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ฉบับที่ 4 (The Emergency severity index version 4)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นสอบถามเติมคำและเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การทำงานแผนกฉุกเฉินและประสบการณ์เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยที่มาใช้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2.2 แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพของของชนิดาภา ไกรธนสอน[12] เพื่อประเมินการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 22 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) แบ่งระดับ 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน การให้คะแนน คือ ไม่ได้ปฏิบัติ/น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ปฏิบัติทุกครั้ง/มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน การแปลผลคะแนนสูง หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีปฏิบัติบทบาทอิสระอยู่ในระดับสูง ส่วนคะแนนต่ำ หมายถึง พยาบาลปฏิบัติบทบาทอิสระอยู่ในระดับต่ำ

2.3 แบบสังเกตการณ์จำแนกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินของชนิดาภา ไกรธนสอน[12] เพื่อประเมินเกี่ยวกับการปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน โดยผู้วิจัยและแพทย์เวรประจำห้องฉุกเฉินบันทึกการแสดงพฤติกรรมการคัดแยกของพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ การให้คะแนน คือ ปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ เท่ากับ 0 คะแนน การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการคัดแยกอยู่ในระดับสูง ส่วนคะแนนต่ำ หมายถึง พยาบาลพฤติกรรมการคัดแยกอยู่ในระดับต่ำ

2.4 แบบบันทึกผลลัพธ์การคัดแยกระดับความรุนแรงฉุกเฉินของผู้ป่วยประกอบด้วยการประเมินระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยเหมาะสมกับระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย (Right triage)การประเมินระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยสูงกว่าระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย (Over triage), การประเมินระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยต่ำกว่าระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย (Under triage) โดยกำหนดเป็นการ มี หรือ ไม่มี ผลการคัดแยกดังกล่าวบันทึกโดยผู้วิจัยและแพทย์เวรประจำหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นผู้ระบุผลลัพธ์การคัดแยก

**การหาคุณภาพเครื่องมือ** หาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ และแบบสังเกตการณ์จำแนกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ของชนิดาภา ไกรธนสอน[12] ซึ่งดำเนินการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุ

และฉุกเฉิน 2 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0, 1.0, 1.0 ตามลำดับ หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสังเกตการณ์จำแนกผู้ป่วย แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ และแบบบันทึกผลลัพธ์การคัดแยกไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 10 ราย และนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยหาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น .89 .92 และ .90 ตามลำดับ ส่วนรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยทำการศึกษานำร่อง (Pilot study) กับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 ราย ซึ่งพบว่า รูปแบบมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง

**วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าหน่วยเวชระเบียน เพื่อขอใช้ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในระบบ HOS-OS ที่มาใช้บริการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567

3. ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและสังเกตการณ์จำแนกผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงบันทึกผลลัพธ์การคัดแยกจากระบบเวชระเบียนก่อนใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฯ

4. ภายหลังผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน และมอบคู่มือการคัดแยกผู้ป่วยตามเกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ฉบับที่ 4 (The Emergency severity index version 4) แก่กลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นในสัปดาห์ที่ 2 เป็นต้นไปให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินการคัดแยกผู้ป่วย โดยกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อผู้ป่วยจำนวน 5 รายต่อพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ซึ่งผู้วิจัยทำการสังเกตการณ์จำแนกผู้ป่วยระหว่างการคัดแยกผู้ป่วย รวมถึงบันทึกผลลัพธ์การคัดแยกในระบบเวชระเบียน

5. ผู้วิจัยขอความร่วมมือพยาบาลวิชาชีพตอบแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพภายหลังใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฯ โดยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านโปรแกรม**สำเร็จรูป** ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินโดยใช้ค่าสถิติ Paired sample t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการจำแนกผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฯ โดยใช้ค่าสถิติ Paired sample t-test

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ได้รับหมายเลขรับรอง CTH-IRB 2023/013.0811 วันที่รับรอง 2 มกราคม 2567

4. เปรียบเทียบสัดส่วนผลลัพธ์การคัดแยกระดับความรุนแรงฉุกเฉินระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฯโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Chi-square

## ผลการวิจัย

**ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 75.00 (Mean 34.38, *SD* 8.75, Mix-Max 24-47) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100.00 ประสบการณ์การทำงานพยาบาลน้อยกว่า

10 ปี ร้อยละ 50.00 ประสบการณ์การทำงานแผนกฉุกเฉินน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 75.00 ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 87.50 และหลักสูตรเฉพาะทางด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉินร้อยละ 62.50

**การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้การคัดแยกผู้ป่วยฯ**

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการจำแนกผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Paired t -10.02, $p < 0.001$) ดังตารางที่ 1

**การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจำแนกผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฯ** ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการจำแนกผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Paired t -15.28, $p < 0.001$) ดังตารางที่ 1

**การเปรียบเทียบสัดส่วนผลลัพธ์การคัดแยกระดับความรุนแรงฉุกเฉินก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฯ** ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฯ กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนผลลัพธ์การคัดแยกระดับความรุนแรงฉุกเฉินตามจริงสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจำแนกผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฯ (n=8)

| ตัวแปร | Mean | *SD* | *t* | *p-Value* |
|---|---|---|---|---|
| **การปฏิบัติบทบาท** | | | | |
| ก่อนการใช้รูปแบบ | 80.88 | 8.62 | | |
| หลังการใช้รูปแบบ | 102.75 | 4.68 | -10.02 | 0.000* |
| **การจำแนกผู้ป่วย** | | | | |
| ก่อนการใช้รูปแบบ | 24.88 | 0.99 | | |
| หลังการใช้รูปแบบ | 29.88 | 0.35 | -15.28 | .000* |
| | | | | |

*p-Value < .001

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบสัดส่วนผลลัพธ์การคัดแยกระดับความรุนแรงฉุกเฉินก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฯ (*n*=80)

| ตัวแปร | ก่อน | | หลัง | | *p-Value* |
|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | |
| **ผลลัพธ์การคัดแยก** | | | | | |
| ตามจริง (Right triage) | 29 | 72.5 | 36 | 90.0 | |
| สูงกว่าความจริง (Over triage) | 5 | 12.5 | 3 | 7.5 | |
| ต่ำกว่าความจริง (Under triage) | 6 | 15.0 | 1 | 2.5 | 0.000* |

*p-Value < .001

**สรุปและอภิปรายผล**

จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการจำแนกผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Paired t -10.02, p < 0.001) อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน และมอบคู่มือการคัดแยกผู้ป่วยตามเกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ฉบับที่ 4 (The Emergency severity index version 4) ตามแนวคิดของ Gilboy และคณะ[5] โดยกำหนดประเภทผู้ป่วยดังนี้ 1) ผู้ป่วยวิกฤต (Immediate) 2) ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง (Emergency) 3) ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (Urgency) 4) ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย (Semi-Urgency) และ 5) ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป (Non-Urgency) รวมทั้งการส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Maas & Jacox[13] ทั้งบทบาทผู้ดูแล บทบาทผู้แนะนำ และบทบาทผู้ประสานงาน ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงแนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน และเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการคัดแยกผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพได้ดีมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอันธิกา คะระวานิช และคณะ[14] พบว่า การพัฒนาพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่งผลทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลคัดแยกผู้ป่วยสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และจากการศึกษาของสุรางค์ วิมลธาดา[15] พบว่า การใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามความรุนแรงฉุกเฉินฉบับที่ 4 (Emergency Severity Index Version 4) ส่งผลทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การปฏิบัติบทบาทการคัดแยกผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอกของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับดีมากที่สุด (Mean = 4.62, SD = 0.36) และการศึกษาของสมเกียรติ โชติศิริคุณวัฒน์[16] พบว่า การใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ช่วยให้พยาบาลห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลราชบุรีเกิดการปฏิบัติตามกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยหลังการใช้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการจำแนกผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Paired t -15.28, p < 0.001) อีกทั้งมีสัดส่วนผลลัพธ์การคัดแยกระดับความรุนแรงฉุกเฉินตามจริงสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน และมอบคู่มือการคัดแยกผู้ป่วยตามเกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ฉบับที่ 4 (The Emergency severity index version 4) ตามแนวคิดของ Gilboy และคณะ[5]รวมทั้งได้รับการส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Maas & Jacox[13] ทั้งบทบาทผู้ดูแล บทบาทผู้แนะนำ และบทบาทผู้ประสานงาน ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงแนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน เกิดความรู้และทักษะในคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินมากยิ่งขึ้น ส่งผลทำให้ผลลัพธ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตรงตามความเป็นจริงเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จิดาภา วิเศษวุฒิ[17] พบว่า การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ระบบคัดแยก 5 ระดับ (MOPH ED. Triage) ส่งผลให้การคัดแยกสูงกว่าความเป็นจริง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 จากการศึกษาของนวลฉวี พะโน[18] พบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนทำให้ประสิทธิภาพการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนสูงกว่าเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<

0.01) จากการศึกษาของพรรณทิพย์ วรรณขาว และคณะ[19] พบว่า การพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ตามแนวทางการคัดกรอง Emergency Severity Index (ESI) ช่วยให้ความถูกต้องของความรุนแรงและเร่งด่วน ระดับ Less-Urgent เพิ่มขึ้นมากที่สุดร้อยละ 96.00 รองลงมาระดับ Urgent ร้อยละ 94.00 และ ระดับ Resuscitation ร้อยละ 90 ตามลำดับ อีกทั้งจากการศึกษาของนิตยา สุภามา (2563) พบว่า รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินทำให้การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินมีความถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 82 ความคลาดเคลื่อนของการประเมินสูงกว่าเกณฑ์ลดลงเหลือร้อยละ7.33 และ ความคลาดเคลื่อนของการประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ลดลงเหลือร้อยละ 10.67 ค่าความสอดคล้องของผลการประเมินระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Cohen's kappa coefficient =.775) และจากการศึกษาของ Gholami และคณะ[10] พบว่า ภายหลังการให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินพยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉินสามารถจำแนกผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สรุป จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า การใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน สามารถส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติบทบาทที่ดีขึ้น และเกิดความถูกต้องแม่นยำของการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

1. ด้านการปฏิบัติ ได้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ที่พยาบาลกลุ่มงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช สามารถใช้ในการประเมินและจัดลำดับความเร่งด่วนในการพบแพทย์ที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล

2. ด้านบริหาร ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อการปฏิบัติบทบาทและความถูกต้องแม่นยำของพยาบาลวิชาชีพ ไปประยุกต์และพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## เอกสารอ้างอิง

1.Zachariasse JM, van der Hagen V, Seiger N, Mackway-Jones K, van Veen M, Moll HA. Performance of triage systems in emergency care: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2019; 9(5):e026471.

2.Punyanuch P. A Study of Emergency Patient Triage at Emergency Department Of Wangchin Hospital. Phrae Medical Journal and Clinical Sciences. 2020; 28(1):152-162.

3.Adhikari B, Shrestha L, Bajracharya M, et al. Triage practices for emergency care delivery: a qualitative study among febrile patients and healthcare workers in a tertiary care hospital in Nepal. BMC Health Serv Res. 2024;24(1):180.

4.Phiri M, Heyns T, Coetzee I. Patients' experiences of triage in an emergency department: A phenomenographic study. Appl Nurs Res. 2020;54:151271.

5.Gilboy N, Tanabe P, Travers D, Rosenau AM. Emergency Severity Index (ESI): a triage tool for emergency department care, version 4. Implementation handbook. 2012:12-0014.

6.Yuzeng S, Hui LL. Improving the wait time to triage at the emergency department. BMJ Open Qual. 2020;9(1):e000708.

7.Huabbangyang T, Rojsaengroeng R, Tiyawat G, et al. Associated Factors of Under and Over-Triage Based on The Emergency Severity Index; a Retrospective Cross-Sectional Study. Arch Acad Emerg Med. 2023;11(1):e57

8.Lupton JR, Davis-O'Reilly C, Jungbauer RM, et al. Under-Triage and Over-Triage Using the Field Triage Guidelines for Injured Patients: A Systematic Review. Prehosp Emerg Care. 2023;27(1):38-45.

9.Hayashi J, Abella M, Nunez D, et al. National analysis of over and under-triage rates in relation to trauma population risk factors and associated outcomes across various levels trauma centers. Injury. 2024;55(2):111215.

10.Gholami M, Fayazi M, Hosseinabadi R, Anbari K, Saki M. Effect of triage training on nurses' practice and triage outcomes of patients with acute coronary syndrome. Int Emerg Nurs. 2023;68:101288.

11.AlShatarat M, Rayan A, Eshah NF, Baqeas MH, Jaber MJ, ALBashtawy M. Triage Knowledge and Practice and Associated Factors Among Emergency Department Nurses. SAGE Open Nurs. 2022;8:23779608221130588.

12.ชนิดาภา ไกรธนสอน. การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อระยะรอคอยของผู้ป่วยและบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน. วารสารโรงพยาบาลแพร่, (2565);30(1):69-81.

13.Maas M, Jacox AK. Guideline for nurse autonomy/patient welfare. New York: Appleton-Century-Crofts; 2012.

14.อันธิกา คะระวานิช, ปรานีต อนันต์ และนิธิมา เหล่ารอด. พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลตราด. วารสารกองการพยาบาล, (2563);47(3):169-184.

15.สุรางค์ วิมลธาดา. ผลของการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ระยะเวลารอคอย และการรับรู้บทบาทการคัดแยกผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. (2567);20(3):50-64.

16.สมเกียรติ โชติศิริคุณวัฒน์. ผลของการใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยพยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. (2565);5(1):1-11.

17.จิดาภา วิเศษวุฒิ. การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ระบบคัดแยก 5 ระดับ (MOPH ED.Triage) หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. (2566);8(3):962-968.

18.นวลฉวี พะโน. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. (2567);9(1):58-67.

19.พรรณทิพย์ วรรณขาว, นฤมล ภูสนิท และสว่างศิลป์ ภูหนองโอง. การพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ตามแนวทางการคัดกรอง Emergency Severity Index (ESI) โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. (2566);8(3):513-521.

# ECH Journal

of environmental and community health

VOL.9 NO.2 March - April 2024

# วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 มีนาคม – เมษายน 2567

ISSN : 2672-9717

PART II

**ECH JOURNAL**

**วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน**

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 มีนาคม – เมษายน 2567 VOL. 9 NO. 2 March – April 2024 **Part 2**

**สารบัญ**

**รายงานการวิจัย** **หน้า**

**เปรียบเทียบการคงสภาพความปราศจากเชื้อของเครื่องมือแพทย์ที่ทำให้ปราศจากเชื้อโดยการนึ่งไอน้ำ ที่ห่อด้วย Non Woven 2 ผืน ระหว่างระยะเวลา 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ** ..... 304
จันทร์เพ็ญ ศิริมานพ ,ชุติญา วังวรวุฒิ และคมเนตร สกุลธนะศักดิ์

**ประสิทธิผลโปรแกรมบำบัดด้วยการเรียนรู้เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพและเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม การรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเอง พฤติกรรมและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ** ..... 317
อัทธนียา มารยาท

**ผลของการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร** 328
จีระวัลย์ วงศ์งาม ,ทวีศิลป์ กุละนาม

**การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร** ..... 337
กริยากร วัฒนธนศักดิ์ ,จันทร์เพ็ญ แพงดวงแก้ว ,อบอุ่น บุญมูล

**ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด** ..... 344
ลำไพ อ่อนวิจารย์

**การศึกษาย้อนหลังผลของจำนวนครั้งของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อมุมในการเคลื่อนไหวของข้อเข่าและความสามารถในการเดินของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ณ โรงพยาบาลลำพูน** ..... 355
อัคคลักษณ์ ญาณโรจน์

**การส่งเสริมการรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแบบเร่งด่วนในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน** ..... 364
ศิรินทรา ไชยมัชฌิม

**การพัฒนาระบบบริการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ คลินิกหู คอ จมูก** ..... 372
ลัดดาวัลย์ สุทวา

**การศึกษาการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยการวัดความสูงของระดับยอดมดลูกร่วมกับการเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกรับ** ..... 379
หนึ่งนภา เทพวงค์ษา

**การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง** ..... 388
สวิตตา ธงยศ

**ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม** ..... 396
แสงเดือน ศรีวรสาร

**ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี** ..... 407
สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์ ,นุชจรินทร์ แก่นบุปผา ,พนาไพร โฉมงาม ,นัจจรินทร์ ผิวผ่อง ,ดวงกมล หน่อแก้ว

**การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-60 ปี ในโรงงานแห่งหนึ่งจังหวัดพระนครศรีอยุธยา** ..... 419
อภิรักษ์ วัฒนวิกกิจ

**การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะโลหิตจางในระยะคลอด : กรณีศึกษา** ..... 429
ฉิมโฉม พงษ์ประเสริฐ

**การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ : กรณีศึกษา** ..... 439
พิพิศน์ อินทร์พันธุ์

**การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุด้วยกระบวนการโรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองวังสะพุง** ..... 449
เกศรา โกมาสถิตย์

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอุบลราชธานี** ..... 459
บัณฑิตา พัฒนี ,นิยม จันทร์นวล

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 มีนาคม – เมษายน 2567 VOL. 9 NO. 2 March – April 2024 **Part 2**

สารบัญ

**รายงานการวิจัย** **หน้า**

**การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชน ในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ** ..... 470
วิสิฐศักดิ์ พิริยานนท์ ,พุทธิไกร ประมวล

**รูปแบบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช** ..... 484
วินัย วาหลวง ,สุมลรัตน์ ขนอม ,เอกษา ลิ้มเวียงสิริวงศ์

**ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณน้ำหวานกับการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ** ..... 496
ณีรนุช วงค์เจริญ ,พัชรินทร์ ไชยบาล ,ทัพพ์ขวัญ ศรีรัตยาวงค์ ,วิชานีย์ ใจมาลัย ,พรทิพย์ ปาอิน ,พิมพ์ใจ ลังการ์พินธุ์

**การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย** ..... 506
จารุวรรณ ตลอดไธสง

**การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบบูรณา โรงพยาบาลหนองหาน** ..... 516
วลัยพร รุ่งเรือง ,รจนา วรวิทย์ศรางกูร ,อรอุมา จันธานี

**การศึกษาปัจจัยเสี่ยงทางหลอดเลือดที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในโรงพยาบาลโนนสูง** ..... 527
วิธ เชื่อมวรกุล

**การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงและมีภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด : กรณีศึกษา** ..... 535
มวภร ธรรมวริทธิ์

**การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อค: กรณีศึกษา 2 ราย** ..... 543
นิตยา มั่นจันทึก

**การพยาบาลผู้คลอดอายุมากที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงเนื่องจากการตั้งครรภ์** ..... 550
อาณัฏฐิยา งับสันเทียะ

**ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพโรคสมาธิสั้น อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด** ..... 558
สุทธา บุญสินชัย

**การพัฒนาคู่มือการดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา** ..... 564
พวงเพ็ญ ภู่สีม่วง และสุรัสวดี เพชรคง

**การพยาบาลผู้ป่วยแผลกระจกตาที่มีภาวะติดเชื้อในลูกตา: กรณีศึกษา** ..... 573
ดารา ณ นรงค์

**กลยุทธ์การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี**..... 581
วุฒิชัย ลิมปิทีปราการ

# บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ทีเกี่ยวข้องการการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้นโดย ชมรมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 6 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – กุมภาพันธ์, มีนาคม – เมษายน, พฤษภาคม – มิถุนายน, กรกฎาคม – สิงหาคม – กันยายน, ตุลาคม, พฤศจิกายน – ธันวาคม ของทุกปี

สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 26 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มีนาคม – เมษายน 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม อัตราการเสียชีวิตในปีแรกและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก การเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤต การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก การเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจ การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน การพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด การสนทนากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือด ความเข้มแข็งทางใจและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีเลือดออกในสมองและมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดร่วมกับมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ผู้ป่วยผ่าตัดระบายหนองบริเวณลำคอที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและมีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท อุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงร่วมกับมีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีโรคร่วม การพัฒนาระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด ผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในต่อการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อการปฏิบัติบทบาทและความถูกต้องแม่นยำของการคัดแยก เครื่องมือแพทย์ที่ทำให้ปราศจากเชื้อโดยการนึ่งไอน้ำ ที่ห่อด้วย Non Woven พฤติกรรมและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน สัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ห้องอุบัติเหตุ การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด การป้องกันโรคต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี การเคลื่อนไหวของข้อเข่าและความสามารถในการเดินของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม อาการเตือนและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระบบบริการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ คลินิกหู คอ จมูก การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยการวัดความสูงของระดับยอดมดลูก การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยง หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะโลหิตจางในระยะ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

# เปรียบเทียบการคงสภาพความปราศจากเชื้อของเครื่องมือแพทย์ที่ทำให้ปราศจากเชื้อโดยการนึ่งไอน้ำที่ห่อด้วย Non Woven 2 ผืน ระหว่างระยะเวลา 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

# Comparison of the shelf life of sterilization of medical devices sterilized by steaming package in 2 pieces of Non Woven during 4 weeks and 8 weeks. Sisaket Hospital

(Received: April 3,2024 ; Revised: April 14,2024 ; Accepted: April 26,2024)

**จันทร์เพ็ญ ศิริมานพ[1] ชุติญา วังวรวุฒิ[2] และคมเนตร สกุลธนะศักดิ์[3]**
**Janpen Sirimanop[1], Chutiya Wungworawut[2], Khomnate Sakuntanasak[3]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงทดลองนี้เพื่อเปรียบเทียบการคงสภาพความปราศจากเชื้อของเครื่องมือแพทย์ที่ทำให้ปราศจากเชื้อ โดยการนึ่งไอน้ำที่ห่อด้วย Non Woven 2 ผืน ระหว่างระยะเวลา 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ ตัวอย่างได้แก่ ห่อเครื่องมือแพทย์ที่ห่อด้วย Non Woven 2 ผืนและทำให้ปราศจากเชื้อโดยการนึ่งไอน้ำภายใต้แรงดันตามมาตรฐานหน่วยจ่ายกลาง สุ่มตัวอย่างประเมินผลที่ 4 สัปดาห์ 375 ห่อ และ 8 สัปดาห์ 375 ห่อ ตามลำดับ เพื่อประเมินความสมบูรณ์ของห่อเครื่องมือแพทย์ วันหมดอายุ การไม่หลุดลุ่ย สภาพเทปกาว การคงสภาพแถบ Autoclave tape อุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์บริเวณชั้นวางและความปลอดเชื้อจุลินทรีย์ที่ 4 และ 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและประมาณค่าแบบจุดเปรียบเทียบเกณฑ์มาตรฐานที่ระดับสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ผลการวิจัยพบว่า ห่อเครื่องมือแพทย์ไม่ขาด ไม่หลุดลุ่ย เทปกาวที่ติดเพื่อยึด Non Woven ติดแน่น ไม่เผยอออกหรือฉีกขาด ไม่เปียกชื้น ความสมบูรณ์ทางกายภาพที่ 4 สัปดาห์อยู่ที่ร้อยละ 99.2 ($p<0.01$) และระยะ 8 สัปดาห์ ร้อยละ 98.6 ($p>0.01$) มีการหลุดลุ่ยร้อยละ 1.4 ผลการวัดอุณหภูมิที่ระยะ 4 สัปดาห์เฉลี่ย 24.4-30.2 องศาเซลเซียส ($p>0.05$) และความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ยร้อยละ 59.6-67.1 ($p>0.05$) และระยะ 8 สัปดาห์ ไม่พบการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ร้อยละ 100-100 ($p<0.01$) และที่ระยะ 8 สัปดาห์ อุณหภูมิเฉลี่ย 26.6-27.7 องศาเซลเซียส ($p>0.05$) และความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ยร้อยละ 52.5-58.1 ($p<0.05$) ไม่พบการปนเปื้อนทั้งในระยะ 4 และ 8 สัปดาห์ร้อยละ 100-100 ($p<0.01$)

**คำสำคัญ**: ผ้าไม่ถักทอ เครื่องมือแพทย์ ระยะปลอดเชื้อ

**ABSTRACT**

This experimental research comparing of the shelf life of sterility of medical devices sterilized by steaming package in 2 pieces of Non Woven during 4 weeks and 8 weeks, Sisaket Hospital. Sample included of Wrap medical devices with 2 pieces of non-woven fabric and sterilizing by steaming under standard pressure from a central supply unit. Random evaluations were performed at 4 weeks for 375 sets, and 8 weeks for 375 sets, respectively, to assess the integrity of the wraps, expiration date, absence of fraying, remaining autoclave tape, temperature and relative humidity of the shelves and microbial sterility at 4 and 8 weeks. Data were analyzed with descriptive statistics as numbers, percentages, means and standard deviations and estimated as standard comparison points estimation at a statistic significant level 0.01.

Results found that medical devices's wrapping is not torn or frayed. The adhesive tape attached to hold the non-woven is firmly attached, not exposed, or torn, not wet. Physical integrity at 4 weeks is completed for 99.2 percent ($p<0.01$) and During 8 weeks for 98.6% ($p>0.01$), also its had 1.4% fraying. Temperature measurement results at 4 weeks averaged 24.4-30.2 degrees Celsius ($p>0.05$) and average

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลศรีสะเกษ

[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลศรีสะเกษ

relative humidity 59.6-67.1 percent (p>0.05) and at 8 weeks averaged 26.6-27.7 degrees Celsius (p>0.05) and average relative humidity 52.5-58.1 percent ( p<0.05). Microbial contamination was not found 100-100% (p<0.01) and 8 weeks did not find 100-100% contamination (p<0.01).
**Keywords:** Non-woven fabric, medical devices, Sterile period

**บทนำ**

สถานการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาลทั่วโลกในแต่ละปีมีจำนวนถึง 8.9 ล้านคนโดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกๆ 100 คน จะพบการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างน้อย 7 คนใน 100 คนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในประเทศรายได้สูง และสูงถึง 15 คนในทุกๆ 100 คนในประเทศกำลังพัฒนา โดยมีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุนี้ 1 คนในทุก 10 คนของผู้ป่วยที่ติดเชื้อในโรงพยาบาล ส่งผลกระทบต่อคุณภาพระบบบริการและสูญเสียทางเศรษฐกิจกว่า 7.2 พันล้านดอลล่าสหรัฐ[1] ซึ่งปัญหาจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลนอกจากจะก่อความรุนแรงต่อการเจ็บป่วย ซึ่งเพิ่มจำนวนวันนอนโรงพยาบาลแล้วยังก่อให้เกิดเชื้อดื้อยา สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นและเป็นหนึ่งในสาเหตุการเพิ่มความรุนแรงและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นด้วย[2] สาเหตุการติดเชื้อส่วนใหญ่มาจาก แหล่งสำคัญได้แก่ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเองและปัจจัยภายนอกตัวผู้ป่วยในบริบท ของโรงพยาบาล จากรายงานพบว่าการผ่าตัดเป็นปัจจัยภายนอกตัวผู้ป่วยปัจจัยหนึ่งที่เป็นสาเหตุการติดเชื้อในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 14-17[3] โดยผู้ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดหรือหัตถการจะมีการติดเชื้อในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 38[4]

เครื่องมือทางการแพทย์ประเภทที่นำกลับมาใช้ซ้ำเป็นหนึ่งในสาเหตุของการติดเชื้อในโรงพยาบาล จากรายงานในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า เครื่องมือที่นำกลับมาใช้ซ้ำได้แก่ เครื่องมือผ่าตัดทุกชนิด เช่น เอนโดสโคป คีม เครื่องมือสอดท่อหลอดลม เครื่องมือส่องหลอดอาหารที่ผ่านการใช้ และนำมาเข้ากระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อตามมาตรฐาน ของโรงพยาบาล แล้วก่อให้เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 7.1 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งหมดและ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในโรงพยาบาลปีละ 90,000 ราย[5] ทั้งนี้สาเหตุมาจากการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ตั้งแต่กระบวนการล้างทำความสะอาด การห่อ กระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ กระบวนการเก็บรักษาในชั้นเพื่อเตรียมพร้อมใช้ไม่เหมาะสม[6] ดังนั้นการจัดการอุปกรณ์ผ่าตัดที่นำกลับมาใช้ใหม่จึงเป็นขั้นตอนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ทั้งนี้ การทำให้ปราศจากเชื้อจะต้องมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานที่กำหนด กระบวนการปราศจากเชื้อดำเนินการโดยการนึ่งด้วยไอน้ำ (Steam Sterilization) ซึ่งเป็นวิธีการที่สะดวก ปลอดภัย และเชื่อถือได้มากที่สุด[7] นอกจากนั้นการจัดเก็บเครื่องมือจะต้องจัดเก็บในชั้นเก็บที่ควบคุมสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐานเพื่อให้คงสภาพปราศจากเชื้อได้จนถึงระยะเวลาการใช้งาน โดยการควบคุมอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ที่เหมาะสม ได้แก่ อุณหภูมิสิ่งแวดล้อมระหว่าง 18-24 องศาเซลเซียส และความชื้นสัมพัทธ์ไม่เกินร้อยละ 60[8] นอกจากนั้นความปราศจากเชื้อกับระยะเวลาเก็บรักษาการคงความปราศจากเชื้อยังขึ้นอยู่กับประเภทวัสดุที่นำมาห่อ สภาพการจัดเก็บ การขนส่งและ การจับถือด้วยมือ[9]

โรงพยาบาลศรีสะเกษเป็น 1 ในโรงพยาบาลที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 โดยพบว่าอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลในปี 2563 – 2565 มีอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 1.12, 1.01 และ 1.12 ต่อ 1,000 วันนอนตามลำดับ[10] หน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลศรีสะเกษมีหน้าที่จัดหาจัดเตรียมเครื่องมือทางการแพทย์ที่ปลอดเชื้อและเป็นหน่วยงานหนึ่งที่มีความสำคัญในการจัดเตรียมเครื่องมือแพทย์ที่ใช้ซ้ำ เพื่อสนับสนุนการทำหัตการในหน่วยงานต่างๆ ผ่านกระบวนการทำลายเชื้อและ

ทำให้ปราศจากเชื้อเพื่อนำไปใช้ใหม่ (Reprocessing) โดยมีจำนวนเครื่องมือแพทย์ที่นำมาทำให้ปราศจากเชื้อซ้ำในปี 2565 และ 2566 จำนวน 2,694 ห่อ และ 1,008 ห่อ ตามลำดับ สูญเสียค่าใช้จ่ายในการนำมาทำให้ปราศจากเชื้อซ้ำ จำนวน 149,523 บาท และ 64,249 บาท ตามลำดับ อย่างไรก็ตามหน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลศรีสะเกษได้ปรับเปลี่ยนวัสดุในการห่อเครื่องมือแพทย์จากผ้าประเภทถักทอ (Woven fabric) มาเป็นวัสดุสังเคราะห์ประเภทผ้า ไม่ถักทอ (Non-woven fabrics) ถึงแม้ว่าบริษัทนำเข้าผ้า ไม่ถักทอได้ดำเนินการขออนุญาตนำเข้าจากสำนักงานอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้คุณสมบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้เบื้องต้น แต่ไม่มีการระบุขนาดรูพรุน รวมทั้งการตรวจสอบขนาดรูพรุนของผ้าไม่ถักทอว่าเป็นไปตามขนาดที่สามารถป้องกันการผ่านของจุลินทรีย์ได้หรือไม่ ขนาดเท่าไหร่ ซึ่งยังเป็นข้อจำกัดของทางโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามคุณสมบัติเบื้องต้นที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการอาหารและยาแล้ว คณะกรรมการดำเนินการด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ โรงพยาบาลศรีสะเกษ ได้เห็นชอบ ให้นำมาทดลองใช้ห่อเครื่องมือทางการแพทย์จำนวน 2 ผืนและเข้าสู่กระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ (Sterilization) โดยการนึ่งด้วยไอน้ำตามมาตรฐานและให้ประเมินว่าจะสามารถยืดระยะเวลาความปราศจากเชื้อในชั้นวางในหน่วยงานต่างๆ ในระยะเวลา 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์ ได้หรือไม่ และหน่วยงานที่ใช้มีการจัดการสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐาน อุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์เป็นไปตามมาตรฐานการจัดเก็บหรือไม่ อย่างไร ทั้งนี้ ผลวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูล ในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนวัสดุสำหรับห่อเครื่องมือแพทย์และพัฒนาคุณภาพการจัดเก็บเครื่องมือแพทย์ในหน่วยงานที่ใช้และใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดระยะเวลาในการตัดสินใจนำเครื่องมือแพทย์กลับมาเข้ากระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อใหม่ ทั้งนี้นอกจากจะเป็นหนึ่งในวิธีการที่จะส่งเสริมการลดโอกาสแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลศรีสะเกษแล้ว ยังจะเป็นการลดต้นทุนในกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อซ้ำของเครื่องมือแพทย์ลงในอนาคต

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษาการคงสภาพความปราศจากเชื้อของเครื่องมือแพทย์ที่ห่อด้วยผ้าประเภทไม่ถักทอ (Non woven fabrics) 2 ผืนและผ่านกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยการนึ่งไอน้ำตามมาตรฐานเป็นอย่างไรในระยะที่ 4 และ 8 สัปดาห์

2. เพื่อศึกษาสภาพสิ่งแวดล้อมด้านอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์บริเวณชั้นวางเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อในหน่วยงานต่างๆ ที่ใช้เครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาลศรีสะเกษเป็นไปตามมาตรฐานการจัดเก็บเพื่อคงสภาพความปราศจากเชื้อของเครื่องมือแพทย์หรือไม่

**วิธีการศึกษา**

**รูปแบบการศึกษา**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองกลุ่มเดียววัดผลหลังการทดลอง (An experimental one group post-test design) 4 และ 8 สัปดาห์

**ประชากรศึกษา**

**ประชากร คือ** เครื่องมือแพทย์ที่ห่อด้วยผ้าไม่ถักทอ (Non Woven) จำนวน 2 ผืนและถูกทำให้ปราศจากเชื้อโดยการนึ่งไอน้ำภายใต้แรงดันที่อุณหภูมิ 134 องศาเซลเซียสและผ่านกระบวนการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อทั้ง 3 วิธี คือ การตรวจสอบทางกายภาพ (Physical Monitoring) การตรวจสอบทางเคมี (Chemical Monitoring) และการตรวจสอบทางชีวภาพ (Biological Monitoring) ตามเกณฑ์มาตรฐานหน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลศรีสะเกษ และถูกนำส่งไปจัดเก็บในชั้นวางหน่วยงานต่างๆ ที่ใช้เครื่องมือแพทย์มากที่สุด 7 หน่วยงานในโรงพยาบาลศรีสะเกษได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 งานอุบัติเหตุและ

ฉุกเฉิน หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยหนักประสาทศัลยศาสตร์ และหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 380 ห่อ

**กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ** ประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือ ห่อเครื่องมือแพทย์ที่ทำให้ปราศจากเชื้อโดยการนึ่งไอน้ำภายใต้แรงดัน ที่อุณหภูมิ 134 องศาเซลเซียส และผ่านกระบวนการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อทั้ง 3 วิธี คือ การตรวจสอบทางกายภาพ (Physical Monitoring) การตรวจสอบทางเคมี (Chemical Monitoring) และการตรวจสอบทางชีวภาพ (Biological Monitoring) ตามมาตรฐานของหน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2567

**เกณฑ์การคัดเข้า**

1. ห่อเครื่องมือแพทย์ที่ทำให้ปราศจากเชื้อโดยการนึ่งไอน้ำที่ห่อด้วย Non Woven 2 ผืน ผ่านกระบวนการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อทั้ง 3 วิธี ติดเทปกาว แถบ Autoclave tape และป้ายระบุวันผลิตและวันหมดอายุ

2. ห่อเครื่องมือแพทย์ที่ทำให้ปราศจากเชื้อโดยการนึ่งไอน้ำที่ห่อด้วย Non Woven 2 ผืน ที่มีความสมบูรณ์ ไม่หลุดลุ่ย เทปกาวติดแน่น แถบ Autoclave tape ป้ายระบุวันผลิตและวันหมดอายุคงอยู่ ไม่มีร่องรอยทะลุ หรือไม่เปียกชื้น 3. ห่อเครื่องมือแพทย์จะต้องถูกเก็บในชั้นวางห่อเครื่องมือแพทย์ใน 7 หน่วยงานได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยหนักประสาทศัลยศาสตร์ และหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

**เกณฑ์การคัดออก**

1. ห่อเครื่องมือแพทย์ที่เทปกาวหรือแถบ Autoclave tape หลุดหรือหล่นหาย ไม่ปรากฏวันหมดอายุ มีสภาพหลุดลุ่ย มีรอยทะลุ หรือมีสภาพเปียกชื้น

2. ห่อเครื่องมือแพทย์ที่มีระยะเวลาหมดอายุไม่ถึง 4 และ 8 สัปดาห์

**ขนาดตัวอย่าง (Sample size)**

ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประเมินผลด้านความชุกของการปนเปื้อนห่อเครื่องมือแพทย์ที่เก็บในชั้นวางของ 7 หน่วยงานหลักที่ใช้ห่อเครื่องมือแพทย์ โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนความชุก (Proportion: P) กรณีที่ทราบขนาดประชากร[11]

ขนาดตัวอย่าง

$$n = \frac{NZ\alpha_{/2}^{\ 2}\, P(1-P)}{d^2\,(N-1)+Z\alpha_{/2}^{\ 2}\, P(1-P)}$$

N=ประชากรห่อเครื่องมือแพทย์ 380 ห่อ

n=ขนาดตัวอย่าง

P=สัดส่วนคาดการณ์การปนเปื้อนแบคทีเรียของห่อเครื่องมือแพทย์ในชั้น =.007

Z=ค่า Z-Score สำหรับช่วงเชื่อมั่นในการประมาณค่าสัดส่วน (1.96)

d=ค่าความคลาดเคลื่อนการตัดสินใจ (5%)=0.05x0.007=0.00035

$\alpha$=ระดับนัยสำคัญ 0.01

ผู้วิจัยใช้ค่าสัดส่วนความชุกในการตรวจพบการปนเปื้อนของห่อเครื่องมือแพทย์ที่ห่อด้วย Non woven 2 ผืน ในโรงพยาบาลในกรุงโซล ประเทศเกาหลีใต้ พบว่ามีการปนเปื้อนในการใช้กระดาษและพลาสติกห่อเครื่องมือแพทย์และผ่านกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อในระยะ 45-47 สัปดาห์ จาก 252 ชิ้น พบว่ามีการปนเปื้อน 2 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 0.007 (P=0.007)[12] กำหนดความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าร้อยละ 5 และได้ขนาดตัวอย่าง 375.5 ตัวอย่าง ปรับเป็น 376 ตัวอย่าง แต่เนื่องจากมีการประเมิน 2 ระยะใช้ขนาดตัวอย่าง 376 ตัวอย่างแต่ละระยะ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อทดสอบทั้ง 2 ระยะเป็น 752 ตัวอย่าง

**การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง**

การเลือกตัวอย่างจะสุ่มเลือกอิสระอย่างง่าย (Simple random sampling) จากห่อเครื่องมือแพทย์ที่นำส่งและเก็บไว้ในชั้นวางในหน่วยงาน

ต่างๆ ที่ใช้เครื่องมือแพทย์ ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 7 หน่วยงาน ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยหนักประสาทศัลยศาสตร์ และหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดที่มีชั้นวางเครื่องมือแพทย์และสุ่มตัวอย่างห่อเครื่องมือแพทย์ตามสัดส่วนห่อเครื่องมือที่เก็บบนชั้น (Proportion to size) ในระยะ 4 สัปดาห์ 376 ตัวอย่างและ 8 สัปดาห์ จำนวน 376 ตัวอย่าง หลังจากวางบนชั้น โดยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 จำนวน 76 ตัวอย่าง หอผู้ป่วย อายุรกรรมหญิง 2 จำนวน 60 ตัวอย่าง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 70 ตัวอย่าง หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 50 ตัวอย่าง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 40 ตัวอย่าง หอผู้ป่วยหนักประสาทศัลยศาสตร์ 40 ตัวอย่าง และหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 40 ตัวอย่าง โดยจะเก็บข้อมูลหลังจากวางเครื่องมือในชั้น 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ โดยเครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในหน่วยงานประจำวัน จะแยกออกจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 4 ส่วน

**ส่วนที่** 1 แบบบันทึกการปราศจากเชื้อของเครื่องมือแพทย์ที่ระยะเวลา 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์จากผลการส่งเพาะเชื้อโดยการนำเครื่องมือ (Non tooth forceps) มา Swab โดยเก็บสิ่งส่งตรวจด้วย Amies transport medium ด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ (Aseptic technique) และส่งเพาะเชื้อ (Culture) ที่ห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาคลินิก

**ส่วนที่** 2 แบบบันทึกความสมบูรณ์ของห่อเครื่องมือแพทย์ที่ระยะเวลา 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงตามรูป ถ้าครบ 2 ด้าน วัดข้อมูลเป็น 1=สมบูรณ์ ไม่เป็น ตามภาพ=0 หมายถึง ไม่สมบูรณ์

**ภาพที่** 2 แสดงภาพความสมบูรณ์ของห่อเครื่องมือ ที่บ่งชี้ความสมบูรณ์ของห่อเครื่องมือแพทย์

**ส่วนที่** 3 แบบบันทึกอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์บริเวณชั้นวางชุดเครื่องมือแพทย์กลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มวัดวันตรวจสัปดาห์ละ 1 วัน ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 และ 8

**ส่วนที่** 4 เครื่องวัดอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงและได้ใบรับรองจากการทดสอบกับเครื่องมือมาตรฐาน (Calibration Laboratory) และได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO/IEC 17025: 2017 จากสำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม (สมอ.) และได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการดำเนินการด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

1) การประเมินความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ของกระบวนการเตรียมเครื่องมือแพทย์และเครื่องมือประเมินผล ผู้วิจัยใช้วิธีส่งเค้าโครงวิจัยและเครื่องมือบันทึกข้อมูลรายละเอียดด้านการห่อเครื่องมือแพทย์ด้วย non woven, ตรวจประเมินความสมบูรณ์ของห่อเครื่องมือการประเมินการปนเปื้อนด้วยการเพาะเชื้อในห้องปฏิบัติการ จุลชีววิทยาคลินิก การวัดอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์บริเวณชั้นวางให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมและป้องกัน การติดเชื้อในโรงพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือวัดอุตสาหกรรมและอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 3 ท่าน ประเมิน ความตรงเชิงเนื้อหาและเสนอแนะ โดยใช้แบบประเมินดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence: IOC.) ซึ่งจะพัฒนาและปรับปรุงเครื่องมือจนค่าคะแนน IOC. ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

2. การประเมินความเที่ยงของเครื่องมือวัดอุณหภูมิ และความชื้นสัมพัทธ์ ผู้วิจัยส่งเครื่องมือไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ด้านเครื่องมือวัดที่อุตสาหกรรม

จังหวัดเพื่อทดสอบและ ออกใบรับรองความเที่ยง พบว่ามีค่าความเที่ยงเป็นไปตามมาตรฐานอุตสาหกรรม (มอก.)

**ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นเตรียมการ**

1. ค้นคว้าข้อมูลเพื่อหาปัญหางานวิจัย และเลือกหัวข้อปัญหาที่จะทำการวิจัย เพื่อกำหนดขอบเขต หรือขอบข่ายของงาน

2. ทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเขียนเค้าโครงวิจัย

3. ติดต่อประสานงานกับพื้นที่ที่จะทำการศึกษา

4. เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับพิจารณาจริยธรรม การวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลศรีษะเกษ

5. เตรียมวัสดุอุปกรณ์ สำหรับดำเนินการวิจัย

6. ประสานด้านการเก็บข้อมูลหลังการทดลองและเพาะเชื้อในระยะ 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์

**ขั้นดำเนินการ**

1. ประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยหนักประสาทศัลยศาสตร์และหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เพื่ออธิบายหลักการ เหตุผล วัตถุประสงค์ ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย และความร่วมมือในการนำห่อเครื่องมือที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าจัดเก็บในชั้นวางเครื่องมือในหน่วยงานต่างๆ ระบุจำนวนและจัดทำรหัสเครื่องมือไว้และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองจะระบุประเภทไว้และจะไม่นำไปใช้ใน การให้บริการส่วนเครื่องมือที่จะให้บริการในหน่วยงาน จะจัดเตรียมแยกออกมาต่างหากและจะนำมาหมุนเวียนทดแทนให้อย่างเพียงพอ รวมทั้งเข้าชี้แจงกับบุคลากรในแต่ละหน่วยงานให้รับทราบเข้าใจและขอความร่วมมือใน การดำเนินการวิจัย

2. จัดเตรียมชุดเครื่องมือกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 752 ห่อ ประกอบด้วย Non woven ขนาด 30 x 30 ซม. จำนวน 1 ผืน ผ้าก๊อส ขนาด 3 x 4 นิ้ว จำนวน 3 แผ่น Non tooth forceps 1 อัน วางบน Non woven และตัวบ่งชี้ทางเคมีภายใน type 5 คือ Sterigage แล้วห่อด้วย Non woven จำนวน 2 ผืน นำมาทำให้ปราศจากเชื้อตามกระบวนการของหน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยเริ่มจากการล้างทำความสะอาด ทำให้แห้งตามขั้นตอน บรรจุห่อติดเทปกาว Autoclave tape ป้ายวันผลิตและวันหมดอายุ และนำเข้าเครื่องนึ่งฆ่าเชื้อด้วยไอน้ำ ใช้โปรแกรมนึ่งฆ่าเชื้อที่อุณหภูมิ 134 องศาเซลเซียส โดยกระบวนการควบคุมคุณภาพตรวจสอบประสิทธิภาพ การทำให้ปราศจากเชื้อผ่านทั้ง 3 วิธี ภายใต้มาตรฐาน หน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลศรีสะเกษ คือ การตรวจสอบทางกายภาพ (Physical Monitoring) ซึ่งตรวจสอบการทำงานของเครื่องทำให้ปราศจากเชื้อที่สำคัญ ได้แก่ มาตรวัดอุณหภูมิ มาตรวัดความดัน เวลา สัญญาณไฟต่างๆ แผ่นบันทึกการทำงานของเครื่อง การตรวจสอบทางเคมี (Chemical monitoring) โดยการทำ Bowie dick test เพื่อดูว่ามีอากาศอยู่ในเครื่องขณะทำการ Sterile หรือไม่ และดูการรายงานการทำงานของเครื่องให้เป็นปกติ ซึ่งผลของการทดสอบ Bowie dick สีของแผ่นเคมีสม่ำเสมอเท่ากันทุกจุด หมายความว่าไม่พบอากาศภายในเครื่องและรายงานการทำงานของเครื่องนึ่งจะแสดงผลว่า Cycle Completed OK เมื่อการตรวจสอบดังกล่าวข้างต้นผ่านทุกขั้นตอน แสดงว่าเครื่องนึ่งพร้อมใช้งานแล้วจึงนำเครื่องมือไปทำให้ปราศจากเชื้อด้วยการนึ่งไอน้ำภายใต้แรงดันที่อุณหภูมิ 134 องศาเซลเซียส โดยใช้โปรแกรมการนึ่งที่อุณหภูมิ 134 องศาเซลเซียส ทำ Sterile 4 นาที และ Dry 5 นาที ที่ความดัน 27 ปอนด์ต่อตารางนิ้วและการตรวจสอบทางชีวภาพ (Biological Monitoring) โดยใส่ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพเพื่อเป็นตัวแทนของเชื้อโรคเข้าไปนึ่งพร้อมกับ

เครื่องมือ หลังจากกระบวนการนึ่งเสร็จสิ้นนำ Spore มาเพาะเชื้อเป็นเวลา 24 นาที แล้วอ่านผลเพาะเชื้อ

3. เมื่อผล Spore test เป็นลบ ตรวจสอบตัวบ่งชี้ทางเคมีภายนอก (Autoclave tape) บนห่อชุดเครื่องมือแพทย์ กลุ่มตัวอย่างว่าเปลี่ยนเป็นสีดำสนิททุกห่อแล้วนำชุดเครื่องมือแพทย์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 752 ตัวอย่าง ส่งไปจัดเก็บในชั้นวางเครื่องมือแพทย์ที่หน่วยงาน 7 แห่งตามสัดส่วนที่กล่าวไว้ขั้นตอนการกำหนดตัวอย่างและเลือกตัวอย่าง

4. ทำการสุ่มตรวจวัดอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ บริเวณชั้นวางชุดเครื่องมือแพทย์กลุ่มตัวอย่างทุกห้องในทุกหน่วยงานที่เป็นหน่วยสุ่มตัวอย่าง รวม 7 หน่วยงาน ทุกสัปดาห์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยใช้เครื่องวัดอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์และลงบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลจนครบ 8 สัปดาห์

5. ทำการตรวจสอบการคงสภาพความปราศจากเชื้อของเครื่องมือ โดยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ตัวอย่างห่อเครื่องมือแพทย์ อยู่ในสภาพที่ปิดสนิทเรียบร้อย Non woven ไม่ขาด ไม่หลุดลุ่ย เทปกาวที่ติดเพื่อยึด Non woven ติดแน่นไม่เผยอออกหรือฉีกขาด การคงอยู่ของ Autoclave tape บนห่อชุดเครื่องมือไม่เปียกชื้น เมื่อผ่านเกณฑ์จะนำฟอร์เซฟแบบไม่มีเขี้ยว (Non tooth forceps) มา Swab โดยเก็บสิ่งส่งตรวจด้วย Amies transport medium ด้วยเทคนิคปลอดเชื้อและส่งเพาะเชื้อ (Culture) ระยะเวลา 2 วันจึงจะอ่านผลการเพาะเชื้อที่ห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาคลินิก กระบวนการเพาะเชื้อดำเนินการในสัปดาห์ที่ 4 จำนวน 376 ตัวอย่างและดำเนินการที่ระยะ 8 สัปดาห์ในตัวอย่างที่เหลืออีก 376 ตัวอย่าง

6. ติดตามผลการเพาะเชื้อและบันทึกรายงานผลในใบบันทึกข้อมูลว่ามีเชื้อ (1) และไม่มีเชื้อ (0) หลังจากส่งเครื่องมือกลุ่มตัวอย่างไปเพาะเชื้อในสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8

7. นำผลการบันทึกการตรวจวัดอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ลงในตารางแบบบันทึกข้อมูล

**การวิเคราะห์ผลการศึกษา**

1. ข้อมูลทั่วไปของห่อเครื่องมือแพทย์ ด้านสภาพที่ปิดสนิทเรียบร้อย Non woven ไม่ขาด ไม่หลุดลุ่ย เทปกาวที่ติดเพื่อยึด Non woven ติดแน่นไม่เผยอออกหรือฉีกขาด การคงอยู่ของ Autoclave tape ห่อชุดเครื่องมือไม่เปียกชื้น วิเคราะห์เป็นจำนวนและร้อยละ

2. ค่าอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์บริเวณชั้นวางเครื่องมือแพทย์จาก 7 หน่วยงาน วิเคราะห์แยกหน่วยงานและภาพรวมด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3. ผลการเพาะเชื้อที่ห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาคลินิกในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 สัปดาห์จะนำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ

4. ทดสอบสัดส่วนสภาพห่อเครื่องมือแพทย์ด้านความปิดสนิทเรียบร้อย Non woven ไม่ขาด ไม่หลุดลุ่ย เทปกาวที่ติดเพื่อยึด Non woven ติดแน่นไม่เผยอออกหรือฉีกขาด การคงอยู่ของ Autoclave tape ห่อชุดเครื่องมือไม่เปียกชื้นและผลการเพาะเชื้อที่ห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาคลินิก ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 จะประมาณค่าสัดส่วนและช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 99 (99% CI of P) และเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานเพื่อตัดสินใจ (Point estimation) ค่าเฉลี่ยอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ วิเคราะด้วยช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 เทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้

5. กำหนดระดับนัยสำคัญของการทดสอบที่ 0.01

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยนี้ขอรับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยประจำโรงพยาบาล ศรีสะเกษ เลขที่รับรอง SSKHREC No.001/2567 วันที่รับรอง 8 มกราคม 2567 โดยพิจารณาประเด็นการควบคุมคุณภาพและความปลอดภัยของการเตรียมเครื่องมือวิจัย การทดสอบและการประเมินความปลอดภัยและความเสี่ยงด้าน การแพร่กระจายเชื้อและความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่เกิดจากผลการวิจัยตามงานวิจัยนี้

**ผลการศึกษา**

ผลการวิจัยพบว่า จำนวนห่อเครื่องมือแพทย์ที่สามารถติดตามได้ที่ระยะ 4 สัปดาห์ 375 ตัวอย่าง สูญหาย 1 ตัวอย่างและระยะ 8 สัปดาห์ 375 ตัวอย่าง สูญหายช่วงเวลาละ 1 ตัวอย่าง ทั้งในระยะ 4 และ 8 สัปดาห์ ลักษณะทางกายภาพของห่อเครื่องมือแพทย์เกือบทั้งหมดปิดสนิทเรียบร้อย Non woven ไม่ขาด ไม่หลุดลุ่ย เทปกาวที่ติดเพื่อยึด Non woven ติดแน่นไม่เผยอออกหรือฉีกขาด ห่อชุดเครื่องมือ ไม่เปียกชื้น จากการตรวจสอบพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 99.2 และ 98.6 ตามลำดับอยู่ในสภาพสมบูรณ์ ไม่พบร่องรอยขาด มีหลุดลุ่ยในระยะ 4 สัปดาห์ 3 ห่อ และ 8 สัปดาห์ 5 ห่อ นอกนั้นเทปกาวปิดอยู่ในสภาพสมบูรณ์ การคงอยู่ของ Autoclave tape ร้อยละ 100 และวันหมดอายุครบถ้วน รวมทั้งอยู่ในสภาพแห้งและไม่มีการเปียกชื้นทั้งหมด

ผลการติดตามวัดอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์บริเวณชั้นวางห่อเครื่องมือแพทย์ในหน่วยงานต่างๆ ที่ใช้ห่อเครื่องมือแพทย์ที่นำส่งจากหน่วยจ่ายกลาง พบว่าในระยะสัปดาห์ที่ 4 ในภาพรวมชั้นวางทั้งหมดมีอุณหภูมิเฉลี่ย 27.3 องศาเซลเซียส (SD.=2.9, p>0.05; 95%CI=24.4-30.2) โดยมีอุณหภูมิเฉลี่ยสูงกว่าช่วงเกณฑ์ที่กำหนด (ระหว่าง 18-24 องศาเซลเซียส) และความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ย 63.2 (SD.=5.2, p>0.05; 95%CI=59.6-67.1) โดยความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ยหรือภาพรวมสูงกว่าเกณฑ์ตามที่กำหนดคือไม่เกินร้อยละ 60 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและประมาณค่าแบบจุดในระยะ 4 สัปดาห์ ความสมบูรณ์ของห่อเครื่องมือแพทย์จำนวน 375 ห่อ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในสภาพสมบูรณ์ร้อยละ 99.2 (p<0.01*, 99%CI=99.2-99.8) ไม่พบร่องรอยขาด มีหลุดลุ่ยร้อยละ 0.8 และในระยะ 8 สัปดาห์ พบว่าห่อเครื่องมือแพทย์มีความสมบูรณ์ร้อยละ 98.6 (p>0.01, 99%CI=98.2-99.3) มีการหลุดลุ่ยร้อยละ 1.4 ดังนั้น จึงนำเข้าสู่กระบวนการเพาะเชื้อในระยะ 4 สัปดาห์จำนวน 372 ห่อและ 370 ห่อในระยะ 8 สัปดาห์ผลการวัดอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์บริเวณชั้นวางห่อเครื่องมือแพทย์ในหน่วยงานต่างๆ พบว่าในระยะ 8 สัปดาห์ มีอุณหภูมิเฉลี่ย 27.2 องศาเซลเซียส (p>0.05; 95%CI=26.6-27.7) และความชื้นสัมพัทธ์ร้อยละ 55.5 (p<0.05*, 95%CI=52.5-58.1) การคงสภาพปราศจากเชื้อ จุลินทรีย์ ในระยะ 4 สัปดาห์พบว่าเครื่องมือแพทย์ที่ถูกห่อด้วย non woven 2 ผืน ไม่พบการปนเปื้อนร้อยละ 100 (p<0.01*) และที่ระยะ 8 สัปดาห์ ไม่พบการปนเปื้อนร้อยละ 100 (p<0.01*) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่** 1 แสดงผลทดสอบการเพาะเชื้อจากตัวอย่างเครื่องมือแพทย์ในชั้นวางของหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ในระยะสัปดาห์ที่ 4 และ 8

**ตารางที่** 1 แสดงผลทดสอบการเพาะเชื้อจากตัวอย่างเครื่องมือแพทย์ในชั้นวางของหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ในระยะสัปดาห์ที่ 4 และ 8

| ชั้นวางในหน่วยงาน | สัปดาห์ที่ 4 | | สัปดาห์ที่ 8 | |
|---|---|---|---|---|
| | ไม่ปนเปื้อน (Proportion: P) | 99%CI | ไม่ปนเปื้อน (Proportion: P) | 99%CI |
| หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 | 100.0 | 100.0-100.0* | 100.0 | 100.0-100.0* |
| หอผู้ป่วยหนักประสาทศัลยศาสตร์ | 100.0 | 100.0-100.0* | 100.0 | 100.0-100.0* |
| หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย | 100.0 | 100.0-100.0* | 100.0 | 100.0-100.0* |
| หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด | 100.0 | 100.0-100.0* | 100.0 | 100.0-100.0* |
| หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก | 100.0 | 100.0-100.0* | 100.0 | 100.0-100.0* |

**ตารางที่** 1 แสดงผลทดสอบการเพาะเชื้อจากตัวอย่างเครื่องมือแพทย์ในชั้นวางของหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ในระยะสัปดาห์ที่ 4 และ 8

| ชั้นวางในหน่วยงาน | สัปดาห์ที่ 4 | | สัปดาห์ที่ 8 | |
|---|---|---|---|---|
| | ไม่ปนเปื้อน (Proportion: P) | 99%CI | ไม่ปนเปื้อน (Proportion: P) | 99%CI |
| หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 | 100.0 | 100.0-100.0* | 100.0 | 100.0-100.0* |
| งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน | 100.0 | 100.0-100.0* | 100.0 | 100.0-100.0* |
| ผลการเพาะเชื้อจุลินทรีย์ภาพรวม | 100.0 | 100.0-100.0* | 100.0 | 100.0-100.0* |

P<0.01*

**สรุปและอภิปรายผล**

สภาพปลอดเชื้อของห่อเครื่องมือแพทย์ที่ห่อด้วย non woven 2 ผืน ซึ่งผ่านกระบวนการเตรียมและทำให้ปราศจากเชื้อโดยการนึ่งไอน้ำที่อุณหภูมิ 134 องศาเซลเซียส แรงดัน 27 ปอนด์ต่อตารางนิ้ว ช่วงเวลาฆ่าเชื้อ 4 นาที Dry 5 นาที และผ่านกระบวนการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อทั้ง 3 วิธี คือ การตรวจสอบทางกายภาพ (Physical Monitoring) การตรวจสอบทางเคมี (Chemical Monitoring) และการตรวจสอบทางชีวภาพ (Biological Monitoring) ตามมาตรฐานของหน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยการ Swab เครื่องมือแพทย์ภายในห่อและส่งเพาะเชื้อที่ระยะ 4 และ 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ชุดเครื่องมือแพทย์กลุ่มตัวอย่างทุกชิ้นปราศจากเชื้อที่ระยะเวลาเก็บ 4 สัปดาห์ และระยะเวลา 8 สัปดาห์ และมีความสมบูรณ์ของห่อเครื่องมือในระยะสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ร้อยละ 99.2 และ 98.6 ตามลำดับผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยในโรงพยาบาลที่กรุงโซล ประเทศเกาหลีใต้ที่ใช้ non woven ห่อเครื่องมือทางการแพทย์ 2 ชั้นและสามารถยืดระยะเวลาการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ได้ 44 สัปดาห์ และพบอัตราการปนเปื้อนหลังจาก 44 สัปดาห์ในอัตราที่ต่ำและคงสภาพปราศจากเชื้อเป็นส่วนใหญ่ในระยะติดตามถึง 52 สัปดาห์[12] สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศบราซิลที่ใช้ non woven ห่อเครื่องมือแพทย์จำนวน 40 ชิ้นและผ่านกระบวนการปราศจากเชื้อด้วยการนึ่งด้วยไอน้ำตามมาตรฐานพบว่า คงระยะปลอดเชื้อได้ใน ระยะ 30 วันฆ่าเชื้อ[13] สอดคล้องกับผลการศึกษาการใช้ non woven fabrics ห่อเครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาลในเมืองมุมไบ ประเทศอินเดียจำนวน 117,335 ชิ้น พบว่า มีอัตราการลดการนำกลับมาเข้ากระบวนการปราศจากเชื้อซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ ถึง 1.19 เท่าต่อเดือนและมีแนวโน้มที่จะลดต้นทุนในกระบวนการปราศจากเชื้อในเครื่องมือทางการแพทย์ลงได้ในอนาคต[14] ทั้งนี้การลดกระบวนการส่งเพื่อทำให้ปราศจากเชื้อซ้ำขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของการป้องกันการปนเปื้อนของจุลินทรีย์ผ่านเข้าทางรูพรุน ความสมบูรณ์ของห่อเครื่องมือ การควบคุมความชื้นของห่อเครื่องมือแพทย์ รวมทั้งการควบคุมอุณหภูมิชั้นเก็บเครื่องมือที่เหมาะสม ยิ่งกว่านั้นขั้นตอนการทำให้ปราศจากเชื้อ (Sterilization processes) เป็นหนึ่งในขั้นตอนที่มีความสำคัญและต้องมี การควบคุมและกำกับมาตรฐานของกระบวนการปราศจากเชื้อ รวมทั้งวัสดุที่จะใช้ในการห่อเครื่องมือแพทย์ ควรมีคุณสมบัติพื้นฐานด้านความแข็งแรง ยืดหยุ่น ทนทานและป้องกัน การปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ได้ดีและมีประสิทธิภาพ การนำผ้า ไม่ถักทอมาห่อเครื่องมือแพทย์ในกระบวนการปราศจากเชื้อ (Non-woven wrap medical instrument and packaging) กำลังได้รับความนิยมในระบบหน่วยจ่ายกลางในสถานบริการทางการแพทย์ทั่วโลก โดย non woven ผลิตจากวัสดุประเภทเม็ดพลาสติกโพลีโพรพิลีน (Polypropylene) ขึ้นรูปด้วยเครื่องจักรและกระบวนการทางเคมีเป็นเส้นใยสั้นสลับยาว โดยไม่ผ่านกระบวนการถักและทอ แต่ใช้กระบวนการทาง

เคมี ทางกล ความร้อนหรือตัวทำละลายในการขึ้นรูปเป็นแผ่น[15] จึงสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในอุตสาหกรรมการผลิตวัสดุทางการแพทย์ แฟชั่น เสื้อผ้าและเครื่องนุ่งห่มเป็นจำนวนมาก[16] จากความได้เปรียบด้านคุณสมบัติที่มีความแข็งแรงทนทานและยืดหยุ่น สามารถรับน้ำหนักได้ดี สามารถขึ้นรูปได้หลายชั้นตามประเภทความต้องการใช้ได้ภายในวัสดุชิ้นเดียว[17] และมีคุณสมบัติทางกายภาพที่สามารถป้องกันการปนเปื้อนจุลินทรีย์ได้ดี และมีประสิทธิภาพจากคุณสมบัติความมีรูพรุนของแผ่น non woven ที่ส่วนใหญ่มีขนาดน้อยกว่า 0.187 ไมครอน ซึ่งเป็นขนาดที่แบคทีเรียและไวรัสที่มีขนาดใหญ่กว่า 0.1 ไมครอน ไม่สามารถผ่านเข้าไปได้[18] สามารถป้องกัน การซึมผ่านของเลือดซึ่งเม็ดเลือดแดงมีขนาด 7 ไมครอนได้ อย่างไรก็ตามด้วยขนาดรูพรุนที่มีขนาดเล็กที่ 0.187 ไมครอนนั้นอาจจะใหญ่กว่าโมเลกุลของน้ำซึ่งมีขนาดเล็กกว่า 0.09 ไมครอน รวมทั้งแบคทีเรียและไวรัสบางชนิดที่มีขนาดเล็กกว่า 0.01 ไมครอน ถึงแม้จะสามารถป้องกันการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ที่มีขนาดใหญ่กว่าขนาดรูพรุนนี้ได้ แต่ก็มี ความเสี่ยงที่น้ำ ความชื้นและจุลินทรีย์ที่มีขนาดเล็กกว่ารูพรุนนี้เล็ดลอดเข้าไปปนเปื้อนในห่ออุปกรณ์ทางการแพทย์ได้ และก่อให้เกิดการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์และเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลได้ การห่อเครื่องมือแพทย์ด้วย non woven จำนวน 2 ผืน อาจเป็นทางเลือกในการลดขนาดรูพรุนลงผ่านการทับซ้อนหลายชั้นทำให้รูพรุนมีโอกาสเล็กลงได้จากการทับซ้อนหลายชั้น และสามารถเพิ่มคุณสมบัติการป้องกันการปนเปื้อนของจุลินทรีย์ลดลง รวมทั้งลดโอกาสการซึมผ่านของน้ำหรือความชื้นได้แต่อาจไม่สร้างความเชื่อมั่นได้อย่างสมบูรณ์ว่าจะป้องกันการปนเปื้อนได้ทั้งหมดหรือรับประกันว่าจะสามารถยืดระยะเวลา ความปราศจากเชื้อได้นานเท่าใด ดังนั้นจึงมีความจำเป็น อย่างยิ่งที่จะต้องวิจัยเพิ่มเติมว่าเมื่อห่อเครื่องมือแพทย์ 2 ผืนแล้วจะลดขนาดรูพรุนลงได้เท่าไหร่และเพียงพอต่อการป้องกันเชื้อจุลินทรีย์และน้ำที่มีขนาดเล็กกว่าได้หรือไม่ โดยสรุป การนำ non woven มาใช้ในการห่อเครื่องมือแพทย์ให้คงสภาพปราศจากเชื้อต่อเนื่อง หลังกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ จำเป็นจะต้องพิจารณาคุณสมบัติทางกายภาพของขนาดรูพรุนเป็นหนึ่งในคุณสมบัติที่สำคัญในการพิจารณา

ผลการทดสอบลักษณะทางกายภาพห่อเครื่องมือแพทย์ในหน่วยงานต่างๆ ในระยะ 4 สัปดาห์จำนวน 375 ห่อ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในภาพสมบูรณ์ร้อยละ 99.2 ($p<0.01$*, 99%CI=99.2-99.8) ไม่พบร่องรอยขาด มีหลุดลุ่ยร้อยละ 0.8 เทปกาวปิดอยู่ในสภาพสมบูรณ์ การคงอยู่ของแถบ Autoclave tape และวันหมดอายุครบถ้วน รวมทั้งอยู่ในสภาพแห้งและไม่มีการเปียกชื้นทั้งหมดร้อยละ 100 และในระยะ 8 สัปดาห์พบว่าห่อเครื่องมือแพทย์มีความสมบูรณ์ร้อยละ 98.6 ($p>0.01$, 99%CI=98.2-99.3) โดยพบปัญหาการหลุดลุ่ยโดยรวมร้อยละ 1.4 ทั้งนี้เครื่องมือแพทย์ที่จัดเก็บอยู่บนชั้นวางเครื่องมือแพทย์ของหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ เป็นชั้นวางระบบปิดโดยเป็นตู้มีฝาปิดมิดชิด ไม่มีผู้คนพลุกพล่าน ไม่มีลมพัดผ่าน มีการจัดเรียงตามลำดับความสำคัญในการใช้และจัดเรียงใหม่ในทุกๆ สัปดาห์ตามวันหมดอายุ อย่างไรก็ตามในกระบวนการจัดลำดับดังกล่าวอาจมีการเคลื่อนย้ายและพบปัญหา การหลุดลุ่ยของเทปกาวที่ปิด แต่ไม่มีการเปิดของห่อเครื่องมือแพทย์ อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบแล้วมีอัตรา การเลื่อนหลุดของเทปกาวในระยะ 4 และ 8 สัปดาห์ร้อยละ 0.8 และ 1.4 ซึ่งถือว่าเป็นอัตราน้อย ส่วนการประเมินอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์บริเวณชั้นวาง พบว่าบริเวณชั้นวางโดยรวมในหน่วยงานต่างๆ ทั้ง 7 หน่วยงานในโรงพยาบาลศรีสะเกษมีอุณหภูมิสูงเกินมาตรฐานที่กำหนดเฉลี่ย 27.3 องศาเซลเซียส ซึ่งมาตรฐานควรอยู่ระหว่าง 18-24 องศาเซลเซียสและในระยะ 8 สัปดาห์ หน่วยงานต่างๆ ยังไม่มีการจัดการเพื่อควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนระดับความชื้นสัมพัทธ์ในระยะ 4 สัปดาห์มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 63.2 สูงกว่ามาตรฐานและได้ให้ข้อเสนอแนะหน่วยงานเพื่อปรับ

ระบบความชื้นสัมพัทธ์จนในระยะ 8 สัปดาห์ สามารถควบคุมความชื้นสัมพัทธ์ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่หน่วยจ่ายกลางกำหนดจนระดับความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ยร้อยละ 55.5 เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ซึ่งไม่ควรเกินร้อยละ 60 ทั้งนี้ โรงพยาบาลศรีสะเกษตั้งอยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีอุณหภูมิภายนอกสูงกว่าทุกภาคในประเทศไทยในลักษณะร้อนชื้น ประกอบกับห้อง ที่จัดเก็บเครื่องมือไม่มีการติดตั้งแอร์คอนดิชันเนอร์ ไม่มีเครื่องวัดอุณหภูมิในการควบคุม รวมทั้งระบบตรวจจับและปรับความชื้นสัมพัทธ์จึงทำให้กระบวนการติดตามประเมินและปรับอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ไม่สามารถติดตาม ควบคุมและกำกับได้อย่างสม่ำเสมอ จากระดับอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ที่สูง อาจเพิ่มโอกาสในการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์ในชั้นวางได้ ซึ่งในอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ที่สูง นอกจากจะทำให้จุลินทรีย์มีการแบ่งตัวและเจริญเติบโตได้รวดเร็วแล้วยังจะเพิ่มการเคลื่อนที่ได้รวดเร็วและผ่านเข้าออกวัสดุประเภทต่างๆ ได้มากยิ่งขึ้นด้วย[19] ถึงแม้วัสดุประเภท non woven จะสามารถทนความร้อนได้ในระดับสูง 20-105 องศาเซลเซียส แต่การอยู่ภายใต้อุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์สูงเป็นเวลานานๆ อาจทำให้พันธะเคมีในเนื้อวัสดุเกิดการเสื่อมและลดแรงยึดเหนียวลงได้ อาจเกิดรูพรุนที่เปิดกว้างมากขึ้นหรือลดความแข็งแรงในการฉีกขาดหรือทะลุ ลงไปได้ด้วย[20] ดังนั้น ในการเก็บห่อเครื่องมือแพทย์ควรปรับปรุงระบบการควบคุมอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ให้เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงในปัจจัยดังกล่าว ซึ่งจะนำมาซึ่งการปนเปื้อนเครื่องมือแพทย์จากเชื้อจุลินทรีย์ได้ และจะสามารถยืดอายุการจัดเก็บเครื่องมือแพทย์ในชั้นวางเพื่อรอการใช้งานได้ยาวนานยิ่งขึ้นไปด้วย

**ข้อเสนอแนะ**

1. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดระยะเวลาการคงสภาพปราศจากเชื้อของเครื่องมือแพทย์ที่ทำให้ปราศจากเชื้อโดยการนึ่งไอน้ำที่ห่อด้วย Non Woven 2 ผืน ในหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลศรีสะเกษได้ที่ระยะ 8 สัปดาห์

2. สามารถลดระยะเวลาในการนำห่อเครื่องมือแพทย์กลับมาเข้ากระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อซ้ำได้อย่างน้อย 8 สัปดาห์ ซึ่งจะสามารถลดภาระงานและต้นทุนในกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อซ้ำ (Re-sterilization) ในระยะ 8 สัปดาห์ได้ 3. สามารถนำกระบวนการเตรียมเครื่องมือแพทย์ด้วย การห่อด้วย Non Woven 2 ผืนและผ่านกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อตามมาตรฐานหน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาล ศรีสะเกษไปปรับใช้เพื่อยืดระยะเวลาการสำรองเครื่องมือแพทย์ในชั้นวางของหน่วยงานต่างๆ ภายใต้บริบทการควบคุมอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์เดียวกันได้ เพื่อลดภาระงาน ในการนำกลับมาเข้ากระบวนการปราศจากเชื้อซ้ำ

4. ในการจัดหาวัสดุประเภท Non Woven ควรกำหนดในข้อเสนอให้บริษัททดสอบระดับความห่างของรูพรุน Non Woven ให้เล็กกว่าชนิดของจุลินทรีย์ที่ต้องการปราศจากเชื้อเพื่อจะได้ตัดสินใจได้เหมาะสมในการใช้งาน

5. ควรพัฒนาระบบปรับ ควบคุม ประเมินและกำกับอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ในชั้นวางเครื่องมือในหน่วยงานต่างๆ ให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานเพื่อลดความเสี่ยง ต่อการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์และยืดอายุการใช้งาน ของ Non woven ให้ยาวนานขึ้น

6. ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพการคงระยะปลอดเชื้อของวัสดุห่อเครื่องมือแพทย์ประเภทอื่นๆ ในการห่อเครื่องมือแพทย์ประเภทต่างๆ ตั้งแต่ขนาดเล็กไปจนถึงขนาดใหญ่ เช่น ผ้าซองพลาสติก peel pouches/tyvex และกล่องหรือถังสแตนเลส เพื่อประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพหรือความคุ้มทุนในการจัดเตรียมและกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อซ้ำในเครื่องมือแพทย์ที่หลากหลายดังกล่าว

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบคุณผู้บริหาร ผู้เกี่ยวข้อง ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ร่วมดำเนินการและสนับสนุนการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดี ขอขอบคุณบุคลากรหน่วยจ่ายกลาง โรงพยาบาลศรีสะเกษทุกท่านที่มีส่วนร่วมหลักในการดำเนินการวิจัยจนเสร็จสิ้นลงได้อย่างสมบูรณ์

## เอกสารอ้างอิง

1. Egger, R. Overviiew of the situation worldwide: highlight of achievements and gaps [Internet]. 2022. Available from: https://apps.who.int/gb/MSPI/pdf_files/2022/03/Item1_07-03.pdf
2. Russo, P.L., Stewardson, A.J., Cheng, A.C., Bucknall, T., Mitchell, B.G. The prevalence of healthcare associated infections among adult inpatients at nineteen large Australian acute-care public hospitals: a point prevalence survey. Ntimicrob Resist Infect Control. 2019;15(8):114–21.
3. Centers for Disease Control and Prevention , author. National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System report, data summary from January 1992 through June 2004, issued October 2004. Am J Infect Control. 2004;32:470–85.
4. Weigelt, J.A., Lipsky, B.A., Tabak, Y.P., et al. Surgical site infections: Causative pathogens and associated outcomes. Am J Infect Control. 2010;38:112–20.
5. WHO. Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide [Internet]. 2019. Available from: https: //apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf;jsessionid=86B33E75BBE594E6C2CBD998F1C8 8CA5?sequence=1
6. Garvey, M. Medical Device-Associated Healthcare Infections: Sterilization and the Potential of Novel Biological Approaches to Ensure Patient Safety. Int J Mol Sci. 2024;25(1):201–9.
7. ธนิดา อินทะจักร์. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล : ประสิทธิผลของการทำลายเชื้อสำหรับอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาล. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข. 2560;3(1):64–76.
8. ASHRAE. 2017 ASHARAE Handbook. Washinton: American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers; 2017.
9. Morton ,P.J., Conner, R. Implementing AORN recommended practices for selection and use of packaging systems for sterilization. AORN J. 2014;99(4):495–502.
10. งานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ โรงพยาบาลศรีสะเกษ. รายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาลศรีสะเกษ. ศรีสะเกษ: งานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ โรงพยาบาลศรีสะเกษ; 2565.
11. Daneil, W.W., Cross CL. Biostatistics: A foundation for analysis in the Health Sciences. 10th ed. NJ: JohnWiley & Sons; 2013.
12. Song Ja C., Jeong Hee, J., Kyoung Mi, C., Mi Young, K., Joo Hee, P., Na Yeon, J. Study on the Shelf Life of Sterilized Products according to Packaging Materials. J Korean Clin Nurs Res. 2019;25(3):333–41.
13. de Araújo Moriya, G.A., Graziano, K.U. Sterility Maintenance Assessment of Moist/Wet Material After Steam Sterilization and 30-day Storage. Rev Lat-Am Enferm. 2010;18(4):787–91.
14. Devadiga, G.S., Thomas. V.M.P., Shetty, S., Setia, M.S. Is non-woven fabric a useful method of packaging instruments for operation theatres in resource constrained settings? Indian J Med Microbiol. 2015;33(2):245–7.
15. Müller, W.W., Saathoff, F. Geosynthetics in geoenvironmental engineering. Sci Technol Adv Mater. 2015;16(3):034605.

16. Fibre2Fashion. Global Nonwovens: Recent Trends And Future [Internet]. 2023 [cited 2023 Feb 12]. Available from: https://www.technicaltextile.net/articles/global-nonwovens-recent-trends-and-future-7939
17. Webster, J., Radke, E., George, N., Faoagali, J. Barrier properties and cost implications of a single versus a double wrap for storing sterile instrument packs. Am J Infect Control. 2005;33(6):348–52.
18. Parthasarathi, V., Thilagavathi G. Developing antiviral surgical gown using nonwoven fabrics for health care sector. Afr Health Sci. 2013;13(2):327–32.
19. Tolner, B., Poolman, B., Konings, W.N. Adaptation of microorganisms and their transport systems to high temperatures. Comp Biochem Physiol Physiol. 1997;118(3):423–8.
20. Cheng, S., Muhaiminul, S.M., Yue, Z., Wang, Y., Xiao, Y., Militky, J., Prasad, M. and Zhu, G. Effect of Temperature on the Structure and Filtration Performance of Polypropylene Melt-Blown Nonwovens. J Autex Res J. 2021;21(2):207–17.

# ประสิทธิผลโปรแกรมบำบัดด้วยการเรียนรู้เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพและเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม การรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเอง พฤติกรรมและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ

# Effectiveness of a Cognitive behavior therapy program and social support for changing attitudes, subjective norms, perceived behavioral control, behavior, and Blood sugar levels of type 2 diabetic patients in Wang Hin District Sisaket Province.

(Received: April 3,2024 ; Revised: April 26,2024 ; Accepted: April 27,2024)

**อัทธนียา มารยาท**[1]
**Astaneeya Marayat**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงทดลองเชิงสุ่มนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมบำบัดด้วยการเรียนรู้เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพและเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ดี สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 40 คนและกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ดีในอำเภอพยุห์ จำนวน 40 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ โปรแกรมบำบัดด้วยการเรียนรู้เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพและเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม เครื่องมือประเมินได้แก่แบบประเมินทางจิตวิทยาผ่านโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดและเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมจำนวน 5 ครั้ง ประเมินน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังการทดลอง ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test และทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนเพศหญิงใกล้เคียงกันร้อยละ 60.2 และ 58.3 อายุเฉลี่ย 53.5 ปีและ 51.2 ปี ผลการทดลองไม่มีข้อมูลระบุความแตกต่างของตัวแปรต่างๆ พฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลอง แต่ในระยะหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองระดับปัจจัยทางจิตยา การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมน้ำตาลในเลือดสูงกว่าก่อนการทดลองและในแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยระดับน้ำตาลในเลือดสะสมแตกต่างจากกลุ่มควบคุมเฉลี่ย -1.2 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

**คำสำคัญ :** ผู้ป่วยเบาหวาน, ควบคุมน้ำตาลในเลือด, พฤติกรรมบำบัด

**ABSTRACT**

This randomized control trial aimed to study effectiveness of a cognitive behavior therapy program plus social support to changing psychological factors, increasing behavior and blood sugar control in patients with type 2 diabetes in Wang Hin District, Sisaket Province. The poor blood sugar control of 40 type 2 diabetes patients was randomly assigned into experimental group, and randomly assigned into control group with 40 type 2 diabetes patients with poor blood sugar control in Phayu District. Research tools included: A cognitive behavior therapy program plus social support and the evaluation tools included a psychological evaluation through a cognitive behavior therapy program plus increased social support 5 times and assessing blood sugar levels before and after the experiment. Test the mean differences within the group with the Paired t-test statistic and test the mean difference between the groups with the independent t-test at the significance level of 0.05. The research found that the sample group has a similar proportion of females, 60.2 percent, and 58.3, the average age was 53.5 years and 51.2 years. The results of the experiment did not have information indicating differences in various variables, health behaviors and blood sugar levels between the experimental group and the control group in the pre-experiment period. But after the experiment, it was found that the experimental group had higher levels of psychotropic factors

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ

and health behavior were higher before the experiment and were significantly different from the control group. The cumulative blood sugar level differed from the control group by an average of -1.2 milligram percent.
**Keywords:** diabetic patients, blood sugar control, behavioral therapy

**บทนำ**

เบาหวานชนิดที่ 2 (Diabetes Type 2) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพประชาชนวัยแรงงานตอนปลายและผู้สูงอายุจำนวนมากในทุกประเทศทั่วโลกและสร้างผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายและความมั่นคงในระบบสุขภาพอย่างมากมาย องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี.พ.ศ. 2565 ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 422 ล้านคน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลางและผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานกว่าปีละ 1.5 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในระยะกว่า 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา[1] และสร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจกว่าปีละ 465 พันล้านเหรียญสหรัฐอเมริก[2] เนื่องจากเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นกลุ่มอาการเมตาบอลิซึมผิดปกติเรื้อรังจากภาวะที่ร่างกายดื้อต่ออินซูลินหรือสร้างอินซูลินได้ไม่เพียงพอ ก่อให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติเรื้อรังซึ่งนำไปสู่การก่อความเสียหายร้ายแรงต่อหัวใจ หลอดเลือด ตา ไต และเส้นประสาทเมื่อเวลาผ่านไป ซึ่งปัญหานี้เป็นสาเหตุการตายก่อนวัยอันควร ก่อให้เกิดความพิการคุกคามคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอย่างมหาศาล โดยผู้ที่ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดและหลอดเลือดสมอง 2-3 เท่า รวมทั้งความพิการจากปลายประสาทอักเสบ แผลที่เท้าเรื้อรัง การติดเชื้อง่ายและส่งผลต่อความพิการ[3] นอกนั้นยังก่อโรคจอประสาทตาเสื่อมกว่าปีละ 1 ล้านคนทั่วโลก[4] และเป็นสาเหตุหลักของการเกิดอุบัติการณ์ไตวายเรื้อรังในประชากรทั่วโลก[5] ดังนั้นมาตรการสำคัญในการตอบสนองต่อภาวะคุกคามจากภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพนั้นจะต้องพัฒนาปรับปรุงระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องจึงจะสามารถชะลอ ป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนลงได้[1] จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมามีหลักฐานเชิงประจักษ์มากมายที่บ่งชี้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างวิถีชีวิตสุขภาพ (Healthy lifestyle) ในผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การลดน้ำหนักพอประมาณ การออกกำลังกายเป็นประจำ การรับประทานยาและพบแพทย์สม่ำเสมอ การบริหารความเครียด การไม่สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรักษาระดับน้ำตาลในเลือดได้ในระดับที่ดีต่อสุขภาพและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ[6-8] อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ากว่า 60% ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดี[9-10] โดยสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับการควบคุมน้ำตาลในเลือดที่ดีและเพียงพอในระยะยาว การไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่และปัญหาทางอารมณ์ ซึ่งส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลงของผู้ป่วยเบาหวานในระยะยาว อย่างไรก็ตามจากผลการทบทวนวรรณกรรมระยะหลังชี้ให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมแทรกแซงทางจิตวิทยาในผู้ป่วยเบาหวานสามารถช่วยในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานได้ดีและมีประสิทธิภาพ เช่น ผลการการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavior Therapy) โดยกระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ในผู้ป่วยเบาหวานสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิผลมากกว่าวิธีอื่นๆ[11-12] สอดคล้องกับผลการวิจัยของวิงเลย์และคณะได้วิเคราะห์แบบเมต้าในประสิทธิผลของการแทรกแซงทางจิตวิทยาสำหรับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในเด็กและผู้ใหญ่ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่าไม่พบการลดลงของระดับฮีโมโกลบินเอ วันซี (Hemoglobin A1c: HbA1c) ในเด็กในขณะที่การวิเคราะห์เมตาในกลุ่มผู้ใหญ่แสดงให้เห็นให้ผลเชิงบวกต่อการลดลงของ

ระดับฮีโมโกลบินเอ วันซี[13] โดยสรุปแล้ว รวมแล้วการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (CBT) เป็นกิจกรรมจิตบำบัดที่มีแนวโน้มนำมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโรคเรื้อรังและมีประสิทธิภาพประสิทธิภาพในการควบคุมโรคเรื้อรัง รวมทั้งบำบัดความผิดปกติทางจิตต่างๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า เครียด หรือความผิดปกติทางอารมณ์ได้ดี ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นและบรรลุการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีโดยรวมและมีการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับกลุ่มครอบครัวหรือชุมชนเข้าไปด้วยก็จะยิ่งเพิ่มประสิทธิภาพการเปลี่ยนแปลงและคงไว้ซึ่งวีชีวิตสุขภาพในผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพ คงทนและยาวนานมากยิ่งขึ้น[14]

อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ เป็นหนึ่งในอำเภอที่มีแนวโน้มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ.2564 มีผู้ป่วยเบาหวานสะสมจำนวน 1,480 คน เพิ่มขึ้นเป็น 1,517 คน ในปี 2565 และ 1,578 คนในปี พ.ศ.2566 และจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีโดยประเมินจากระดับฮีโมโกลบินเอวัน ซีที่เกิน 7.0 มิลลิกรัมเปอร์เซนต์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 794 คน เป็น 890 ในปี พ.ศ. 2565 และเป็น 798 คนในปี พ.ศ. 2566[15] โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากวิถีชีวิตสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานไม่ดีเท่าที่ควร จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดีให้ข้อมูลว่าไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลสูงได้สม่ำเสมอ รับประทานผลไม้หวานตามฤดูกาล ออกกำลังกายไม่เพียงพอและสม่ำเสมอ รวมทั้งขาดยาควบคุมเบาหวาน ซึ่งตรงข้ามกับผู้ที่ควบคุมน้ำตาลได้ดี ที่มีวิถีชีวิตสุขภาพดีกว่าจากการดำเนินการที่ผ่านมาจะใช้วิธีการสอนสุขศึกษาแบบกลุ่มในวันที่จัดบริการคลินิกเบาหวาน ให้คำแนะรายบุคคล ซึ่งไม่เพียงพอที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมเบาหวานที่เหมาะสมได้ ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบโปรแกรมเพื่อสร้างการเรียนรู้และปรับพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานและเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเครือข่ายสุขภาพในชุมชนผ่านช่องทางสังคมออนไลน์ ซึ่งการเข้าร่วมโปรแกรมคาดหวังว่าจะเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางจิตวิทยาและได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีประสิทธิผล ซึ่งจะลดผลกระทบทางสุขภาพ เพิ่มคุณภาพชีวิตและสร้างประสิทธิภาพในการจัดการผู้ป่วยเบาหวานในสถานบริการต่อไป ยิ่งกว่านั้นจะเป็นทางเลือกในการนำมาปรับใช้ในการจัดบริการเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานในระยะต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมประสิทธิผลโปรแกรมบำบัดด้วยการเรียนรู้เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ

**วิธีการศึกษา**

ชนิดของการวิจัยเชิงทดลองเชิงสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุมวัดก่อนและหลังการทดลอง (A randomized control trial: a control group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลวังหินจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 798 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในพื้นที่วิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างอย่างง่าย ( Simple random sampling) เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยในเขตอำเภอวังหวัดจังหวัดศรีสะเกษต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี 2) เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี โดยมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซี มากกว่า 7.0 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ 3) สามารถอ่าน เขียนและสื่อสารภาษาไทยได้ดี 4) มีและสามารถใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนเพื่อสื่อสารและใช้สังคมออนไลน์ได้ดี 5)

เต็มใจที่จะอยากเปลี่ยนแปลงตนเองและอยากควบคุมน้ำตาลในเลือดให้ได้และยินยอมเป็นอาสาสมัครเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ครบตามกิจกรรมที่วางแผนไว้ในโปรแกรม 2) ไม่สามารถให้ข้อมูลในการวัดตัวแปรได้ครบถ้วนและขาดความสมบูรณ์เพียงพอที่จะวิเคราะห์ผลการวิจัยได้

ขนาดตัวอย่าง (Sample size calculation) คำนวณเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c: HbA1c) ในประชากร 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยคาดการว่าจะพบความแตกต่าง (effect size) อย่างน้อยร้อยละ 5 มีค่าเท่ากับ 0.88[16] ด้วยอำนาจทดสอบ (Power of test) ร้อยละ 80 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเป็นดังนี้ [17]

$$n = 2\left[\frac{(z\alpha_{/2}+z_{\beta})\sigma}{\varepsilon^2}\right]^2$$

$z_{(\alpha/2)}$=ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Confident coefficient) ที่กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่กำหนดระดับความเชื่อมั่น 0.05= 1.96, $\sigma$=ความแปรปรวนแบบ Pooled variance,

กำหนดอำนาจทำนาย 0.80, $z_{\beta} = 0.84$, $\varepsilon^2 = 0.88$ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 40 คน โดยเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีโดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมตั้งแต่ร้อยละ 7.0 ขึ้นไปในโรงพยาบาลวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากหมายเลขเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 40 คนและกลุ่มควบคุมจะสุ่มเลือกผู้ป่วยเบาหวานที่อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีการควบคุมไม่ได้ มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมร้อยละ 7.0 ขึ้นไปจำนวน 40 คน เมื่อสุ่มตัวอย่างได้แล้วจะชี้แจงโครงการและเชิญชวนและลงชื่อยินยอมเป็นอาสาสมัครในการวิจัย

**เครื่องมือในการวิจัย**

เครื่องมือวิจัยสำหรับการทดลองได้แก่ โปรแกรมการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการเรียนร็เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Cognitive Behavioral therapy: CBT)[17] การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นลำดับขั้น (Stages of changes) [18] ร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว[19] โดยผู้วิจัยได้ทบทวนทฤษฎีดังกล่าวพร้อมสังเคราะห์ร่วมกับผลการวิจัยที่ได้ทบทวนวรรณกรรมนำมาออกแบบแบบแผนการจัดกิจกรรม โดยอาสาสมัครที่เป็นกลุ่มทดลองจะได้รับการแจกแผ่นพับ ใบปลิว และสมุดบันทึกกิจกรรมที่มีรายละเอียดเนื้อหาในแผนการบำบัด จากนั้นจะเชิญเข้าร่วมกลุ่มไลน์เพื่อร่วมแลกเปลี่ยน เรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสนับสนุนกันในกลุ่ม ซึ่งจัดทำในรูปแบบของ video clip ในกลุ่ม Application LINE , สมุดคู่มือบันทึกการทำกิจกรรม สมุดบันทึกพฤติกรรมและมีแผนการจัดพฤติกรรมในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลวังหินจำนวน 5 ครั้งละ 3 ชั่วโมง ห่างกัน 3 สัปดาห์รวมระยะเวลา 3 เดือน รายละเอียดมีดังนี้ กิจกรรมครั้งที่ 1 ชี้แจงโครงการและเก็บข้อมูลส่วนบุคคล เศรษฐกิจ สังคมประเมินปัจจัยทางจิตวิทยาได้แก่ ทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม ความเชื่อมั่นในการกำกับพฤติกรรมตนเอง การได้รับการสนับสนุนจากสังคม พฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด จากนั้นเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มพฤติกรรมบำบัดโดยมอบสมุดประเมินตนเองและกำหนดเป้าหมายที่จะปฏิบัติ โดยมีนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยสนับสนุนและให้การปรึกษา ตอบข้อสงสัย กิจกรรมครั้งที่ 2 จะเป็นการกำหนดแผนปฏิบัติด้านการรับประทานอาหาร พลังงานต่ำ การมีกิจกรรมทางกายที่ได้มาตรฐาน การลดหรือไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ และการบริหารความเครียดและคิดเชิงบวก และนำไปปฏิบัติตลอดการปฏิบัติสามารถเรียนรู้ทางช่องทางออนไลน์ แลกเปลี่ยนและปรึกษาหารือในกลุ่มและกับนักวิจัยได้ตลอดเวลา ขั้นตอนที่ 2 เป็นลองเปลี่ยน

พฤติกรรมและดำเนินพฤติกรรมที่ได้วางแผนไว้และได้รับการสนับสนุนจากทีมวิจัย กลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันในกลุ่มและกลุ่มไลน์โดยมีสหวิชาชีพเข้าร่วมในกลุ่มสังคมออนไลน์เพื่อแลกเปลี่ยนและสนับสนุนข้อมูลเพื่อเสริมการนำปฏิบัติด้วยตนเองและมีการแชร์วิดีโอตนเองให้กลุ่มรับรู้ แลกเปลี่ยนและให้กำลังใจ ขั้นตอนที่ 3 เป็นการนำเสนอพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติและเห็นว่าดีต่อตนเองและการสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ยังคิดว่ายังไม่ดีต่อเพื่อร่วมกลุ่มและนักวิจัยชื่นชม ยินดีและยกเป็นกรณีต้นแบบ ขั้นตอนที่ 4 เป็นการนำเสนอบุคคลต้นแบบที่เปลี่ยนตัวเองสำเร็จแล้วในกลุ่มและบอกเล่าประสบการณ์และสิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นต่อกลุ่มฟังทั้งในสถานที่จัดกิจกรรมและทางสังคมออนไลน์และครั้งที่ 5 เป็นการประเมินผลการวิจัย

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถาม 6 ส่วนร่วม 136 ข้อ ประกอบด้วย

**ส่วนที่** 1 ข้อมูลทั่วไปด้านเศรษฐกิจและสังคม ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ครอบคลุมปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคมครอบคลุมเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสโสด สถานะทางการเงิน น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว 10 ข้อ

**ส่วนที่** 2 การประเมินทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือด ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามจากการศึกษาแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามแนวทางของ Walker[20] และนำมาพัฒนาเป็นข้อคำถามและระดับการวัดให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินทัศนคติของ Ajzen[21] รวมข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ ประเด็นคำถามเชิงบวกให้คะแนนเป็นอันดับตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) เห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน)

**ส่วนที่** 3 การประเมินการรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามจากการศึกษาแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามแนวทางของ Walker[20] และนำมาพัฒนาเป็นข้อคำถามและระดับการวัดให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินการรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มของ Ajzen[21] รวมข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ ประเด็นคำถามเชิงบวกให้คะแนนเป็นอันดับตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) เห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน)

**ส่วนที่** 4 การประเมินการรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือด ผู้วิจัยศึกษาแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามแนวทางของ Walker[20] และนำมาพัฒนาเป็นข้อคำถามและระดับการวัดให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินการรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองของ Ajzen[21] รวมข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ ประเด็นคำถามเชิงบวกให้คะแนนเป็นอันดับตั้งแต่เป็นไปได้มากที่สุด (5 คะแนน) เป็นไปได้มาก (4 คะแนน) เป็นไปได้ปานกลาง (3 คะแนน) เป็นไปได้น้อย (2 คะแนน) เป็นไปได้น้อยที่สุด (1 คะแนน)

**ส่วนที่** 5 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพการประเมินการรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือด ผู้วิจัยศึกษาแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามแนวทางของ Walker[20] รวมข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ ปฏิบัติทุกวัน (5 คะแนน) ปฏิบัติเป็นส่วนมากแต่ไม่ทุกวัน (4 คะแนน) ปฏิบัติในรอบสัปดาห์ (3 คะแนน) ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (2 คะแนน) ไม่ค่อยได้ปฏิบัติเลย (1 คะแนน)

**ส่วนที่** 6 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา บันทึกจากผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเป็นมิลลิกรัมเปอร์เซนต์ ในรอบ 3 เดือน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ใช้วิธีประเมินความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าความตรง 0.58 ส่วนแบบประเมินความพึงพอใจได้ค่าความตรง 0.75 และความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่า 0.78

**การวิเคราะห์ผลการศึกษา**

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบผลการทดลอง ตัวแปรทางจิตวิทยา การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพในรอบ 3 เดือนและระดับน้ำตาลสะสมใช้สถิติทดสอบเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองมีแผนการวิเคราะห์ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ตัวแปรที่เป็นข้อมูลต่อเนื่องจะทดสอบการกระจายข้อมูล โดยวิธี S-Wilk test หรือ KS ขั้นตอนที่ 2 ตัวแปรที่มีข้อมูลกระจายปกติจะนำไปทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test และทดสอบ Independent t test เพื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง พร้อมประมาณช่วงเชื่อมั่นความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (95% confident interval) ถ้าข้อมูลกระจายไม่ปกติจะใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon ’s sign rank test พร้อมประเมิน Effect size ของความแตกต่างกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

**จริยธรรมการวิจัย**

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH2023-102 วันที่รับรอง 31 พฤษภาคม 2566-30 พฤษภาคม 2567

**ผลการศึกษา**

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะทางประชากรศาสตร์ดังนี้ กลุ่มทดลองมีสัดส่วนเพศหญิงมากที่สุดร้อยละ 60.2 ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นร้อยละ 58.3 อายุเฉลี่ย กลุ่มทดลองเฉลี่ย 53.5 ปี (SD=12.7) กลุ่มควบคุมเฉลี่ย 51.2 (SD=13.7) สถานภาพสมรสกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 73.3 กลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรสร้อยละ 65.2 ระดับการศึกษา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 60 กลุ่มควบคุมระดับประถมศึกษาร้อยละ 59.3 การมีโรคประจำตัวอื่นๆ ไม่มีทั้ง กลุ่ม ส่วนสัมพันธภาพในครอบครัว กลุ่มทดลองมีสัมพันธภาพระดับดีร้อยละ 100.0 ส่วนกลุ่มควบคุมร้อยละ 98.6

ผลการทดสอบตัวแปรทางจิตวิทยา และพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดสะสมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลองพบว่า ข้อมูลมีการกระจายปกติ ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบผลการทดลองภายในกลุ่มในระยะก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test เพื่อทดสอบตัวแปรทีละคู่ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นดังนี้

ผลการเปรียบผลการศึกษาภายในกลุ่มพบว่าตัวแปรทางจิตวิทยาในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกตัวแปรโดยพบว่า ทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference 7.0 คะแนน, se=2.8, 95%CI=4.2-9.8, p-value 0.05*) การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (mean difference 14.9 คะแนน, sr=2.1, 95%CI=12.8-17.0, p-value <0.05*) เช่นเดียวกับตัวแปรอื่นๆ เช่น การรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเอง (mean difference 6.1 คะแนน, se=1.4, 95%CI=4.7-7.5, p-value 0.01*) และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมเบาหวานหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference 6.8 คะแนน, sr=2.8, 95%CI=4.0-9.6, p-value 0.01*) ส่งผลให้สามารถลดระดับน้ำตาลสะสม (HaA1c) ลงได้เฉลี่ย -1.1 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (Mean difference -1.1, sr 1.08, 95% CI= -2.18-0.02, p-value<0.01) รายละเอียดอื่นๆ ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1**เปรียบเทียบปัจจัยทางจิตวิทยา การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมใน เลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ($n_1$=37, $n_2$ =37)

| กลุ่ม | ตัวแปร | ก่อนทดลอง | หลังทดลอง | Mean diff. | 95%CI | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| กลุ่มทดลอง | | | | | | | |
| | ทัศนคติ | 48.3 (7.5) | 55.3 (7.9) | 7.0 (2.8) | 4.2-9.8 | 6.23 | 0.05* |
| | บรรทัดฐาน | 41.3 (2.8) | 56.2 (2.9) | 14.9 (2.1) | 12.8-17.0 | 5.63 | 0.05* |
| | กำกับตนเอง | 49.3 (6.9) | 55.4 (7.3) | 6.1 (1.4) | 4.7-7.5 | 8.65 | 0.01* |
| | พฤติกรรม | 62.1 (12.8) | 68.9 (12.1) | 6.8 (2.8) | 4.0-9.6 | 3.21 | 0.05* |
| | HbA1c (mg%) | 7.5 (3.4) | 6.4 (3.2) | -1.1 (1.08) | -2.18-0.02 | 6.77 | 0.01* |
| กลุ่มควบคุม | | | | | | | |
| | ทัศนคติ | 0.6 (7.5) | 549.2 (6.9) | -1.4 (1.6) | -0.2—0.2 | 0.08 | 0.63* |
| | บรรทัดฐาน | 36.2 (3.9) | 40.3 (2.8) | -0.4 (0.2) | -0.06—2.0 | 0.12 | 0.32* |
| | กำกับตนเอง | 48.3 (6.1) | 50.3 (6.3) | 2.0 (2.8) | -0.8–4.8 | 0.06 | 0.21* |
| | พฤติกรรม | 63.5 (11.8) | 62.6 (10.1) | -0.9 (2.9) | -3.8-2.0 | 0.23 | 0.21* |
| | HbA1c (mg%) | 7.5 (3.4) | 7.6 (3.2) | 0.1 (0.8) | -0.7-0.9 | 0.035 | 0.66* |

*p-value < 0.05

ส่วนการเปรียบเทียบผลการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบการกระจายของข้อมูลตัวแปรทุกชุดพบว่ามีการกระจายปกติ ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยเป็นดังนี้ ผลการทดสอบตัวแปรทางจิตวิทยา และพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดสะสมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลองพบว่า ข้อมูลมีการกระจายปกติ ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบผลการทดลองในระยะก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ independent t-test ในตัวแปรทีละคู่ผลการทดลองเป็นดังนี้ การเปรียบผลการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีข้อมูลที่จะระบุความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญของตัวแปรปัจจัยทางจิตวิทยา พฤติกรรมควบคุมเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดสะสมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง แต่ในระยะหลังการทดลองพบว่า ปัจจัยทางจิตวิทยาในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทุกตัวแปรได้แก่ ทัศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉลี่ย 6.1 คะแนน (mean difference 6.1, sr=2.8, 95%CI=3.3-8.9, p-value 0.05*) การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉลี่ย 20.0.0 คะแนน (mean difference 20.0, sr=1.8, 95%CI=17.2-22.8 3.3-6.9, p-value 0.05) การรับรู้การกำกับตนเองกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉลี่ย 5.1 คะแนน (mean difference 5.1, sr=1.8, 95%CI=3.3-6.9, p-value 0.01) พฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉลี่ย 6.3 คะแนน (mean difference 6.3, sr=2.8, 95%CI=3.5-9.2, p-value 0.01) และพบว่าในกลุ่มทดลองระดับการสะสมของน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉลี่ย -1.2 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (Mean difference -1.2, sr 0.8, 95% CI= -2.0-04.0, p-value<0.01) ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยสรุปโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยการ

ผ่านกระบวนการเรียนรู้เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพและเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีประสิทธิผลในในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ ดังในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบปัจจัยทางจิตวิทยา พฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลอง ($n_1$=37, $n_2$ =37)

| กลุ่ม | ตัวแปร | กลุ่มทดลอง | กลุ่มควบคุม | Mean diff. | 95%CI | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ระยะก่อนการทดลอง** | | | | | | | |
| | ทัศนคติ | 48.3 (7.5) | 50.6 (7.5) | -2.33 (2.2) | -0.10-0.03 | 0.025 | 0.06* |
| | บรรทัดฐาน | 41.3 (2.8) | 40.3 (2.8) | 1.0 (1.5) | -0.50-2.80 | 0.012 | 0.07* |
| | กำกับตนเอง | 49.3 (6.9) | 48.3 (6.1) | 1.0 (1.8) | 0.80-2.80 | 0.069 | 0.96* |
| | พฤติกรรม | 62.1 (12.8) | 63.5 (11.8) | -1.4 (2.8) | -4.2-1.4 | 0.089 | 0.15* |
| | HbA1c (mg%) | 7.5 (3.4) | 7.4 (2.4) | 0.10 (0.8) | -0.9-0.90 | 0.649 | 0.47* |
| **ระยะหลังการทดลอง** | | | | | | | |
| | ทัศนคติ | 55.3(7.9) | 49.2(6.9) | 6.1(2.8) | 3.3-8.9 | 6.351 | 0.05* |
| | บรรทัดฐาน | 56.2(2.9) | 36.2(3.9) | 20.0(2.8) | 17.2-22.8 | 5.360 | 0.05* |
| | กำกับตนเอง | 55.4(7.3) | 50.3(6.3) | 5.10(1.8) | 3.3-6.9 | 7.235 | 0.01* |
| | พฤติกรรม | 68.9(12.1) | 62.6(10.1) | 6.3 (2.8) | 3.5-9.2 | 7.452 | 0.01* |
| | HbA1c (mg%) | 6.4 (3.2) | 7.6 (3.2) | -1.2 (0.8) | -2.0-0.4 | 3.471 | 0.05* |

*p-value < 0.05

**สรุปและอภิปรายผล**

ผลการวิจัยพบว่าผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการเรียนรู้เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพและเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ สามารถเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางจิตวิทยาและส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้นและส่งผลต่อการลดลงของภาวะน้ำตาลสะสมในเลือดได้ กระบวนการภายในโปรแกรมตลอด 12 สัปดาห์ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานกลุ่ม การเปลี่ยนแปลงการรับรู้การกำกับพฤติกรรมตนเองซึ่งปัจจัยทางจิตวิทยาเหล่านี้เป็นปัจจัยรากฐานสำคัญในการเกิดหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม[19-20] และส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเข้าร่วมโครงการดูแลตนเองดีขึ้นและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้นทั้งนี้ผู้ป่วยที่จะสามารถควบคุมน้ำตาลได้ดีนั้นจะต้องปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้ให้ต่อเนื่องจนเป็นวิถีชีวิตได้แก่ การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ พลังงานต่ำ การลดน้ำหนักพอประมาณให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงมาตรฐาน การออกกำลังกายเป็นประจำ รับประทานยาและพบแพทย์สม่ำเสมอ การบริหารความเครียด การไม่สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรักษาระดับน้ำตาลในเลือดได้ในระดับที่ดีต่อสุขภาพและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ[6-8] ซึ่งข้อมูลสอดคล้องกันในทิศทางตรงข้ามที่พบว่ากว่า 60% ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดี[9-10] มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับการควบคุมน้ำตาลในเลือดต่อเนื่องมายาวนานได้แก่ การไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่และมีปัญหาทางอารมณ์ ไม่ควบคุมอาหาร ไม่ออกกำลังกายสม่ำเสมอซึ่งส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลงในระยะยาวและกิจกรรมแทรกแซงเพื่อเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางจิตวิทยาดังกล่าวในผู้ป่วยเบาหวานสามารถช่วยในการ

ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานได้ดีและมีประสิทธิภาพ ผลกรรวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavior Therapy) โดยกระบวนการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ในผู้ป่วยเบาหวานสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิผลมากกว่าวิธีอื่นๆ[11-12] ซึ่งสอดคล้องกับผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการเรียนรู้ส่งผลต่อจิตใจสามารถลดปัญหาทางจิตและปัญหาด้านการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ ลงได้ [22] สอดคล้องกับผลการวิจัยของวิงเลย์และคณะได้วิเคราะห์แบบเมต้าในประสิทธิผลของการแทรกแซงทางจิตวิทยาสำหรับการควบคุมระดับน้ำตาลในกลุ่มผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 แสดงให้เห็นให้ผลเชิงบวกต่อการลดลงของระดับฮีโมโกลบินเอ วันซี[13] สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Dong และคณะที่ทบทวนงานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลองแบบวิเคราะห์เมต้าพบว่าโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมด้วยการเรียนรู้อาจไม่ส่งผลต่อการลดลงของการสำสมน้ำตาลในเลือดในระยะสั้นแต่จะส่งผลทางบวกต่อการลดลงและควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดได้ในระยะยาว [23] และการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนภายนอกตัวบุคคล (Interpersonal factor) ร่วมในโปรแกรมด้วยจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น โดยทำให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่ไม่สามารถจัดการและควบคุมกำกับพฤติกรรมได้ด้วยตนเองหรือรับมือกับการควบคุมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้[13] สอดคล้องกับผลการศึกษาบทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนผู้ป่วยเบาหวานเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดสามารถส่งผลทางบวกต่อประสิทธิผลต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้นกว่าการใช้กิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งเพียงอย่างเดียว โดยสรุปการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (CBT) เป็นกิจกรรมจิตบำบัดหลักสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิผลโดยเฉพาะการใช้ในระยะยาว ร่วมกับการให้รงสนับสนุนทางสังคมเพราะจะเกิดการเรียนรู้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปัจจัยด้านจิตวิทยาการเรียนรู้ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันภายในจิตใจให้เปลี่ยนแปลงและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและการให้แรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มเข้ามาในโปรแกรมจะทางสร้างแรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับมือกับการไม่ปฏิบัติพฤติกรรมตามที่วางแผนไว้ได้ดี รวมทั้งสนับสนุนในการกระตุ้น เอื้ออำนวยการปฏิบัติพฤติกรรมให้มีประสิทธิผลและคงทนยาวนานมากยิ่งขึ้นสามารถส่งผลต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดสะสมได้ดีและจะมีผลต่อการควบคุมการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวได้

**ข้อเสนอแนะ**

**ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้**

1.ควรมีการนำโปรแกรมนี้ไปขยายผลในคลินิกโรคเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เข้าถึงบริการที่มีประสิทธิผลซึ่งจะส่งผลต่อการควบคมโรคได้และส่งผลต่อกระทบต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

2.ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรพิจารณานำไปเป็นทางเลือกในการกำหนดนโยบายเพื่อสร้างประสิทธิภาพในการบริการคลินิกเบาหวานด้านการควบคุมน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ดีให้เกิดผลในวางกว้างยิ่งขึ้น

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

ควรมีการวิจัยเพื่อติดตามผลในระยะยาวถึงประสิทธิผลการลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ว่ามีประสิทธิผลในระยะยาวอย่างไร

**กิตติกรรมประกาศ**

การวิจัยนี้ประสบผลสำเร็จลุล่วงลงได้ จากความอนุเคราะห์และสนับสนุนจากโรงพยาบาลวังหินและโรงพยาบาลพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่อำนวยความสะดวกในดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ และปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จน

การวิจัยสำเร็จด้วยดี ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้สนใจทั่วไปที่มีความมุ่งหมายพัฒนาระบบบริการโรคเรื้อรังให้บรรลุคุณภาพและประโยชน์ต่อผู้รับบริการมากยิ่งๆ ขึ้นไป

## เอกสารอ้างอิง

1.WHO. Diabetes [Internet]. 2023 [cited 2023 Jan 22]. Available from: https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1

2.Zhang, P., Zhang, X., Brown, J., Vistisen, D., Sicree, R., Shaw, J., Nichols, G. Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Res Clin Pr. 2010;(87):293–303.

3.Sarwar, N., Gao, P., Seshasai, SR., Gobin, R., Kaptoge, S., Di Angelantonio, et al. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. Lancet. 2010;26(375):2215–22.

4.Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study. Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION 2020: the Right to Sight: an analysis for the Global Burden of Disease Study GBD 2019 Blindness and Vision Impairment Collaborators. Lancet Glob Health. 2021;9:า141-160.

5.Saran, R. Li, L., Robinson, B., & et al. US Renal Data System 2014 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States. Am J Kidney Dis. 2015;66(1 (supp)):s1305-316.

6.Hu, G., Jousllahti, P. & Barengo, N.C. Physical activity, cardiovascular risk factors, and mortality among Finnish adults with diabetes. Diabetes Care. 2005;28(799–805).

7.Klein, S., Sheard, N., Pi-Sunyer, X., et al. Weight management through lifestyle modification for the prevention and management of type 2 diabetes: rationale and strategies. A statement of the American Diabetes Association, the North American Assocation for the Study of Obesity, and the American Society for Clinial Nutrition. Am J Clin Nutr. 2005;80:257–63.

8.Sun, J. & Buys, N.J. Glucose- and glycaemic factor-lowering effects of probiotics on diabetes: a meta-analysis of randomised placebo-controlled trials. Br J Nutr. 2016;115(7):1167–77.

9.Carol, E., Koro, S.J.B., Bourgeois, N., Fedder, D.O. Glycemic Control From 1988 to 2000 Among U.S. Adults Diagnosed With Type 2 Diabetes: A preliminary report. Diabetes Care. 2004;27(1):17–20.

10.Chapman, A., Liu, S., Merkouris, S., Enticott, J.C., & et al.et al. Psychological Interventions for the Management of Glycemic and Psychological Outcomes of Type 2 Diabetes Mellitus in China: A Systematic Review and Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials. Front Public Health. 2015;3:252–66.

11.Tolin, D.F. Is cognitive–behavioral therapy more effective than other therapies?: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev. 2010;30(6):710–20.

12.Winkley, K., Upsher, R., Stahl, D., Pollard, D., Brennan, A., Heller, S., et al. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in children and adults with type 1 diabetes. Diabetes Med. 2020;37(5):735–46.

13.Ramkisson, S., Pillay, B.J. & Sibanda, W. Social support and coping in adults with type 2 diabetes. Afr J Prim Health Care Fam Med. 2017;9(1):1405–12.

14.ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวังหิน. รายงานประจำปีคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ.2565. ศรีสะเกษ: ฝ่ายการพยาบาล (เอกสารอัดสำเนา); 2565.

15.อณัญญา นาลุนและบษพร วิรุณพันธ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในเลือดและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2564;11(1):66–80.

16.Chow, S-C., Shao, J., Wang, H., Lokhnygina, Y. Sample Size Calculations in Clinical Research. 3rd ed. New York: Chapman and Hall/CRC; 2017.
17.Dobson, K.S. Handbook of cognitive behavioral therapy. 3rd ed. NY: The Guilford Press; 2010.
18.Prochaska, J. O., & Prochaska, J. (. Changing to thrive. Center City, MN: Hazelden; 2016.
19.Pierece, G.R., Sarason, B.R. & Sarason, I.G. Handbook of social support and the family. NY: Springer; 1996.
20.Walker, R. Take control of your diabetes. NY: DK Publishing; 2020.
21.Ajzen, I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis. 1991;(50):179–211.
22.Yang, X., Li, Z. & Sun, J. Effects of Cognitive Behavioral Therapy–Based Intervention on Improving Glycaemic, Psychological, and Physiological Outcomes in Adult Patients With Diabetes Mellitus: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Front Psychiatry. 2020;11:711–29.
23.Dong, D., Wang, X. & Yang, L. The short- and long-term effects of cognitive behavioral therapy on the glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. Biopsychosoc Med. 2023;17(18):1–12.

# ผลของการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร

# THE EFFECTIVENESS OF USING THE MODIFIED EARLY WARNING SIGNS IN EMERGENCY PATIETNS AT THE EMERGENCY DEPARTMENT PRAARJANBAN TANAKARO HOSPITAL.

(Received: April 9,2024 ; Revised: April 11,2024 ; Accepted: April 12,2024)

**จีระวัลย์ วงศ์งาม[1] ทวีศิลป์ กุละนาม[1]**
**Jeerawan Wongngam[1] Taweesin Kulanam[1]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน (Non trauma) ที่มาใช้บริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power analysis ได้กลุ่มตัวอย่าง 200 คน การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ 1) เตรียมการวิจัยโดยศึกษาบริบท ปัญหาและทบทวนวรรณกรรม 2) ดำเนินการวิจัย 3) สรุปและประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบบันทึกอุบัติการณ์ทรุดลงอย่างไม่คาดคิด 4) แบบประเมินระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านทดสอบความเชื่อมั่น ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.85 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า การใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉินทำให้อุบัติการณ์ทรุดลงอย่างไม่คาดคิด ลดลงกว่าก่อนพัฒนา ระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร รายข้อพบว่า เห็นด้วยในระดับมากถึงมากที่สุด ความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS อยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS (Modified Early Warning Signs), ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน

**Abstract**

The purposes of this quasi-experimental research was to study the effects of using the method Early warning signs in emergency patients at the emergency department . The sample was 200 non trauma emergency patients. Research methods divided into 3 stages 1) study the problem and review literlature 2) research methods 3) conclusion and evaluations . Tool was 1) method Early warning signs in emergency patients 2) personal information record 3) adverse events unexpected incident record 4) opinions of registered nurses' toward the method Early warning signs in emergency patients. Validated by 3 experts, Cronbach's alpha coefficient test, the reliability of measurement was 0.85. Data were analyzed using frequency ,percentage,mean standard deviation .

The results of the study found that the outcomes after used the method Early warning signs in emergency patients effect to adverse events unexpected incident decrese than before , opinions of registered nurses' toward the method Early warning signs in emergency patients each item was high to highest level. Satisfaction of registered nurses was highest level.

**Keyword:** MEWS (Modified Early Warning Signs), Patients of emergency

## บทนำ

ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ความปลอดภัยถือเป็นหัวใจสำคัญ โรงพยาบาลต่าง ๆเริ่มมีการ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร

กำหนด เป้าหมายความปลอดภัย (Patients safety goal) การจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยและการลดความเสี่ยงจากเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้เป็นความท้าทายที่สำคัญ องค์การอนามัยโลกดำเนินการมาตลอดและกำหนด เป็นเป้าหมายสำคัญ[1] การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงโดยกำหนดมาตรฐานให้โรงพยาบาลและสถานพยาบาลทุกแห่งปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โดยกำหนดให้มีการเฝ้าระวังเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤตต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือทันที ภาวะรุนแรงที่พบ ได้แก่ ภาวะหัวใจหยุดเต้น การเข้ารักษาในหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผน และการเสียชีวิต ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เป็นตัวชี้วัดสำคัญของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและการประกันคุณภาพบริการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่ภาวะวิกฤต ถ้าได้รับการประเมินที่รวดเร็วมีการเฝ้าระวังที่ดี เมื่อผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤตและได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีและเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย [2]

แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต เป็นระบบคะแนนมาตรฐานที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและได้รับการพิสูจน์แล้วว่าสามารถประเมินภาวะ physiological deterioration ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพได้จริงทั้งในผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม ช่วยให้พยาบาลและหรือบุคลากรทางการแพทย์ในส่วนหอผู้ป่วยเฝ้าระวังภาวะวิกฤตในผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น หลายประเทศนำ Early Warning Score ไปประยุกต์ใช้ ได้แก่ อังกฤษ นิวซีแลนด์ ออสเตรเลีย สวีเดน และหลังจากการนำไปปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับการนำไปใช้งาน จึงเรียกว่า Modified Early Warning Score (MEWS) ในประเทศอังกฤษปรับให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ เพื่อใช้สื่อสารและดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เรียกว่า National Early Warning Score (NEWS) [3]

NEWS ย่อมาจาก National Early Warning Score ส่วน MEWS คือ Modified Early Warning Score และ PEWS คือ Pediatric Early Warning Score ซึ่งตอนเริ่มต้นจริงๆก็มีแค่ EWS (Early Warning Score) ส่วนคำหน้าที่แต่งเติมไปตามพัฒนาการโดยนักวิจัยต่อๆมา EWS ถูกพัฒนาขึ้นตั้งแต่ปี 1997 ใน James Paget University Hospital ประเทศอังกฤษ โดยเริ่มแรกคือใช้ใน ICU เป็นหลัก คือจะนำ Vital signs ของคนไข้ ซึ่งประกอบด้วย RR SpO2 BT SBP HR และระดับ conscious มาคำนวณแล้วออกมาเป็นคะแนน ซึ่งพบว่าคนที่มีคะแนนสูงมักจะจบลงด้วย Cardiac arrest ก็เลยเอาคะแนนนี้มาจับเพื่อเอาไว้จัดการคนไข้ที่อาการเริ่มไม่ดี ตั้งแต่เนิ่นๆ เช่น เดิม EWS 2 ไปวัด Vital signs ครั้งต่อไป ปรากฏว่า EWS ขึ้นไป 5 แสดงว่าต้องมีอะไรเกิดขึ้นแล้วจะได้รีบมี management ต่างๆก่อนคนไข้จะแย่ ใช้งานไปสิบกว่าปี สาธารณสุขอังกฤษเห็นว่าใช้แล้วดี จึงนำมาใช้ทั้งประเทศแล้วเปลี่ยนชื่อเป็น NEWS หรือ National Early Warning Score ซึ่งจะเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้บุคลากรมีสมรรถนะในการเฝ้าระวังอาการ ส่งเสริมให้มีการทำงานเป็นทีมและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง อาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการดักจับความเสี่ยงตั้งแต่แรกเริ่ม (early detection) นำไปสู่การให้การรักษาตั้งแต่เริ่ม มีอาการ (early treatment) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิตได้[4]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวทางการใช้สัญญาณเตือนที่เหมาะสมกับกลุ่มอายุผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกที่ได้รับการยอมรับ คือ แนวทางการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (Modified early warning sign: MEWS & pediatric early warning score: PEWS) ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญสำหรับพยาบาลวิชาชีพเนื่องจากเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนการ เข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) เป็นเครื่องมือที่ประเมิน จากอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยจากการเปลี่ยนแปลงของ 7 ค่า องค์ประกอบได้แก่ 1) ความดันโลหิต 2) อัตราการเต้นของหัวใจ 3)

อัตราการหายใจ 4) อุณหภูมิกาย 5) ค่าร้อยละของออกซิเจนในเลือดวัดที่ปลายนิ้ว 6) ระดับความรู้สึกตัว 7) จำนวนปัสสาวะใน 4 ชั่วโมง แต่ละข้อมีการแบ่งช่วงคะแนนเป็น 0-3 หากประเมินทุกข้อแล้วมีคะแนน 5 ขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยงในการเสียชีวิตสูง ที่สำคัญออกมาในรูปแบบระดับคะแนน (Clinical scores) ทำให้เชื่อมโยงกับการติดตามเฝ้าระวัง อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งรายงานแพทย์ เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงระดับคะแนน (Clinical Score) ในระดับที่ต้องให้การรักษา จากการศึกษาของ Mehtap Bulut ที่ศึกษา การประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตโดยใช้ MEWS ใน การทำนายอัตราการเสียชีวิตพบว่า MEWS มีประสิทธิภาพในการทำนายอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมขณะเข้ารับการรักษาที่หน่วยงานฉุกเฉินโดยค่าเฉลี่ย MEWS มีความสัมพันธ์ในระดับสูงเป็นไปในแนวทางเดียวกัน และจากการ ศึกษาของ Isao Nishijima , Ludikhuize และคณะ พบว่า MEWS ช่วยให้อัตราการเกิดหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) ในโรงพยาบาลลดลงจากเดิม มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่พบว่า การใช้รูปแบบการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและสัญญาณเตือนโมดิไฟด์ เออร์รี วอร์นิ่งซาย (Modified Early Warning Signs: MEWS) ทำให้อัตราการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตลดลงร้อยละ 1.8 ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยขึ้น และช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยเชิงรุก (Early detection) มีการเฝ้าระวังอาการและได้รับการดูแลรักษาก่อนเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้[5]

การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้มีความปลอดภัย ถือเป็นประเด็นที่สำคัญที่สุดในระบบการบริการสุขภาพ แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมคือการออกแบบและพัฒนาระบบงานที่ช่วยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีคุณภาพและปลอดภัย ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยเป็นทีมมากขึ้น และมีความเข้าใจตัวส่งสัญญาณผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่จะทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และมีความเชื่อมโยงกับนโยบายความเสี่ยง การส่งเสริมความปลอดภัย เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและสามารถประเมิน ได้ง่าย การประเมินผู้ป่วยเพื่อช่วยประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยโดยไม่ได้คาดหมายได้[6] พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรกลุ่มสำคัญในทีมสุขภาพที่หมุนเวียนรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง การนำแนวทางการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตมาใช้ช่วยให้สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาและหรือต้องนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้มีข้อมูลในการวางแผนให้การดูแลและเฝ้าระวังอาการได้รวดเร็ว ดักจับความผิดปกติ ป้องกันการทรุดลงและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันที ผู้ป่วยปลอดภัย

งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร มีผู้ป่วยเข้ารับบริการตามประเภทผู้ป่วยตั้งแต่ปี 2563-2565 ทั้งหมด 11,682 11,025 12,304 รายตามลำดับ[7] พบผู้ป่วยที่มีปัญหาในการประเมินผิดพลาดเนื่องจากการทำงานที่เร่งรีบในผู้ป่วย level 2 (Emergent) และ level 3 (Urgent) ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยด้านร่างกายได้แก่ เสียชีวิต อาการทรุดหนัก ต้องพักรักษานานขึ้น ทำให้ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาเสี่ยงต่อการฟ้องร้อง และต้องส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลสกลนครมากขึ้น ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความไม่มั่นใจ หากมีเครื่องมือในการประเมินเพื่อใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าระวังภาวะวิกฤตได้รวดเร็ว ป้องกันการทรุดลงและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันที ผู้ป่วยปลอดภัย MEWS จึงเป็นเครื่องมือทางการพยาบาลที่ช่วยให้พยาบาลประเมินผู้ป่วย ตัดสินใจต่อการดูแล นำไปสู่การลดอุบัติการณ์อาการทรุดลงของผู้ป่วย และเกิดประสิทธิภาพในการให้การพยาบาลตามมาตรฐาน [8]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร โดยการนำ MEWS มาเป็นเครื่องมือช่วยในการประเมินผู้ป่วย นำไปสู่การลดอัตราการกลับมา

รักษาซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง ลดการใส่ท่อช่วยหายใจและการส่งต่อหลังนอนโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง ลดการฟื้นคืนชีพ และลดอัตราการเสียชีวิต บรรลุเป้าหมายคุณภาพงานบริการพยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาผลของการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ก่อนจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร ต่อการกลับมารักษาซ้ำ การส่งรักษาต่อและการใส่ท่อช่วยหายใจภายใน 24 ชั่วโมง การเสียชีวิต

**วิธีการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้ ประเภทการวิจัยกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ก่อนจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร ต่อการกลับมารักษาซ้ำ การส่งรักษาต่อและการใส่ท่อช่วยหายใจภายใน 24 ชั่วโมง การเสียชีวิต ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2566- มกราคม 2567 รวมระยะเวลา 6 เดือน

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Non trauma) ที่มาใช้บริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินอายุมากกว่า 15 ปี ที่ผ่านเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency Severity Index : ESI) ผู้ป่วยฉุกเฉิน level 2 (Emergent) และ level 3 (Urgent) ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร

**กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม**

กลุ่มที่ 1 เป็นผู้ป่วย ESI Level 2 (Emergent) และ level 3 (Urgent) จำนวน 200 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power analysis ใช้ test family เลือก t-test , Statistic test เลือก Mean : differences between two independent means (Two groups) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (effect size) =0.05 และค่า Power=0.95 ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha)=0.05 คำนวณได้ 176 คน โดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 จึงได้กลุ่มตัวอย่าง 200 คน

กลุ่มที่ 2 ได้จากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 200 คน ย้อนหลัง 1 ปีช่วงเวลาเดียวกัน ตั้งแต่ ธันวาคม 2565 - มกราคม 2566 ด้วยเกณฑ์การคัดเข้าเช่นเดียวกับกลุ่มที่ 1

**เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)** ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาใช้บริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ที่ผ่านการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency Severity Index : ESI) ผู้ป่วยฉุกเฉิน level 2 (Emergent) และ level 3 (Urgent) **เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)** ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (Palliative care)

ผู้ป่วยไม่ยินยอมสมัครใจ

**วิธีดำเนินการวิจัย**

ระยะที่ 1 เตรียมการวิจัยโดยศึกษาบริบทสภาพ ปัญหาและทบทวนวรรณกรรมจัดทำแบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน (Modified Early Warning Signs : MEWS) เพื่อมาใช้คัดกรองผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย นำเสนอต่อผู้บริหาร ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ประชุมผู้เกี่ยวข้อง แต่งตั้งคณะทำงานวิจัยในผู้ที่เกี่ยวข้องและดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย ประชุมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 8 คน เรื่องการนำแบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน (Modified Early Warning Signs : MEWS) มาใช้คัดกรองผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร นำไปทดลองประเมินกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง รวบรวมสรุป นำมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อเสนอแนะเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลัง เดือน ธันวาคม 2565 - มกราคม 2566 ช่วงเวลาเดียวกัน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลกับ

กลุ่มตัวอย่าง 200 คนที่เป็นผู้รับบริการห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินจำนวน 8 คนและบันทึกอุบัติการณ์ทรุดลงอย่างไม่คาดคิดจำนวน 5 ข้อ

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผล ทำการสรุปและประเมินผลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องมือทดลองและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

**เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง**

1. แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉินห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินอายุมากกว่า 15 ปี ที่ผ่านเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency Severity Index : ESI) ผู้ป่วยฉุกเฉิน level 2 (Emergent) และ level 3 (Urgent) ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว สิทธิการรักษา อาชีพ

2. แบบบันทึกอุบัติการณ์ทรุดลงอย่างไม่คาดคิด จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) การใส่ท่อช่วยหายใจ 2) การฟื้นคืนชีพ 3) การส่งรักษาต่อโดยไม่ได้วางแผน 4) เสียชีวิต 5) การกลับมารักษาซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง

3. แบบประเมินระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร ก่อนและพัฒนาหลังการนำแบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร มาใช้ โดยมีให้เลือก 5 ระดับดังนี้

| | |
|---|---|
| พึงพอใจมากที่สุด | ให้คะแนน 5 |
| พึงพอใจมาก | ให้คะแนน 4 |
| พึงพอใจปานกลาง | ให้คะแนน 3 |
| พึงพอใจน้อย | ให้คะแนน 2 |
| พึงพอใจน้อยที่สุด | ให้คะแนน 1 |

ในการแปลผลค่าเฉลี่ย ที่ใช้ในแบบสอบถามแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การแปลผลข้อมูล ดังนี้ 4.50-5.00 คะแนน พอใจมากที่สุด 3.50-4.49 คะแนน พอใจมาก 2.50-3.49 คะแนน พอใจปานกลาง 1.50-2.49 คะแนน พอใจน้อย 1.00-1.49 [9]

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ 1) แพทย์ที่ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร 2) พยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ 3) พยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านการวิจัย แบบประเมินระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร ก่อนและพัฒนาหลังการนำแบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS มาใช้ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร หาค่าความเที่ยงได้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วยที่มารับบริการห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และพยาบาลวิชาชีพ โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ

2. อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ภายใน 24 ชั่วโมง โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ

3. แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน นำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครเลขที่ SKN REC 2023 - 077 ลงวันที่ 1 ธันวาคม 2566

**ผลการศึกษา**

ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.5 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 32.5 สิทธิการรักษาบัตรทอง ร้อยละ 62.5 อาชีพทำนา ทำไร่ ร้อยละ 29.5

มีโรคประจำตัวร้อยละ 76.5 และโรคร่วม 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 45

เปรียบเทียบอุบัติการณ์ทรุดลงอย่างไม่คาดคิด พบว่า จำนวนอุบัติการณ์ทรุดลงอย่างไม่คาดคิดหลังพัฒนาลดลงกว่าก่อนพัฒนาทุกอุบัติการณ์ ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบอุบัติการณ์การทรุดลงอย่างไม่คาดคิด ก่อนและหลังพัฒนา (n=200)

| อาการทรุดลงอย่างไม่คาดคิด | อุบัติการณ์ (ร้อยละ) | |
|---|---|---|
| | ก่อนพัฒนา (N=200) (ธ.ค.65 - ม.ค. 2566) | หลังพัฒนา (N=200) (ธ.ค.66 - ม.ค. 2567) |
| 1. Re visit within 24 hrs. | 11 | 5 |
| 2. Unplan refer | 23 | 9 |
| 3. On ET - tube within 24 hrs. | 27 | 11 |
| 4. CPR | 19 | 8 |
| 5. Dead | 12 | 7 |

คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉิน พบว่า ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี และ 41 ปีขึ้นไป ร้อยละ 37.5 อายุเฉลี่ย 36 ปี อายุน้อยที่สุด 26 ปี อายุมากที่สุด 53 ปี เพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 75ระดับการศึกษาปริญญาตรีทุกคน สถานภาพโสดและสมรส ร้อยละ 50 ประสบการณ์การทำงานอยู่ระหว่าง 0-5 ปี ร้อยละ 62.5 ได้รับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 25 หลักสูตรเฉพาะทางด้านอุบัติเหตุฉุกเฉิน ร้อยละ 25 และหลักสูตรอื่น ๆ ร้อยละ 62.5

ระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร รายข้อพบว่า เห็นด้วยในระดับมากที่สุด ได้แก่ การใช้ MEWS ครั้งนี้เป็นไปตามนโยบายของโรงพยาบาล คะแนนเฉลี่ย 4.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .45 การนำ MEWS มาใช้เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ คะแนนเฉลี่ย 4.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .69 ความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS คะแนนเฉลี่ย 4.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .61 สามารถนำมาใช้กับบริบทของโรงพยาบาลได้ ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบนธนากโร (n= 8)

| รายการประเมินความคิดเห็น | $\bar{x}$ | S.D. | ระดับความคิดเห็น |
|---|---|---|---|
| 1. ความพึงพอใจต่อระบบการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS | 4.63 | .45 | มากที่สุด |
| 2. ช่วยให้สามารถประเมินความเสี่ยงได้ | 4.41 | .52 | มาก |
| 3. ช่วยให้งานมีคุณภาพขึ้น | 4.65 | .56 | มากที่สุด |
| 4. สามารถนำมาใช้กับบริบทของโรงพยาบาลได้ | 4.63 | .75 | มากที่สุด |
| 5. ทำให้งานมีคุณภาพขึ้น | 4.43 | .61 | มาก |
| 6. ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน | 4.46 | .42 | มาก |
| 7. ไม่เพิ่มภาระงาน | 4.48 | .63 | มาก |
| 8.ท่านคิดว่าการใช้ MEWS ครั้งนี้เป็นไปตามนโยบายของโรงพยาบาล | 4.86 | .45 | มากที่สุด |
| 9. ท่านคิดว่าในการนำ MEWS มาใช้เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ | 4.72 | .69 | มากที่สุด |
| 10. ความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS | 4.63 | .61 | มากที่สุด |

**สรุปและอภิปรายผล**

การศึกษาผลของการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ก่อนจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร ต่อการกลับมารักษาซ้ำ การส่งรักษาต่อและการใส่ท่อช่วยหายใจภายใน 24 ชั่วโมง การเสียชีวิต อภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

การใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ก่อนจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร ทำให้อุบัติการณ์ทรุดลงอย่างไม่คาดคิด ได้แก่ 1) Re visit within 24 hrs. 2) Unplan refer 3) On ET-tube within 24 hrs. 4) CPR 5) Dead ทุกอุบัติการณ์ลดลงกว่าก่อนพัฒนา แสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤต MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน สามารถใช้ประเมินผู้ป่วยก่อนผู้ป่วยจะเกิดอาการทรุดลง ดักจับอาการเปลี่ยนแปลงและแก้ไขให้การช่วยเหลือ รายงานแพทย์เมื่อเกิดอาการไม่ดีขึ้น และเป็นเครื่องมือที่สามารถช่วยให้พยาบาลประเมินอาการผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนเกิดภาวะวิกฤตและช่วยเหลือได้อย่างทันทีและเป็นเครื่องมือที่ช่วยดักจับก่อนเกิดอาการทรุดลง เมื่อผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือได้แก่ การให้ยาเพื่อแก้ไขอาการ พบว่า ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เสียชีวิตระหว่างการรักษา เมื่อมีการประเมินระบบการหายใจตามเกณฑ์ประเมิน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะขาดออกซิเจนอย่างเหมาะสม มีการเฝ้าระวังปัญหาอย่างใกล้ชิด จึงทำให้อุบัติการณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ การฟื้นคืนชีพและการส่งต่อผู้ป่วยลดลงกว่าก่อนพัฒนา เกิดเป็นผลลัพธ์ตามเป้าหมายของหน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ เนาวรัตน์ ภูมิบุญชูและนฤมล มะลาไสย (2563)[10] ที่ศึกษาเรื่อง ผลการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ผู้ป่วยฉุกเฉิน ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเสลภูมิที่ศึกษาผลของการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ก่อนจำหน่วยออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเสลภูมิต่อการกลับมารักษาซ้ำ การส่งรักษาต่อและการใส่ท่อช่วยหายใจใน 24 ชั่วโมง ที่สรุปผลและข้อเสนอแนะ ว่า MEWS เป็นเครื่องมือทางการพยาบาลที่ช่วยให้พยาบาลประเมินผู้ป่วย ตัดสินใจต่อการดูแลผู้ป่วยเข้าถึงบริการตามความเร่งด่วนควรเผยแพร่การนำ MEWS ใช้ในหน่วยงานต่าง ๆ ควรพัฒนาโปรแกรมคำนวณ MEWS เชื่อมต่อกับโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเพื่อลดระยะเวลาการบันทึกข้อมูล และสอfคล้องกับผลการศึกษาของพนิดา จันทรัตน์และคณะ (2566)[11] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลสงขลา การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์รูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงโรงพยาบาลศึกษาสถานการณ์ พบว่า ไม่ใช้เครื่องมือเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ สมรรถนะการเฝ้าระวังภาวะวิกฤตไม่เพียงพอ รายงานแพทย์ล่าช้า ผลลัพธ์ของรูปแบบ ประกอบด้วย 1) ด้านผู้รับบริการพบว่าจำนวนอุบัติการณ์ทรุดอย่างไม่คาดคิดหลังพัฒนาลดลงกว่าก่อนพัฒนา และด้านผู้ให้บริการ พบว่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตหลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) และคะแนนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 90.5) ควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปขยายผลทั้งภายในและภายนอกองค์กรเพื่อเพิ่มสมรรถนะพยาบาลและความปลอดภัยผู้รับบริการ และสอดคล้องกับ ประภัสสร หิรัญรัตน์ (2566)[12] ศึกษาเรื่องการ พัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ผลการศึกษา ระยะที่ 1 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงต้องช่วยชีวิตที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าผู้ป่วยเสียชีวิตในหอผู้ป่วย ระยะที่ 2 พัฒนา แนวปฏิบัติการติดตามอาการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงด้วยแบบประเมินสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตใน ผู้ป่วยสามัญ SMEWS และการรายงานแพทย์ตามแนวทางการสื่อสารแบบเอสบา (SBAR) ระยะที่ 3 ความเห็นของพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการใช้ SMEWS โดยรวมอยู่ในระดับมาก

แสดงให้เห็นว่าแบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ก่อนจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร เป็นเครื่องมือช่วยในการนำไปสู่การประเมินผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การลดอุบัติการณ์อาการทรุดลง เพื่อบรรลุเป้าหมายคุณภาพงานบริการพยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร

ผลลัพธ์ด้านพยาบาลผู้ให้การพยาบาล พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อระบบการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ก่อนจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร ในระดับมากที่สุด รายข้อพบว่า เห็นด้วยในระดับมากที่สุด ได้แก่ การใช้ MEWS ครั้งนี้เป็นไปตามนโยบายของโรงพยาบาล คะแนนเฉลี่ย 4.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .45 การนำ MEWS มาใช้เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ คะแนนเฉลี่ย 4.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .69 ความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWs คะแนนเฉลี่ย 4.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .61 แสดงให้เห็นว่าการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยขึ้น และช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยแบบเชิงรุก มีการเฝ้าระวังอาการและได้รับการดูแลก่อนผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองการเข้าถึงบริการที่จำเป็นและบริการเร่งด่วนให้ทันต่ออาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง ลดการกลับมารักษาซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง ลดการส่งต่อที่ไม่ได้วางแผน ลดการใส่ท่อช่วยหายใจภายใน 24 ชั่วโมง ลดอัตราการเสียชีวิต ทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของ กงทอง ไพศาล (2562)[13] ศึกษาเรื่องการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลและพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน ภายหลังการพัฒนาระบบการคัดกรองอยู่ในระดับมากและมีความพึงพอใจมากกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-valve = 0.0001

**ข้อจำกัดในการทำวิจัย**

1. การใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ก่อนจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินครั้งนี้ ช่วงที่มีการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS มีผู้มารับบริการที่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉิน level 2 (Emergent) และ level 3 (Urgent) มารับบริการจำนวนมาก และกรณีผู้รับบริการที่มีความเร่งด่วนมากกว่า ทำให้การบริการในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินใช้เวลานานขึ้น

2. การทำวิจัยในครั้งนี้จำกัดในเรื่องระยะเวลาในการใช้แบบเฝ้าระวัง เนื่องจากบุคลากรมีภาระงานที่หนัก ควรมีการจัดอัตรากำลังให้เพียงพอ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและเพิ่มคุณภาพงานบริการพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐาน

**ข้อเสนอแนะ**

1. ควรมีการศึกษาขยายผลไปใช้ในหน่วยบริการพยาบาลอื่น ๆ และมีการศึกษาร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อขยายผลและพัฒนาเครื่องมือแบบเฝ้าระวังให้เหมาะสมกับบริบทเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินมีประสิทธิภาพและเป็นแนวทางเดียวกัน

2. ควรนำมาใช้เป็นแนวทางในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และหน่วยงานบริการพยาบาลอื่น เพื่อป้องกันการเกิดอาการทรุดลงโดยไม่คาดคิด

3. ควรมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบจัดให้ความรู้อยู่เป็นประจำและมีการปรับปรุงตลอดเวลาในการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ก่อนจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

4. ควรมีการศึกษาวิจัยในการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ก่อนจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีการติดตามผลระยะยาว

5. ควรมีการศึกษาวิจัยโปรแกรมการให้ความรู้ในการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ก่อนจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน

6. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อดูประสิทธิผลของการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ก่อนจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน

7. ควรมีการศึกษาผลการการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ก่อนจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตัวแปรอื่น ๆ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การนอนโรงพยาบาล

## เอกสารอ้างอิง

1. หทัยชนก บัวเจริญ. แผนการพัฒนาระบบบริการพยาบาลฉุกเฉิน กรณีศึกษา โรงพยาบาลชุมชน.
เอกสารงานประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 9 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐมมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม จังหวัดนครปฐม ประเทศไทย 28 - 29 กันยายน 2560.
2. อุไรวรรณ แก้วเพชร. ประสิทธิผลการประยุกต์ใช้ระบบสัญญาณเตือน (modified early warning score:MEWS) ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการแพทย์เขต 11 2562 ; 35(1), 1-11.
3. บุศกร กลิ่นอวล. (2559). Mini research ผลการใช้ Adult Early Warning Scoring System (MEWS) ของหน่วยงาน เข้าถึงได้จาก :http://www.hospital.tu.ac.th เข้าถึง 25 พฤศจิกายน 2566.
4.นภสร นาคสุขและวิยดา บุญนิ่ม. การเปรียบเทียบผลการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตระหว่างการใช้ SOS Score และMEWS ในผู้ป่วยที่ได้รับการทำ TOCE ในหอผู้ป่วยในศัลยกรรม โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี. วารสารโรคมะเร็ง THAI CANCER JOURNAL 2565; 42 (2) ,70-76.
5.ธนิษฐ์นันท์ บุญจันทร์ วิลาวัณย์ กาไหล่ทอง และ วีระวุฒิ มิ่งขวัญ. เปรียบเทียบการใช้ MEWS กับ SOS score ในการประเมินผู้ป่วย Pneumonia รายใหม่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ Health science clinical research 2021 ; 60-65.
6. ชนิดาภา ไกรธนสอน. การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อระยะรอคอยของผู้ป่วยและบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน 2565 . Journal of the Phrae Hospital ; 30 (1.) , 69-81
7.โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร. สถิติข้อมูลผู้มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร พ.ศ. 2563-2565.
8. กัลยารัตน์ หล้าธรรม, ชัจคเณศ์ แพรขาว. การศึกษาคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ในการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษา ระดับชาติและนานาชาติ 2560; 10 มีนาคม 2560; ณ อาคารพจน์สารสิน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น; 2560. หน้า 1035-1046.
9.บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น.พิมพ์ครั้งที่ 10.กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น; 2560.
10.เนาวรัตนภูมิ บุญชูและนฤมล มะลาไสย.ผลของการใช้แบบเฝ้าระวังสัญญาณเตือนMEWS ผู้ป่วยฉุกเฉินในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเสลภูมิ. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2562 .1(1),21-30.
11.พนิดา จันทรัตน์ .การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลสงขลา . วารสารวิชาการสาธารณสุข 2566 ; 32 (1), 109-119.
12.ประภัสสร หิรัญรัตน์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา2566; 8 (3) ,68-77.
13.กงทอง ไพศาล. การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น. Research and Development Health System Journal 2019;12(1),93-100.

# การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

# Development of a Clinical Nursing Practice Guideline to Prevent Early Postpartum Hemorrhage for Vaginal Delivery in Labor Room Phra Achan Fan Acharo Hospital.

(Received: April 26,2024 ; Revised: April 28,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**กริยากร วัฒนธนศักดิ์[1]จันทร์เพ็ญ แพงดวงแก้ว[1]อบอุ่น บุญมูล[1]**
**Kariyakorn Wattanatanasak[1] Chanpen Paengduangkaew[1] Oun Bunmun[1]**

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนาการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร กลุ่มตัวอย่างได้แก่ มารดาที่คลอดทางช่องคลอด ห้องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร กลุ่มตัวอย่าง ระหว่าง 3 ตุลาคม 2566- 31 มีนาคม 2567 จำนวน 80 คน เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและ แบบประเมินความเสี่ยงที่ใช้ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติ พบปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอดในระยะแรกมากกว่า 500 มิลลิลิตร คิดเป็นร้อยละ 1.25 ในจำนวนมารดาหลังคลอดจำนวน 80 รายโดยพบมารดาหลังคลอดที่มีมดลูกหดรัดตัวไม่ดีแต่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 3.25 พบจำนวนการ alertต่อการสูญเสียเลือด300 มิลลิลิตร ขึ้นไปเฉลี่ยร้อยละ 100 และไม่พบการalert ต่อการสูญเสียเลือดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตร สาเหตุ 4T ที่พบมากที่สุดคือ ภาวะรกค้าง (Retained of Placenta) คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติกับพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดและห้องฉุกเฉินจำนวน 18 ท่าน พบว่า 1.เนื้อหามีความครอบคลุม ร้อยละ 88.88 2. เข้าใจง่าย ร้อยละ 94.44 3.มีรูปแบบชัดเจน ร้อยละ 100 4.ช่วยในการตัดสินใจ ร้อยละ 94.44 สามารถนำไปใช้ได้จริง ร้อยละ 100 และมีข้อเสนอเพิ่มเติมคือควรมีการนำใช้แนวปฏิบัติฯอย่างต่อเนื่องระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ และทำการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม

**คำสำคัญ:** ตกเลือดหลังคลอดระยะแรก, แนวปฏิบัติ, ห้องคลอด, ,มารดาตกเลือด

## Abstract

This study was action research. The objectives to study and development the nursing situation in preventing early postpartum hemorrhage. in mothers who gave birth vaginally Phra Achan Fun Acharo Hospital. Sample size were 80 mothers who gave birth vaginally, delivery room, Phra Achan Fun Ajaro Hospital, sample group between 3 October 2023 - 31 March 2024. Collect data from general records and Risk assessment form used to prevent early postpartum hemorrhage Data were analyzed using frequency, average, percentage and standard deviation.

After the trial of the guidelines amount of postpartum blood loss in the first period was found to be more than 300 milliliters, accounting for 1.25 percent, among 80 postpartum mothers. Postpartum mothers were found to have poor uterine contractions and no complications. Accounting for 3.25%, the average number of alerts per blood loss of 300 milliliters or more was 100%, and it was not found that the alert per blood loss of 500 ml or more and the most common 4T causes is retained of Placenta. This is 100%. Suggestions: As for the evaluation of the use of the guidelines with 18 professional nurses, it was found that 1. The content is comprehensive, 88.88%. 2. It is easy to understand, 94.44%. 3. The format is clear 100%. 4. Helps decision making 94.44% 5. Can actually be used 100% and has an additional suggestion that the guidelines should be used continuously in the long term. To evaluate the effectiveness of the guidelines and make appropriate management.

**Keywords:** Postpartum hemorrhage, Clinical nursing practice guideline, Labour Room

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

**บทนำ**

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage) เป็นภาวะแทรกซ้อนหลักทางสูติกรรม และเป็นสาเหตุการตาย 1 ใน 5 อันดับแรกของมารดาหลังคลอดทั่วโลก[1] จากรายงานสถิติของกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา พบว่า มารดาหลังคลอดเสียชีวิตจากการตกเลือด คิดเป็นร้อยละ 19.7[1]ในประเทศไทยจากสถิติของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[2] พบว่าในปี พ.ศ.2560–2563 มีมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอดทั่วประเทศ คิดเป็น 21.80, 19.90, 20.30 และ 23.1ต่อแสนของการคลอด ตามลำดับ ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ในระหว่างปี พ.ศ. 2563 ถึง 2565 พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตมารดาเท่ากับ 19.57,24.43 และ 32.78 ต่อแสนของการคลอดทั้งหมด ส่วนรายงานการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดจากสาเหตุการตกเลือดเป็นอันดับที่ 1 ของ Direct causes สำหรับสถิติของโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน (ปี พ.ศ.2563-2565) พบว่ามีอัตราการตกเลือดหลังคลอดเท่ากับ 3.39, 3.62 และ 2.10 ตามลำดับ ไม่มีอัตราการเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด จากการวิเคราะห์สาเหตุการตกเลือดหลังคลอด พบว่า ร้อยละ 75 เกิดจากการหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี (Uterine Atony) และร้อยละ 20 เกิดจากภาวะรกค้าง (Retained Placenta)และร้อยละ 5 เกิดจากช่องทางคลอดฉีกขาด หากมารดาหลังคลอดไม่ได้รับการป้องกันและการรักษาอย่างถูกต้องและทันท่วงทีแล้ว อาจทำให้การตกเลือดรุนแรงและนำไปสู่ภาวะช็อกได้[3]

ดังนั้น พยาบาลในหน่วยงานห้องคลอดที่มีหน้าที่ดูแลมารดาหลังคลอดในระยะนี้จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีความสามารถและมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ในช่วงปีพ.ศ.2563-2565 ห้องคลอดโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโรได้พัฒนาและปรับปรุงวิธีการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมาใช้อย่างต่อเนื่อง โดยการจัดทำแผนการดำเนินการได้แก่ การจัดการเร่งด่วนเมื่อมารดาเข้าสู่ระยะที่ 3 ของการคลอด โดยการบูรณาการแนวทางปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทยในการดูแลมารดาระยะคลอด การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการทำคลอดรกแบบ Controlled Cord Traction เพื่อลดระยะเวลาในการสูญเสียเลือดจากการคลอดในระยะที่3 และการจัดทำนวัตกรรมถุงตวงเลือดเพื่อใช้ประเมินปริมาณการเสียเลือดได้อย่างแม่นยำขึ้น เพื่อนำมาใช้ในการวินิจฉัยระดับความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอด แต่พบว่า ยังมีมารดาที่คลอดทางช่องคลอดร้อยละ 10.68 เกิดภาวะตกเลือดในระยะที่ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งจากการทบทวนเชิงระบบและรายกรณีนั้น พบว่า แนวทางปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะที่ 4 (หลังคลอด 2 ชั่วโมง) เดิม มีขั้นตอนการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดยังไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถประเมินและวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้อย่างทันท่วงที[4]

นอกจากนี้ ยังขาดการนำเครื่องมือ Modified Early Obstetric Warning Signs (MEOWS) มาใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพและการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของมารดาภายหลังทารกคลอด ทำให้การประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอดไม่ถูกต้อง และไม่สามารถป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ทันเวลา ส่งผลกระทบทำให้การตกเลือดหลังคลอดมีความรุนแรงมากขึ้น จากการทบทวนจากตำราสูติศาสตร์ พบว่า หากมารดาไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงทีอาจทำให้มารดาบางรายไม่ตอบสนองต่อการรักษา แพทย์จำเป็นต้องช่วยชีวิตด้วยการตัดมดลูก และบางรายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอด เช่น ภาวะไตวาย ภาวะ Sheehan's Syndrome ได้[4] ในกรณีนี้จากสถิติของโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จากการทบทวนเชิงระบบและวิเคราะห์การใช้แนวทางปฏิบัติเดิม สำหรับป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่า มีปัญหา 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การวางแผนการพยาบาลในการดูแลมารดาในห้องคลอดยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยง และปัญหาของมารดาในระยะตั้งครรภ์ 2) ขาดความชัดเจนในการนำเครื่องมือ MEOWS มาใช้ในการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะตกเลือดหลังคลอด เมื่อมารดาอยู่

ในระยะคลอดและระยะหลังคลอด และ 3) ขาดการประเมินปริมาณเลือดที่คั่งค้างในโพรงมดลูกที่ระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จากการทบทวน พบว่า การสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (CNPG) เพื่อเป็นเครื่องมือให้พยาบาลใช้ในการดูแลผู้ป่วย จะลดปัญหาจากการปฏิบัติที่หลากหลาย และทำให้เห็นผลลัพธ์ของการพยาบาลที่ดี และมีความชัดเจนขึ้น[6] ทั้งนี้เนื่องจาก แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิจัยทางการพยาบาล และประสบการณ์ความชำนาญทางคลินิก ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน เกิดความคุ้มค่าและนำไปสู่ความเป็นเลิศในการปฏิบัติการพยาบาล[7] และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หลายโรงพยาบาลมีการปรับปรุงระบบการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ นววรรณ มณีจันทร์ (2560) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกของโรงพยาบาลราชบุรี และการศึกษาของปทุมมา กังวานตระกูล และอ้อยอิ่น อินยาศรี[5]วิจัยเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในห้องคลอดโรงพยาบาลอุดรธานี รวมทั้งการกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเรื่อง การดูแลและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด จัดทำโดย คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ.2562- 2564

ถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนาและนำเสนอแนวทางปฏิบัติในการดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของสถานพยาบาลต่าง ๆ แต่เนื่องจากแนวปฏิบัติของแต่ละแห่ง ได้พัฒนาขึ้นตามบริบทการทำงานเฉพาะที่ซึ่งจะเห็นว่า มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการทำงานของแต่ละแห่ง ดังนั้นเมื่อพิจารณาแนวปฏิบัติดังกล่าวแล้ว พบว่า ยังมีข้อจำกัดและความแตกต่างในเรื่องบริบทการทำงานในหลายด้าน ทำให้ไม่สามารถนำแนวปฏิบัติที่มีการนำเสนออยู่แล้วมาใช้ได้อย่างเต็มรูปแบบ ส่งผลให้ไม่เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการลดปัญหาตกเลือดหลังคลอดของโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอดโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร โดยยึดแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ เพื่อ ใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร และเพื่อนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากการทำวิจัยในครั้งนี้ มาใช้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบบริการการคลอดในโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

**วัตถุประสงค์วิจัย**

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

**วิธีการวิจัย**

กิจกรรม/ขั้นตอน การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร มี 3 ระยะ มีการศึกษาระหว่างวันที่ 3 ตุลาคม 2566- 31 มีนาคม 2567

ระยะที่1 (Research) ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์การพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ ประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลัง

คลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ให้กับพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ (Development)นำผลการวิเคราะห์ทบทวนมารวบรวมเป็นปัญหาและแก้ไข ปรับปรุง ประชุมร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโรที่ผ่านการเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นมารดาคลอดทางช่องคลอด ห้องคลอดในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร

ระยะที่ 3 ศึกษาผลลัพธ์ (Result) ดำเนินการและติดตามประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร เก็บข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ สอบถามความคิดเห็นพยาบาลและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรในการศึกษา ได้แก่ มารดาที่คลอดทางช่องคลอด ห้องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร แบ่งออกเป็น

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ได้แก่ มารดาที่คลอดทางช่องคลอด ห้องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร กลุ่มตัวอย่าง ระหว่าง 3 ตุลาคม 2566- 31 มีนาคม 2567

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ประเภท คือ

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอด ได้แก อายุ น้ำหนัก สวนสูง ดัชนีมวลกาย ประวัติการตั้งครรภ และการคลอด ชนิดการคลอด ภาวะแทรกซอนระหวางคลอด หลังคลอด

1.2 แบบประเมินความเสี่ยงที่ใช้ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร สำหรับพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ใช้ประเมินความเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) รวมของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป จากข้อคำถามทั้งหมดที่นำมาใช้ในการทำวิจัย เกณฑ์การผ่านนั้น ต้องได้ค่า IOC = 0.5 ขึ้นไป

**เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม**

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร หมายถึง กิจกรรม/ขั้นตอน การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร 3 ขั้นตอนได้แก่

1.1. ทบทวนและวิเคราะห์ แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ใน มารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ตั้งแต่ ตุลาคม 2563- กันยายน 2566

1.2. ประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ให้กับพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

1.3. ดำเนินการและติดตามประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

2. มารดาที่คลอดทางช่องคลอด: หมายถึง มารดาคลอดทางช่องคลอด จำนวน 80 คน ที่ห้อง

คลอดโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ระหว่างเดือน 3 ตุลาคม 2566 – 31 มีนาคม 2567

3. ผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย อัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก หมายถึง อัตรามารดาคลอดที่คลอดทางช่องคลอดและมีการสูญเสียเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกเท่ากับปริมาณตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้**

โดยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ผลการวิจัย**

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

**ขั้นตอนที่ 1 ภายหลังสิ้นสุดระยะที่ 2 ของการคลอด (ภายหลังทารกคลอด) จนถึงระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด** ให้ประเมินสัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ทุก 15 นาที โดยใช้เครื่องมือ MEOWS หากประเมินแล้วมี 1 Red Trigger หรือ 2 Yellow Trigger ให้แก้ไขเบื้องต้นและรายงานแพทย์ทันที

**ขั้นตอนที่ 2 ภายหลังสิ้นสุดระยะที่ 3 ของการคลอด (ภายหลังรกคลอดสมบูรณ์)** ให้กระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก โดยการนวดคลึงมดลูกทันทีเป็นเวลา 2 นาที หลังจากนั้นให้นวดคลึงมดลูกเป็นระยะ ทุก 5-10 นาที และประเมินการหดรัดตัวของมดลูก หากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ให้รายงานแพทย์ทราบทันที

**ขั้นตอนที่ 3 ภายในชั่วโมงที่ 2 หลังคลอด** 1. ให้ประเมินปริมาณการสูญเสียเลือด โดยการกดไล่ก้อนเลือดเพื่อประเมินปริมาณเลือดที่คั่งค้างอยู่ในโพรงมดลูกในชั่วโมงที่ 2 หลังการคลอด และนำปริมาณเลือดที่ได้ทั้งจากระหว่างการคลอด และระยะหลังคลอดที่ 2 ชั่วโมงหลังคลอด โดยนำปริมาณเลือดทั้ง 2 ระยะมารวมกันเป็นปริมาณเลือดที่ออกสะสม หากปริมาณเลือดสะสม ≥500 มล. ให้ถือว่ามารดาเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ให้รายงานแพทย์ทราบทันที 2. การประเมินผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จากปริมาณการสูญเสียเลือด การหดรัดตัวของมดลูก และสัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติโดยใช้เครื่องมือ MEOWS เปรียบเทียบกับเกณฑ์ ผลการวิจัย พบว่า ได้ผลลัพธ์ดีขึ้นในทุกด้าน และสามารถนำมาสรุปได้ ดังนี้

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติเปรียบเทียบกับการหดรัดตัวของมดลูก พบว่า ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ มารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.25) มีการหดรัดตัวของมดลูกดี และมีมารดาเพียง 3 ราย (ร้อยละ 3.75) ที่มีการหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี

ระดับความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พบว่า ระดับความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระดับเสี่ยงสูง ร้อยละ 18.75

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติโดยการใช้เครื่องมือ MEOWS พบว่า ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ โดยการใช้เครื่องมือ MEOWS ในการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่า พบ 1 ราย มีสัญญารชีพผิดปกติ อยู่ในระดับ 2 Yellow Trigger โดยพบว่ามารดา รายนี้ มี P=100/min รายละเอียดดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติโดยการใช้เครื่องมือ MEOWS

| เปรียบเทียบเกณฑ์ | **จำนวน** | **ร้อยละ** |
|---|---|---|
| 1.การalert ต่อปริมาณการสูญเสียเลือด | | |
| ≥300 ml | 1 | 100 |
| ≥500ml | 0 | 0 |
| 2.สาเหตุ 4 T | | |
| -การหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี | 0 | 0 |
| -การฉีกขาดของช่องทางคลอด | 0 | 0 |
| -รกและเศษรกค้าง | 0 | 0 |
| -การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ | 1 | 100 |

**ตารางที่ 1** ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติโดยการใช้เครื่องมือ MEOWS

| เปรียบเทียบเกณฑ์ | **จำนวน** | **ร้อยละ** |
|---|---|---|
| 3.สัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ (MEOWS) | 1 | 50.0 |
| 4.อัตราการตกเลือดหลังคลอด ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด ที่ห้องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร | 1 | 1.25 |

**สรุปและอภิปรายผล**

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ซึ่งผู้วิจัยได้ให้พยาบาลห้องคลอดผู้ใช้แนวปฏิบัติเป็นผู้ประเมินความยากง่ายของการใช้แนวปฏิบัติ ความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ ประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติและความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินไปปรับปรุงแก้ไขตาข้อเสนอแนะ เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีความเหมาะสมในการป้องกันเชิงรุก และเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลและป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งจากการประเมินและข้อเสนอแนะจากพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ทำให้เกิดมุมมองของการแสดงความคิดเห็นในการมีส่วนร่วมของพยาบาลห้องคลอด ในการแก้ไขปัญหากระบวนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนให้ผู้บริหารองค์กร เห็นว่าองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้การพัฒนาระบบบริการสัมฤทธิ์ผลและเกิดความยั่งยืนได้นั้น ส่วนหนึ่งมาจากความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ส่งผลให้พยาบาลห้องคลอดเกิดความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ และเกิดความร่วมมือในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ หุ่นศิริ[8] ที่ศึกษาผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในเครือข่ายอนามัยแม่และเด็ก พบว่า การมีส่วนร่วมทำให้พยาบาลห้องคลอดมีความรู้เรื่องการตกเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดเพิ่มขึ้น ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ โดยการ ยกร่าง แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ได้ผ่านการพิจารณายกร่าง จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวชกรรม และนำมาปรับปรุงแก้ไขตาข้อเสนอแนะ และนำมาทดลองใช้กับพยาบาลห้องคลอด ซึ่งเป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติ โดยให้พยาบาลประเมินผลกาทดลองใช้ ซึ่งสรุปผลการประเมินได้ว่า แนวปฏิบัติมีความเหมาะสม มีความง่ายสะดวกต่อการใช้และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง

ซึ่งผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จะก่อให้เกิดประโยชน์ในกระบวนการดูแลมารดาหลังคลอด ให้รอดพ้นจากการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกทั้งนี้ เนื่องจาก แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นเป็นการดูแลและป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ซึ่งช่วยให้พยาบาลห้องคลอดสามารถดักจับปัญหา และประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้สามารถวางแผนป้องกันการตกเลือดได้อย่างทันเวลา ทำให้กระบวนการดูแลมารดาหลังคลอดมีประสิทธิภาพมากขึ้น และมารดาหลังคลอดได้รับความปลอดภัยมากขึ้น ซึ่งขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร มีความสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศของสำนักการพยาบาล[4] ที่มีการคัดเลือกปัญหา การกำหนดเป้าหมาย การสืบค้นและการคัดสรรหลักฐานเชิงประจักษ์ และการพัฒนาและดำเนินงานตามวิธีปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศสู่กระบวนการปรับปรุงแก้ไข และการประเมินผลก่อนที่จะนำแนวปฏิบัติมาใช้จริง ทำให้พยาบาลห้องคลอดมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาหลังคลอด ที่มีความชัดเจนในทุกขั้นตอนสำคัญ ส่งผลให้การดูแลมารดาหลังคลอดให้

รอดพ้นจากภาวะตกเลือดหลังคลอดมีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากการศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร พบว่า เกิดผลลัพธ์ที่ดี มารดาทุกรายไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด อธิบายได้ว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโรโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการช่วยให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลมารดาตั้งแต่ระยะคลอดจนถึงระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ส่งผลให้มารดาได้รับการดูแลอย่างเป็นไปในแนวเดียวกัน เกิดความปลอดภัยจากการคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ ณฐนนท์ ศิริมาศ, ปิยมาศ โสมศรีแพง, สุพางศ์พรรณ พาดกลาง และจีรพร จักษุจินดา ที่ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่า หลังพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดพยาบาลมีความพึงพอใจและนำแนวปฏิบัติไปใช้มากขึ้น ส่งผลให้อัตราการตกเลือดหลังคลอดลดลง และไม่พบอุบัติการณ์มารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอด[6]

## เอกสารอ้างอิง

1. ทิพวรรณ์ เอี่ยมเจริญ. (2560). การตกเลือดหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย, 6(2), 146–154.
2. กรมอนามัย-กระทรวงสาธารณสุข. (2563). สถิติการตายและสาเหตุการตายของมารดาทั่วประเทศไทย. สืบค้น 3 เมษายน 2564 จาก http://dashboard.anamai.moph.go.th.
3. โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร (2566) รายงานสถิติการตกเลือดของโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ปี พ.ศ.2563-2565. งานข้อมูลโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร
4. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางเวชปฏิบัติ เรื่อง การดูแลและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว. สืบค้น 9 มกราคม 2564 จาก http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2017/04/OB_019.pdf.
5. ปทุมมา กังวานตระกูล, อ้อยอิ่น อินยาศรี.(2560). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, 33(2), 121–132.
6. ณฐนนท์ ศิริมาศ, ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, สุพางศ์พรรณ พาดกลาง และจีรพร จักษุจินดา. (2557). การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสกลนคร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 32(2), 37–44.
7. ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์, สุชาดา วิภวกานต์ และอารี กิ่งเล็ก. (2559). การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาล และการสาธารณสุขภาคใต้, 3(3), 127-141.
8. กรรณิการ์ หุ่นศิริ. (2556). การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกัน การตกเลือดหลังคลอดในเครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสมาคมพยาบาลฯสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 31(4), 115-120.

# ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

# The effects of A Motivation- Enhancing Program for Cervical cancers screening Among 30 to 60 years Kasetwisai District, Roi-Et Province.

(Received: April 25,2024 ; Revised: April 26,2024 ; Accepted: April 27,2024)

**ลำไพ อ่อนวิจารย์**[1]
**Lampai onvijan**[1]

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) แบบ 2 กลุ่มมีการทดสอบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-post test research design) วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปีในอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่สตรีอายุ 30-60ปีที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอาศัยอยู่ในอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 84 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 42รายและกลุ่มทดลอง 42 รายกลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคโดยประยุกต์จากทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคฯ 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ 4 ด้านวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-Square test,Paired t-test

ผลการวิจัย : ผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ 4 ด้านมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<.05$) และการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

**คำสำคัญ :** โปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจ,การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

## ABSTRACT

This study was Quasi -experimental study was 2 groups, there was a test to measure the results first.and post-test (Two groups pre-post test research design).To study the effects of A Motivation-Enhancing Program for Cervical cancers screening Among 30 to 60 years Kasetwisai District, Roi-Et province. The sample group used in this study consisted of women aged 30-60 years who have never been examined Screening for cervical cancer living in Kasetwisai District Roi Et Province. 84 cases,divided into 42 control groups 42 cases and the experimental group. The control group received normal services. The experimental group received a Motivation-Enhancing program. To prevent disease by applying Roger's theory of motivation to prevent disease. The tools used to conduct the research include a Motivation-Enhancing Program, 3 steps, 6 activities, a personal information recording form. Questionnaire on 4 aspects of perception. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-Square test, Paired t-test.

Main findings : Patients in the experimental group after receiving the program The group had a higher average score of 4 perceptions than the group. Statistically significant control ($p<.05$) and coming to receive

[1] โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

cervical cancer screening services between the experimental group and the control group were significantly different (P<.05).

**Keywords :** motivation-enhancing program, Cervical cancer screening

**บทนำ**

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับสองของมะเร็งในสตรีทั่วโลกรองจากมะเร็งเต้านม จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบมากในช่วงอายุ 30-50ปีในแต่ละปีผู้หญิงทั่วโลกป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นปีละ 604,000 รายและเสียชีวิต 342,000 ราย ในปี ค.ศ.2020และร้อยละ 90 ของผู้ป่วยรายใหม่และเสียชีวิตอยู่ในประเทศที่มีกำลังพัฒนาและเศรษฐานะต่ำ สอดคล้องกับสถิติของประเทศที่พบว่า มะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับ 2 รองลงมาจากมะเร็งเต้านม ในปี 2560 มีผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ยวันละ 15 ราย หรือ 5,422 รายต่อปี เสียชีวิตเฉลี่ยวันละ 6 ราย หรือ 2,238 รายต่อปี โดยคาดการณ์ว่าในปี 2568 จะมีผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นเป็นปีละประมาณ 13,082 ราย เสียชีวิต 7,871 ราย มีการให้บริการตรวจคัดกรองและรักษาโรคมะเร็งพบว่าจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกในปี พ.ศ. 2564-2566 มีจำนวน 1,174 ,1,245 และ 1,302 รายตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก 0.06,0.07 และ 0.07 และจากสถิติการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของเขตสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ.2566 มีผู้รับบริการตรวจคัดกรองจำนวน 94,148 รายคิดเป็นอัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีอายุ 30-60 ปีร้อยละ 55.55 จังหวัดร้อยเอ็ดพบจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก ในปี พ.ศ.2564-2566 มีจำนวน 22 ,23 และ 28 รายตามลำดับ อำเภอเกษตรวิสัย พบผู้ป่วย 0,0 และ 1 รายตามลำดับ และ พบจำนวนสตรีอายุ 30-60ปี มีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 25,663 รายคิดเป็นร้อยละ 58.64 อำเภอเกษตรวิสัย จำนวน 1,348 รายร้อยละ 40.85[1]

ดังนั้นจะเห็นได้ว่ามะเร็งปากมดลูกจึงยังเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขไทย มะเร็งปากมดลูกเป็นการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุผิวที่ปากมดลูกบริเวณรอยต่อของเยื่อบุสแควมัสกับเยื่อบุคอลัมนา (Squamo-Columnar Junction) ที่เรียกว่า ทีโซน (T zone) มีการเจริญเติบโตผิดปกติทั้งขนาดรูปร่างและองค์ประกอบภายในเซลล์ การป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามนั้นสามารถทำได้โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งพบว่ามีการรณรงค์เกิดขึ้นในประเทศต่างๆ ทั่วโลกการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมีหลายวิธีเช่น การตรวจหาเชื้อ HPV (HPV testing) การตรวจเซลล์วิทยาปากมดลูก (Cervical cytology) และการตรวจปากมดลูกด้วยน้ำส้มสายชู (Visual Inspection with Acetic acid, VIA) และยังพบว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งในสตรีที่ยังไม่พบอาการผิดปกติทำให้สามารถตรวจพบมะเร็งปากมดลูกได้ในระยะแรกการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกขั้นสุดท้ายนั้น ต้องใช้การตรวจทางพยาธิวิทยาซึ่งได้จาก[1,2]

สำหรับการคัดกรองในประเทศไทยพบว่าทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรค การป้องกันโรค การให้คำแนะนำที่เหมาะสมจะช่วยเพิ่มระดับความรู้และส่งผลถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองในการการป้องกันโรคที่ดีขึ้น อีกทั้งยังกระตุ้นให้เกิดการรับรู้เสริมสร้างความคาดหวังมีผลให้มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมในการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ และเมื่อเกิดความกลัวหรือกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองอย่าง

เหมาะสมจะสามารถช่วยกระตุ้นให้สตรีเหล่านี้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้[3]

จากการศึกษาโปรแกรมในงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีการนำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมาใช้ในการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจหาเชื้อ HPV (HPV testing) การตรวจเซลล์วิทยาปากมดลูก (Cervical cytology) และการตรวจปากมดลูกด้วยน้ำส้มสายชู (Visual Inspection with Acetic acid, VIA) ซึ่งเป็นการตรวจคัดกรองขั้นต้นของมะเร็งปากมดลูก สามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการตรวจและความพึงพอใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น การให้ความรู้ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค มีความสำคัญอย่างยิ่ง[4] ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลที่มีการส่งเสริมการตรวจคัดกรองรวมถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก จึงเห็นว่าควรส่งเสริมให้สตรีมารับการตรวจคัดกรองเบื้องต้น เกิดการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก รับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก รับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวและรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกเพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค รับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ กระตุ้นให้เกิดความกลัวเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกโดยการมารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามนัด ดังนั้นทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคจึงมีความเหมาะสมในการนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจให้สตรีมารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซึ่งจะช่วยให้แพทย์สามารถตรวจวินิจฉัยความผิดปกติที่เกิดขึ้น เพื่อให้สตรีที่มีผลการตรวจผิดปกติได้รับการรักษาตามแผนการรักษาที่เหมาะสมต่อไป ส่งผลช่วยให้สตรีเหล่านี้ลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามและลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกต่อไปได้

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก,การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก,การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็ง,การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก,การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก,การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็ง,การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง

3. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของสตรีในการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง

**วิธีการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาสตรีที่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย เป็นเพศหญิงอายุ 30-60 ปี ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ.2567

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ สตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปีพ.ศ.

2563-2565 จำนวน 251คนซึ่งอาศัยอยู่ในอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 84 คน กลุ่มละ 42 คน คือ กลุ่มทดลอง 42 คน และกลุ่มควบคุม 42 คน โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ สามารถ พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 2) ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการวิจัย 3) ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อน 4) ไม่เคยป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก 5) สตรีที่มีอายุ 30-60 ปี

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) มีประวัติป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก 2) สตรีกลุ่มเป้าหมายเกิดการเจ็บป่วยระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม 3) สตรีมีการตั้งครรภ์ระหว่างดำเนินโปรแกรม

สถานที่ในการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาที่โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเปิดบริการทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์เวลา 08.00 -16.00 น. สตรีที่มีอายุ 30-60 ปีที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งที่ไม่ได้นัดหมายหรือได้รับการนัดหมายล่วงหน้า

**เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาเพื่อให้ครอบคลุมตามแนวคิดของทฤษฎี แรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์[5,6,7] ซึ่งเป็นการเข้าร่วมกิจกรรมภายใน 1 วัน โดย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม โดยกิจกรรมที่ 1 ถึง 5 ใช้เวลาประมาณ 40 – 45 นาที มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ร่วมวิจัยโดยการแนะนำตัวเองชี้แจงวัตถุประสงค์แนะนำการปฏิบัติกิจกรรมตลอดการเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงระยะเวลาในการดำเนินโครงการเปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อสงสัยโดยสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง จากนั้นจึงเริ่มนำผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าสู่กิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกใช้เวลาประมาณ 10 นาที

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal)ใช้เวลา10นาที วัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกและรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก โดยมีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 3 ชมวีดีทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกได้แก่ความหมาย สาเหตุ อุบัติการณ์ความเสี่ยง อาการ การรักษา การป้องกันและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ใช้เวลา 20 นาที วัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความสามารถ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยมีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 4 ชมวีดีทัศน์เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สามารถปฏิบัติตัวได้สำเร็จที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและวีดีทัศน์เกี่ยวกับผลดีของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ขั้นตอนวิธีการตรวจ การปฏิบัติตัวก่อนหลังรับการตรวจใช้เวลา 10 นาที

กิจกรรมที่ 5 ชมวีดีทัศน์ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยง เสริมความ สามารถของสตรีในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยเป็นการกระตุ้นให้เกิดความกลัว และปรับลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมใช้เวลา 10 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามและเสริมแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องใช้เวลาครั้งละ 5-10 นาที วัตถุประสงค์

เพื่อเสริมแรงจูงใจเพื่อให้สตรีปฏิบัติตัวเพื่อมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพื่อช่วยให้ผู้วิจัยสามารถอธิบายปัญหา ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ช่วยเหลือแก่สตรีแต่ละคนได้อย่างเหมาะสม โดยมีกิจกรรมดังนี้โทรศัพท์เพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรคและเสริมแรงจูงใจ ย้ำเตือนในการปฏิบัติตัวเพื่อการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามนัด

กิจกรรมที่ 6 ทำแบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

2. วีดีทัศน์เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่สามารถปฏิบัติตัวได้สำเร็จ ผลดีของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก กลไกและพยาธิสภาพการเกิดมะเร็งปากมดลูก สาเหตุของมะเร็งปากมดลูก อาการของโรคมะเร็งปากมดลูก การรักษาของโรคมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิธีการตรวจ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. แผ่นพับการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่น HPV test, VIA, Pap Smear เมื่อใดที่ต้องได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ข้อห้ามของการตรวจมะเร็งปากมดลูก การเตรียมตัวก่อนเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก การปฏิบัติตัวหลังได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก และอาการที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคำถามเป็นลักษณะเติมข้อความและเลือกตอบเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน จำนวนการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประวัติการใช้ยาคุมกำเนิด ประวัติการเป็นมะเร็งปากมดลูกของบุคคลในครอบครัว จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม มีทั้งหมด 36 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท (liker's scale) มีระดับคะแนน 1 - 5 คะแนน ซึ่งจำแนกเป็นรายด้าน 4 ด้าน ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10 – 50 คะแนน

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 10 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10–50 คะแนน

3. การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 8 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 8 – 40 คะแนน

4. การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 8 ข้อคะแนนรวมอยู่ในช่วง 8 – 40 คะแนน ซึ่งเป็นคำถามมีทั้งด้านบวกและลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท (liker's scale) ซึ่งกำหนดคำตอบ 5 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่อุ่นใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 36 ข้อ ลักษณะแบบสอบถาม ข้อคำถามเชิงบวก ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก การแปลผลคะแนนได้ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการศึกษาของเบสต์[8] โดยรายละเอียดดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้ในระดับสูง

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 คะแนน หมายถึง การรับรู้ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 คะแนน หมายถึง การรับรู้ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นข้อคำถามแบบ 2 ตัวเลือก คือ มาและไม่มา รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน (Index of Congruence: IOC) การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงตามผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มสตรีที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนที่โรงพยาบาลปทุมรัตต์ และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟ่า ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แยกรายด้าน ดังนี้ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71, 0.72, 0.83 และ 0.80 ตามลำดับ เมื่อนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามรวม 4 ด้าน เท่ากับ 0.89

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน สถิติเชิงวิเคราะห์ สถิติ paired samples T-Test Independent t - test และ Chi-square Test

**ผลการวิจัย**

การวิจัยผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ครั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอสรุปได้ดังนี้

1. คุณลักษณะประชากร ลักษณะทางประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 50-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.5 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.1 สถานภาพสมรสของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่สมรส/อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 81.0 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อย ละ 71.4 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีจำนวนบุตร 1-3 คน คิดเป็นร้อยละ 85.7 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีจำนวนบุตร 1-3คน คิดเป็นร้อยละ 78.5 ระยะเวลาในการคุมกำเนิดของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.8 ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาคุมกำเนิดส่วนใหญ่ 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.1 กลุ่มทดลองมีความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 54.8 ส่วนกลุ่มควบคุมมีความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 50.0 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง ของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีป่วยด้วยโรคมะเร็งคิดเป็นร้อยละ 76.2 ส่วนกลุ่มควบคุมมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสาย ตรง เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 95.2 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกัน

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยง

ของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวและการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัว การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ผลการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 40 คน (ร้อยละ 95.24) กลุ่มควบคุมมารับบริการตรวจ 25 คน (ร้อยละ 59.52) เมื่อเปรียบเทียบการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและกลุ่มควบคุมที่ได้รับกิจกรรมตามปกติ พบว่า การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**สรุปและอภิปรายผล**

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งประกอบด้วย 3 สมมติฐานการวิจัย ตามวัตถุประสงค์การวิจัยสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

1. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการทดลอง โดยเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การรักษา และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตเมื่อ เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังได้รับรู้ความรุนแรงปัญหาเมื่อเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกจากตัวแบบผู้ป่วยมะเร็งซึ่งชมวีดีทัศน์ถ่ายทอดประสบการณ์ตรงถึงความรุนแรงขณะป่วยทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการทดลอง เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ กระบวนการรับรู้ความรุนแรงโดยการให้ข้อมูลกระตุ้นที่ทำให้เกิดความกลัวต่อภาวะคุกคาม ปลุกเร้าสื่อสารให้เกิดความกลัวอาจจะทำให้ข้อมูลเด่นขึ้น จึงผลให้คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น7 สอดคล้องกับการศึกษาของริญดา ตะวันกุลกิตติ[10] ที่ได้มีการสร้างกิจกรรมการรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า หลังการทดลองกลุ่ม

ทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก มากกว่าก่อนการทดลอง นอกจากนี้ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการทดลอง อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมทดลอง โดยเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับขนาดของปัญหามะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยและสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ที่สำคัญได้รับแผ่นพับ ภาพโปสเตอร์ ไปศึกษาเพิ่มเติมที่บ้าน ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งบุคคลที่ได้รับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงหรือโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม จะทำให้เกิดการตัดสินใจของบุคคลว่าจะไม่ปฏิบัติตนหรือเกิดการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมอันตรายที่จะทำให้เกิดโรคขึ้นได้[7] สอดคล้องกับการศึกษาของรัฐพล สาแก้ว และคณะ[11]และสอดคล้องกับการศึกษาของฐิติมา โกศัลวิตร[12] ที่ได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิด โรคมะเร็งปากมดลูก การนำตัวแบบมาถ่ายทอดประสบการณ์ของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการทดลอง

นอกจากนี้ คะแนนการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการทดลองจากการบรรยาย ชมวีดิทัศน์ เน้นให้รับรู้เกี่ยวกับ กระบวนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานบริการและที่สำคัญได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากตัวแบบสตรีที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปี ได้เล่าประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการทดลอง เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ เป็นการประเมินความสามารถของตนเองว่ามีความมั่นใจในการปฏิบัติให้สำเร็จได้ โดยการเรียนรู้การเลียนแบบตัวอย่างที่ดี ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมดี[7] สอดคล้องกับการศึกษาของรัฐพล สาแก้ว และคณะ[11]ที่ได้มีการใช้ตัวแบบมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริงและกระตุ้นทางอารมณ์ด้วยการชมวีดิทัศน์ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก การเตรียมตัวก่อนและหลังการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการบรรยายและใช้สื่อประกอบรวมทั้งสาธิตวิธีการตรวจหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น

ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการทดลอง มีการรับรู้เกี่ยวกับผลดีของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการบรรยายจากตัวแบบสตรีที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องทุกปี การสาธิตใช้ห้องตรวจลดอาย และขณะเดียวกันได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อดีของการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มทดลอง ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้ให้กลุ่มทดลองมีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการทดลอง เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจ

ในการป้องกันโรคของโรเจอร์ที่ระบุว่าการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จะได้รับอิทธิพลจากแหล่งข่าวสาร สิ่งแวดล้อม พูดชักชวน การเรียนรู้จากการสังเกต และลักษณะของบุคคล จะทำให้เกิดความตั้งใจที่จะปฏิบัติและนำไปสู่การปฏิบัติได้[5,6,7]

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ กิจกรรมการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ(Threat Appraisal),กิจกรรมการประเมินการเผชิญปัญหา(Coping Appraisal) และการติดตามเสริมแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง รวมระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมทั้งหมด 8 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมตามปกติที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้แก่สตรีกลุ่มเป้าหมายทุกปี ได้แก่การให้สุขศึกษาที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก บรรยายผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปฉายสไลด์ และได้รับการประชาสัมพันธ์จากหอกระจายข่าวหมู่บ้าน การนัดมาตรวจใช้บัตรนัดผ่านอสม.เท่านั้น จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาของนภัสวรรณ โอภาส[13] ที่ได้มีการให้ชมวีดีทัศน์ เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สามารถปฏิบัติตัวได้สำเร็จที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และ วีดีทัศน์ เกี่ยวกับผลดีของการส่องกล้องปากมดลูก ขั้นตอนวิธีการตรวจการปฏิบัติตัวก่อนหลังรับการตรวจหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ จันทร์แจ้ง และคณะ[4] ที่ได้โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ ทำให้คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูกและความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ที่เชื่อว่าแรงจูงใจในการป้องกันโรคจะปฏิบัติได้เป็นผลสำเร็จก็ต่อเมื่อบุคคลเห็นว่าความรุนแรงของโรคและรู้สึกว่าตนเองอยู่ในภาวะเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อสุขภาพ มีความเชื่อว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรค มีความเชื่อมั่นและคาดหวังว่าตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงหรืออันตรายต่อภาวะสุขภาพดี[5,6,7] ซึ่งเห็นได้ชัดในการจัดกิจกรรมโดยให้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมาถ่ายทอดประสบการณ์ตรงถึงความรุนแรงขณะป่วยและการให้ผู้ที่มารับบริการเป็นประจำทุกปีมาเล่าประสบการณ์ในการเข้าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากกิจกรรมนี้ทำให้กลุ่มทดลองรับรู้ว่า การตรวจคัดกรองมีประโยชน์ต่อตัวเองจึงช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น

3. การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน โดยพบว่ากลุ่มทดลองมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มควบคุมเป็นผลเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการทดลองโดยประยุกต์โปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีสร้างกิจกรรมความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่ เพื่อนและผู้มารับบริการ ร่วมทั้งเปิดคลิปเพื่อให้เห็นภาพชัดเจนในการตรวจในห้องตรวจ และได้รับการกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่โดยการโทรศัพท์เชิญชวนให้มารับบริการ 2 ครั้งก่อนวันนัดตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้เกิดการส่งเสริมแรงจูงใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น ในส่วนของสตรีกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมการส่งเสริมให้มาบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามปกติของหน่วยงานสาธารณสุข ไม่ได้รับกิจกรรมอื่นใดของโปรแกรมและการติดตามมาตรวจนั้น ก็ได้รับเพียงบัตรเชิญในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดย อสม. เป็นผู้นำไปแจก จึงทำให้กลุ่มทดลองมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ที่ระบุว่า บุคคลต้องมีกระบวนการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองภายหลังจึงจะให้บุคคลมีความเชื่อมั่นและมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามโดยแท้จริง [5,6,7] ประกอบกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลที่ไม่เป็นทางการและเป็นทางการ ในด้านอารมณ์ที่จะกระตุ้นให้การปฏิบัติจึงทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของรัฐพล สาแก้ว และคณะ [11] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าการมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเป็น 4.4 เท่า

**ข้อเสนอแนะ**

**ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้**

1. บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรนำกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก นำไปประยุกต์ใช้ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้สตรีที่มีอายุ30-60 ปี

2. ควรให้ความรู้ความเข้าใจแก่สตรีกลุ่มเป้าหมายอย่างครอบคลุมและต่อเนื่องในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้นและต่อเนื่อง

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนำไปประยุกต์ใช้ในทดลองศึกษาวิจัยกับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขอื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เช่น การคัดกรองมะเร็งเต้านม การคัดกรองวัณโรค เป็นต้น

## เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2562). แผนยุทธศาสตร์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2562 – 2565. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
2. สำนักอนามัยเจริญพันธ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในสภาวะทรัพยากรจำกัด (พิมพ์ครั้งที่ 4). (ม.ป.พ.)
3. ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์, อาคม ชัยวีระวัฒนะ, และวีรวุฒิ อิ่มสำราญ. (2561). แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก (ล.1). กรุงเทพฯ: โฆสิตการพิมพ์.
4. ศิริวรรณ จันทร์แจ้ง, พัชราพร เกิดมงคล, และทัศนีย์ รวิวรกุล. (2562). ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีมุสลิม.วารสารสุขศึกษา,42(2), 52-62.
5. Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change1. The journal of psychology, 91(1), 93-114.
6. Rogers, R. W. (1983). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied, 91(1), 93- 114. doi: 10.1080/00223980.1975.9915803
7. Rogers, R. W. (1987). Protection motivation theory. Health Education research Theory and Practice, 153-156.
8. Polit, D. F. (2004). Nursing research: Principles and methods. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
9. วรางคณา ศรีภูวงษ์. (2556). ผลของโปรแกรมประยุกต์ระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อหมอลำพื้นบ้านต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุของกลุ่มเสี่ยง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
10. ริญดา ตะวันกุลกิตติ. (2560). รูปแบบกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมสตรีกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียเภ้า อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ 1(6), 5-14.
11. รัฐพล สาแก้ว, จงกลณี ธนาไสย์, และบัณฑิต วรรณประพันธ์. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเหล็ก อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 23(1), 17-30
12. ฐิติมา โกศัลวิตร. (2560). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 1(3), 18-30.
13. นภัสวรรณ โอภาส. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ:

# การศึกษาย้อนหลังผลของจำนวนครั้งของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อมุมในการเคลื่อนไหวของข้อเข่าและความสามารถในการเดินของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ณ โรงพยาบาลลำพูน

# A retrospective study on the effect of exercise programs frequency on knee joint range of motion and walking ability in patients after total knee replacement at Lamphun Hospital.

(Received: April 26,2024 ; Revised: April 29,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**อัคคลักษณ์ ญาณโรจน์**[1]
**Aukkaluck Yanaroad**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของจำนวนครั้งของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อมุมในการเคลื่อนไหวของข้อเข่า และความสามารถในการเดินของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การศึกษานี้ทำการศึกษาในช่วงเดือน มกราคม 2566 – ธันวาคม 2566 ณ โรงพยาบาลลำพูน เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลทางกายภาพบำบัดซึ่งอยู่ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับบริหารระบบงานโรงพยาบาลลำพูน (Phramongkut Software, PMK) โปรแกรมการออกกำลังกายภายหลังการผ่าตัดประกอบด้วยท่าออกกำลังกายจำนวน 5 ท่า โดยนักกายภาพบำบัดเป็นผู้ให้การรักษา ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ มุมงอเข่า มุมเหยียดเข่า ความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อเข่า (มุมการงอเข่า ≥ 90 องศา และมุมการเหยียดเข่า = 0 องศา) และความสามารถในการเดินลงน้ำหนักตามคำสั่งแพทย์ (เดินลงน้ำหนักเต็มที่ เดินลงน้ำหนักบางส่วน และเดินลงน้ำหนักเท่าที่ทนได้) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon เพื่อเปรียบเทียบการความแตกต่างของมุมการเคลื่อนไหวของข้อเข่าระหว่างก่อนและหลังการรักษาในแต่ละกลุ่ม ($p < 0.05$) ใช้สถิติ Kruskal-Wallis test with Post – hoc comparison (Dunn test) เพื่อดูความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ($p < 0.05$) ใช้สถิติ Chi-Square วิเคราะห์ความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อเข่าของแต่ละกลุ่ม ($p < 0.05$) และใช้สถิติพรรณนาในการวิเคราะห์ความสามารถในการเดินของผู้ป่วยโดยการใช้เครื่องช่วยเดินตามรูปแบบการเดินลงน้ำหนักตามคำสั่งของแพทย์

ผลการศึกษาแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 (44 ราย) ได้รับการออกกำลังกายจำนวน 1 ครั้ง กลุ่มที่ 2 (111 ราย) ได้รับการออกกำลังกายจำนวน จำนวน 2 ครั้ง และกลุ่มที่ 3 (32 ราย) ได้รับการออกกำลังกายจำนวน จำนวน 3 ครั้ง พบว่ากลุ่มผู้ป่วยทุกกลุ่มมีการเพิ่มขึ้นของมุมงอเข่า มุมเหยียดเข่า ภายหลังจากการรักษาทางกายภาพบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผู้ป่วยในกลุ่มที่ 2 และ 3 มีการเปลี่ยนแปลงของมุมงอเข่ามากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่ไม่พบความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงของมุมการงอเข่าระหว่างผู้ป่วยในกลุ่มที่ 2 และ 3 ($p > 0.05$) ไม่พบความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงของมุมเหยียดเข่าระหว่างกลุ่ม ($p > 0.05$) ความสามารถงอเข่าได้มากกว่าหรือเท่ากับ 90 องศา เหยียดเข่าได้เท่ากับ 0 องศาทุกกลุ่มไม่มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) และผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มสามารถเดินได้ดีโดยใช้เครื่องช่วยเดิน ( walker ) ตามรูปแบบการเดินลงน้ำหนักตามคำสั่งของแพทย์ ร้อยละ 100

**คำสำคัญ** : โรคข้อเข่าเสื่อม การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โปรแกรมการออกกำลังกายภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า การออกกำลังกายในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

**Abstract**

This study purposed to investigate the effects exercise programs frequency on knee joint range of motion and walking ability in patients after total knee replacement surgery. The study was conducted from January 2566 to December 2566 at Lamphun Hospital. Data were collected from physical therapy records stored in the hospital's computer system (Phramongkut Software, PMK). The post-operative exercise program consisted of five exercises performed by physical therapists. The variables studied

[1] งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลลำพูน

include knee flexion angle, knee extension angle, knee joint movement ability (knee flexion angle ≥ 90 degrees and knee extension angle = 0 degrees), and walking ability according to physician-prescribed weight-bearing patterns (full weight-bearing, partial weight-bearing, and as tolerated). Data were analyzed using the Wilcoxon signed-rank test to compare the differences in knee joint movement angles before and after treatment within each group ($p < 0.05$). The Kruskal-Wallis test with post-hoc Dunn test was used to compare differences among the groups ($p < 0.05$). Chi-Square statistics were used to analyze the knee joint movement abilities of each group ($p < 0.05$). And statistical analysis is used to analyze the walking ability of patients using a walker according to the weight-bearing pattern prescribed by the doctor.

The study divided the sample into three groups: Group 1 (44 participants) received exercise once, Group 2 (111 participants) received exercise twice, and Group 3 (32 participants) received exercise three times. It was found that all groups showed a statistically significant increase in knee flexion angle and knee extension angle after physical therapy treatment ($p < 0.05$). Patients in Groups 2 and 3 had greater changes in knee flexion angle compared to those in Group 1, with statistical significance ($p < 0.05$). However, no significant differences were observed in the changes in knee flexion angle between patients in Groups 2 and 3 ($p > 0.05$). There were no significant differences in the changes in knee extension angle among the groups ($p > 0.05$). All groups had no significant differences in knee joint movement ability, defined as knee flexion angle ≥ 90 degrees and knee extension angle = 0 degrees ($p > 0.05$). And all three groups of patients can walk well using a walker according to the weight-bearing pattern prescribed by the doctor, 100 percent.

**Keyword :** Osteoarthritis , Total knee arthroplasty, Exercise program after knee replacement surgery, Exercise in knee replacement surgery patients

**บทนำ**

โรคข้อเข่าเสื่อม หรือ Osteoarthritis of Knee คือโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมของข้อเข่า โดยมีลักษณะทางคลินิกที่สำคัญคือ ปวดข้อ ข้อฝืด มีปุ่มกระดูกงอกบริเวณข้อ การทำงานของข้อเสียไป ทำให้การเคลื่อนไหวลดลง หากขบวนการนี้ดำเนินต่อไปจะมีผลทำให้ข้อผิดรูปและพิการในที่สุด[1] โรคนี้ส่วนใหญ่พบได้บ่อยในวัยกลางคนถึงวัยสูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากหรือเป็นโรคอ้วน โดยร้อยละ 70-85 ของผู้ป่วยที่ไปพบแพทย์มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป อุบัติการณ์ของโรคพบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ประมาณ 4 ต่อ 1 โดยอาการที่พบมักจะอาการปวดขัดในข้อเข่ารอบสะบ้าหรือด้านในของข้อเข่าเมื่อเดินไกล หรือเดินขึ้น-ลงบันได ประกอบมีเสียงกรุบกรับ (Crepitating sound) ในข้อเข่าขณะเดิน เมื่อเป็นมากขึ้นผู้ป่วยมักจะมีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น เดินได้ไม่ไกล นั่งยองๆไม่ได้ นั่งและลุกจากเก้าอี้หรือจากพื้นลำบาก เป็นต้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง[2] โรคข้อเข่าเสื่อมจึงถือเป็นปัญหาสุขภาพและปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของผู้สูงอายุในทุกภูมิภาคทั่วโลก[3] และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ปี 2019 ประชากร 528 ล้านคนทั่วโลก เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น 113% ตั้งแต่ปี 1990 ประมาณ 73% ของผู้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมีอายุมากกว่า 55 ปี และ 60% เป็นผู้หญิง ด้วยความชุก 365 ล้านคน ข้อเข่าจึงเป็นข้อต่อที่ได้รับผลกระทบบ่อยที่สุด เนื่องจากประชากรสูงวัยและอัตราโรคอ้วนและการบาดเจ็บที่เพิ่มขึ้น จึงคาดว่าความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก[4] จากสถิติการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าประมาณ700,000 รายต่อปี และคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเป็น3.48 ล้านรายต่อปีภายในปีพ.ศ.2573 สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดข้อเข่าเทียมทั้งในโรงพยาบาลของรัฐบางและเอกชนปีละประมาณ 17,000 ถึง20,000ราย[5] ส่วนในประเทศ

ไทยข้อมูลจากกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ระบุว่า ในปี 2561 มีคนไทยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่า 6 ล้านคน และเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะทุพพลภาพ จากข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ปี 2560 -2564 มีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเสื่อมทั้งกรณีผ่าตัด 1 ข้าง และ 2 ข้างรวมจำนวน 9,559 ครั้ง 10,434 ครั้ง 10,864 ครั้ง 10,052 ครั้ง และ 8,090 ครั้ง ล่าสุดปี 2565 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแล้วจำนวน 9,408 ครั้ง ภาพรวมเฉลี่ยผู้ป่วยรับบริการ 9,735 ครั้งต่อปี โดยมีโรงพยาบาลที่มีศักยภาพผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ โรงเรียนแพทย์ และสังกัดหน่วยงานต่างๆ ทั่วประเทศร่วมให้บริการ 232 แห่ง[6]

จากสถิติจำนวนผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลลำพูนในปีงบประมาณ 2564 2565 และ 2566 พบว่าผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลลำพูนมีจำนวน 2,638 3,600 และ4,487 รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในปีงบประมาณ 2564 2565 และ 2566 จำนวน 283 363 และ 416 รายตามลำดับ โรคข้อเข่าเสื่อมยังเป็นโรคสำคัญอันดับแรกของกลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลลำพูน สำหรับวิธีการผ่าตัดของแพทย์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลลำพูน ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการผ่าตัดแบบเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ[9] และจากสถิติของงานกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมและผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่านั้นถือเป็นโรคสำคัญ 1 ใน 5 โรคอันดับแรกของงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลลำพูนด้วย โดยในปีงบประมาณ 2564 2565 และ 2566 มีจำนวนผู้ป่วย 560 639 และ968 รายตามลำดับ[10] ซึ่งมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและสอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยของกลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลลำพูน

แนวทางในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในปัจจุบันนั้นมีทั้งการรักษาแบบใช้ยา และไม่ใช้ยา การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโดยไม่ใช้ยา (Nonpharmocologic modalities) เช่น การให้ความรู้ การลดน้ำหนัก กายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัด การบริหาร ( Therapeutic exercise ) และการผ่าตัด เป็นต้น[1] สำหรับการผ่าตัดที่นิยมและเป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ประสบความสำเร็จมากที่สุดในปัจจุบัน คือ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (total knee arthroplasty) วัตถุประสงค์ของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดเข่าเรื้อรังที่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้การเคลื่อนไหวของข้อเข่ากลับมาเป็นปกติหรือใกล้เคียงมากที่สุด และช่วยส่งเสริมการกลับมาทำหน้าที่ของข้อเข่าภายหลังการผ่าตัด ซึ่งมีผลต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก[6] การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (Total Knee Arthroplasty หรือ TKA/TKR ) หมายถึงการผ่าตัดเอาผิวข้อเข่าส่วนที่เสียหรือเสื่อมสภาพออกทั้งหมด ทั้งส่วนปลายของกระดูกต้นขา (Femur) และส่วนบนของกระดูกหน้าแข้ง (Tibia) ทั้งฝั่งด้านในและด้านนอก (Medial and Lateral Compartment) แล้วแทนที่ด้วยผิวข้อเข่าเทียมที่ทำจากโลหะอัลลอยด์ครอบหรือคลุมกระดูกส่วนที่เฉือนออกไป โดยมีแผ่นโพลีเอทิลีนชนิดพิเศษกั้นระหว่างโลหะ และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมดนั้น ส่วนใหญ่แล้วสามารถใช้งานได้ยาวนานถึง 10-20 ปี มีเพียง 3.9% จากผู้ป่วยที่ผ่าตัด 55,000 คน เท่านั้น ที่จำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดแก้ไขในช่วง 10 ปี หลังการผ่าตัด[7]

หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและการบริหารข้อเข่าอย่างถูกต้อง ซึ่งการ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จะแบ่งได้เป็น 4 ระยะ ได้แก่ การฟื้นฟูระยะแรก คือ 1 สัปดาห์แรกหลังการผ่าตัด การฟื้นฟูระยะที่ 2 สัปดาห์ที่ 2-6 หลังการผ่าตัด การฟื้นฟูระยะที่ 3 สัปดาห์ที่ 6-12 หลังการผ่าตัด และการฟื้นฟูระยะที่ 4 สัปดาห์ที่ 2-2ปี หลังการผ่าตัด ในการฟื้นฟูระยะแรกหลังการ

ผ่าตัดหรือในหอผู้ป่วยเป็นระยะที่มีความจำเป็นและมีผลต่อการเคลื่อนไหวของข้อเข่า รวมถึงการยืน การเดิน และการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โดยวัตถุประสงค์ในระยะแรก คือ ช่วยลดอาการปวด สามารถออกกำลังกายเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อของข้อเข่าทั้งการงอและการเหยียดเข่า เพิ่มพิสัยของการงอและการเหยียดเข่า รวมถึงการเดินลงน้ำหนักของขาข้างที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมบนพื้นราบเท่าที่ทนได้โดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน รวมถึงสามารถขึ้นลงบันไดได้[8] โดยทั่วไปหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยควรจะงอเข่าได้อย่างน้อย 90 องศา และเหยียดได้เกือบสุด แพทย์จึงจะอนุญาตให้กลับไปพักรักษาตัวต่อที่บ้านได้[12] ดังนั้นหลักการฟื้นฟูภายหลังการผ่าตัดทั้งช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาลหรือหลังจากออกจากโรงพยาบาลก็คือการทำให้องศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น ในการเดินทั่วไปจะเกิดการงอเข่าประมาณ 67 องศา ส่วนการขึ้นและลงบันไดนั้นจะเกิดการงอเข่าประมาณ 83 องศา และ 90 องศาตามลำดับ ในขณะที่การลุกขึ้นยืนจากท่านั่งเก้าอี้จะเกิดการงอเข่าประมาณ 93 องศา เป็นต้น นอกจากนี้นักกายภาพบำบัดควรให้โปรแกรมการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเข่าและสะโพกร่วมด้วย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดในสัปดาห์แรกที่ยังรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลอาจมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเหยียดเข่า (Quadriceps muscles) ที่ลดลงได้มากถึง 80% จากความแข็งแรงก่อนการผ่าตัด การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จึงยังเป็นความท้าทายสำหรับทั้งผู้ป่วยและผู้ให้การรักษา เนื่องจากมีแนวทางที่หลากหลายในการให้โปรแกรมการฟื้นฟู การขาดแนวทางที่ชัดเจนในการฟื้นฟูสมรรถภาพอาจนำไปสู่การฟื้นตัวของความแข็งแรงและองศาการเคลื่อนไหวไม่เพียงพอ ส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อและข้อต่อในมุมที่เหมาะสมลดลง ดังนั้นโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดที่เหมาะสมจะส่งเสริมให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ามีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น[11] จากการศึกษาผลของโปรแกรมบริหารกล้ามเนื้อและข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า มีระดับอาการปวดลดลง ข้อฝืดหรือข้อติดลดลง และเพิ่มความสามารถในการใช้ข้อเข่า มากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน[3]

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาผลของจำนวนครั้งของการได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งประกอบด้วยท่าออกกำลังกายจำนวน 5 ท่า โดยท่าออกกำลังกายชุดนี้ได้รวบรวมข้อมูลท่าออกกำลังกายต่างๆจากคู่มือการฟื้นฟูผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดของวิชัย อึงพินิจพงศ์, กานดา ชัยภิญโญ, และสมรรถชัย จำนงกิจ [2] และการปฏิบัติตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังการผ่าตัดของชินภัทร จิระวรพงศ์[8] โดยนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์กลั่นกรองร่วมกันโดยทีมนักกายภาพบำบัดและแพทย์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลลำพูน จึงทำให้เกิดโปรแกรมการออกกำลังกายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของโรงพยาบาลลำพูนประกอบด้วยท่าออกกำลังกายจำนวน 5 ท่า โดยจะเน้นเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า กล้ามเนื้อเหยียดเข่า กล้ามเนื้องอเข่า การเพิ่มมุมหรือพิสัยในการเคลื่อนไหวของข้อเข่า และเพิ่มการไหลเวียนของขาซึ่งช่วยลดอาการปวดบวมของขาได้ด้วย รวมถึงส่งเสริมความสามารถในการเดินของผู้ป่วยให้สามารถเดินได้เร็วที่สุดตามความสามารถของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่โรงพยาบาลลำพูนจะได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดโดยใช้โปรแกรมการออกกำลังกายภายหลังผ่าตัดข้อเข่าเทียมจำนวน 5 ท่า โดยนักกายภาพบำบัดเป็นผู้ให้การรักษาทุกครั้ง โดยให้เริ่มออกกำลังกายภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 1–2 วันแรก และต่อเนื่องไปจนถึง 1เดือน

ภายหลังผ่าตัด ทั้งนี้ได้จัดทำเป็น Clinical practice guideline OA Knee of PT. Unit Lamphun Hospital และได้เริ่มใช้ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2564 จนถึงปัจจุบัน[13] จากการศึกษาเบื้องต้นพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการออกกำลังกายตามโปรแกรมภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า โดยแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ได้รับการออกกำลังกาย 1 ครั้ง กลุ่มที่ 2 ได้รับการออกกำลังกาย 2 ครั้ง และ กลุ่มที่ 3 ได้รับการออกกำลังกาย 3 ครั้ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจผลของจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายภายหลังผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมดังกล่าว จะส่งผลต่อมุมในการเคลื่อนไหวของข้อเข่า และความสามารถในการเดินโดยการใช้เครื่องช่วยเดินของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมในแต่ละกลุ่มอย่างไร เพื่อนำผลลัพธ์ที่ได้นำไปพัฒนาคู่มือแนวทางในการปฏิบัติการดูแลฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของโรงพยาบาลลำพูน ให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ช่วยลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่นข้อเข่าติด เป็นต้น และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้งานข้อเข่าได้ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

เพื่อศึกษาผลของจำนวนครั้งของโปรแกรมการออกกำลังกายภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าส่งผลต่อมุมในการเคลื่อนไหวของข้อเข่า และความสามารถในการเดินของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ณ โรงพยาบาลลำพูน

**วิธีการศึกษา**

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย Retrospective cohort design

ประชากร / กลุ่มตัวอย่างและขนาด

เก็บข้อมูลย้อนหลังในระหว่างเดือน มกราคม 2566 – ธันวาคม 2566 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลทางกายภาพบำบัดซึ่งอยู่ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับบริหารระบบงาน โรงพยาบาลลำพูน (Phramongkut Software, PMK) เกณฑ์ในการคัดเข้า_1) ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 – 75 ปี 2) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ(TKA) เป็นครั้งแรก 3) แพทย์ส่งทำกายภาพบำบัดภายใน 2 วันภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 4) ผู้ป่วยที่ได้รับการออกกำลังกายตามโปรแกรมภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจำนวน 1 ครั้ง หรือ 2 ครั้ง หรือ 3 ครั้ง หลังจากการได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 5) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์ในการคัดออก 1) ผู้ป่วยเคยได้รับผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งข้อ (TKA) มาก่อน 2) ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวได้แก่ โรคหัวใจ โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรค SLE และรวมถึงเคยได้รับอุบัติเหตุหรือได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะและไขสันหลัง ซึ่งอาจทำให้เป็นอุปสรรคในการทำกายภาพบำบัดได้ 3) ข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ระหว่างเดือน มกราคม 2566 – ธันวาคม 2566 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลทางกายภาพบำบัดซึ่งอยู่ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับบริหารระบบงานโรงพยาบาลลำพูน (Phramongkut Software, PMK) โดยแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ได้รับการออกกำลังกายจำนวน 1 ครั้ง กลุ่มที่ 2 ได้รับการออกกำลังกายจำนวน 2 ครั้ง และ กลุ่มที่ 3 ได้รับการออกกำลังกายจำนวน 3 ครั้ง บันทึกผลของการงอเข่า การเหยียดเข่า ความสามารถงอเข่าได้มากกว่าหรือเท่ากับ 90 องศา เหยียดเข่าได้เท่ากับ 0 องศา ทั้งก่อนและหลังการรักษา และความสามารถในการเดินของผู้ป่วย

โปรแกรมการออกกำลังกายภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า มีจำนวน 5ท่า[13] ฝึกสอนโดยนักกายภาพบำบัดพร้อมแจกเอกสารแผ่นพับ และ

วิดีโอตามQR Code ท่าบริหารภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ดังนี้

ท่าที่ 1 : นอนหงายใช้หมอนรองบริเวณข้อเท้าถึงน่อง กระดกข้อเท้าขึ้น - ลง นับเป็น 1 ครั้ง ทำ 30 ครั้ง

ท่าที่ 2 : นอนหงายค่อยๆเกร็งเข่าแล้วกดลงกับผ้าม้วน นับค้างไว้ 10 วินาทีทำซ้ำ 10 ครั้ง นับเป็น 1ชุด ทำ3 ชุด

ท่าที่ 3 : นอนหงาย เหยียดขาตรง ค่อยๆ เกร็งกล้ามเนื้อขา แล้วยกขาข้างที่ผ่าตัดขึ้นจากพื้นเท่าที่สามารถยกได้ นับค้างไว้ 10 วินาที ทำซ้ำ 10 ครั้ง นับเป็น 1 ชุด ทำ 3 ชุด

ท่าที่ 4 : นอนหงายลากเท้างอเข่าเข้าหาลำตัวให้ได้มากที่สุดจนรู้สึกตึงทำซ้ำ 10 ครั้ง นับเป็น 1ชุด ทำ3 ชุด

ท่าที่ 5 : นั่งเหยียดขาออกให้ตรงพร้อมทั้งกระดกข้อเท้าขึ้น เกร็งค้างไว้10 วินาที ทำซ้ำ10 ครั้ง นับเป็น1ชุดทำ 3 ชุด

การประเมินมุมการเคลื่อนไหวของเข่า นักกายภาพบำบัดวัดมุมในการเคลื่อนไหวข้อเข่าในทิศทางงอและเหยียดโดยใช้เครื่องวัดGoniometer โดยวัดในท่านอนหงาย ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการออกกำลังกายในแต่ละครั้ง และบันทึกผลลงใบแบบบันทึกการรักษาลงในแบบบันทึกการรักษาทางกายภาพบำบัด Physical Therapy Record (IPD) ผู้ป่วยระบบกระดูกและข้อ (หลังผ่าตัด) โรงพยาบาลลำพูน

การประเมินความสามารถในการเดิน นักกายภาพบำบัดเป็นผู้สอนเดินและประเมินโดยการสังเกต และบันทึกผลการเดิน ดังนี้

- เดินได้ดี หมายถึง เดินโดยใช้เครื่องช่วยเดินตามคำสั่งแพทย์ได้โดยอิสระ โดยนักกายภาพบำบัด
เฝ้าระวังในขณะผู้ป่วยเดิน ( Close guarding ) หรือเดินได้มากกว่าหรือเท่ากับ 15 เมตร

- เดินได้พอใช้ หมายถึง เดินได้โดยใช้เครื่องช่วยเดินตามคำสั่งแพทย์ได้แต่ยังต้องการความช่วยเหลือจากนักกายภาพบำบัดในระดับ moderate ถึง minimal หรือเดินได้มากกว่า 1 เมตร แต่น้อยกว่า 15 เมตร

- เดินได้ไม่ดี หมายถึง เดินโดยใช้เครื่องช่วยเดินตามคำสั่งแพทย์ได้ในระยะสั้นน้อยกว่า 1เมตร หรือนักกายภาพบำบัดต้องให้ความช่วยเหลือในระดับ maximum

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon เพื่อเปรียบเทียบการความแตกต่างของมุมการเคลื่อนไหวของข้อเข่าระหว่างก่อนและหลังการรักษาในแต่ละกลุ่ม ($p < 0.05$) ใช้สถิติ Kruskal-Wallis test with Post – hoc comparison (Dunn test) เพื่อดูความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ($p < 0.05$) ใช้สถิติ Chi-Square วิเคราะห์ความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อเข่าของแต่ละกลุ่ม ($p < 0.05$) และใช้สถิติพรรณนาในการวิเคราะห์ ความสามารถในการเดินของผู้ป่วยตามรูปแบบการลงน้ำหนักตามคำสั่งของแพทย์

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำพูน
เลขที่ 009/2567 อนุมัติวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2567

**ผลการวิจัย**

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เดือน มกราคม 2566 – ธันวาคม 2566 ณ โรงพยาบาลลำพูน มีจำนวนทั้งหมด 458 ราย โดยมีผู้ป่วยผ่านเกณฑ์การคัดเข้าของการศึกษาจำนวน 187 ราย (40.83%) และไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าจำนวน 271 ราย (59.17%) เนื่องจากอายุไม่เข้าเกณฑ์ จำนวน 99 ราย (36.53%) เคยผ่าตัดทำ TKA มาแล้วจำนวน 45 ราย (16.61%) มีโรคประจำตัวที่เป็นข้อห้ามจำนวน 22 ราย (8.12%) และข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์จำนวน 105 ราย (38.75%)

จากผู้ป่วยที่ผ่านเข้าร่วมการศึกษากลุ่มที่ 1 ออกกำลังกายภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

จำนวน 1ครั้ง จำนวน 44 ราย (23.53%) กลุ่มที่ 2 ออกกำลังกายภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จำนวน 2 ครั้ง จำนวน 111 ราย (59.36%) และกลุ่มที่ 3 ออกกำลังกายภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า 3 ครั้ง จำนวน 32 ราย (17.11%) ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูงระยะเวลาปวดเข่า ข้างที่ผ่าตัดทำ TKA โรคประจำตัว อาชีพ และระดับการศึกษา ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > 0.05$)

**มุมงอเข่า มุมเหยียดเข่า ก่อนและหลังการออกกำลังกายของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม** พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ออกกำลังกายภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าทุกกลุ่มมีการเพิ่มขึ้นของมุมงอเข่า มุมเหยียดเข่า และมีระดับอาการปวดลดลงภายหลังจากการรักษาทางกายภาพบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

**การเปลี่ยนแปลงของมุมงอเข่า มุมเหยียดเข่า หลังจากการออกกำลังกายระหว่างกลุ่ม** พบว่าผู้ป่วยที่ออกกำลังกายภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจำนวน 3 ครั้ง (กลุ่มที่ 3) และ 2 ครั้ง (กลุ่มที่ 2) มีการเปลี่ยนแปลงของมุมงอเข่ามากกว่าผู้ป่วยที่ออกกำลังกายภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจำนวน 1 ครั้ง (กลุ่มที่ 1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่ไม่พบความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงของมุมการงอเข่าระหว่างผู้ป่วยในกลุ่มที่ 2 และ 3 ( $p > 0.05$ ) ไม่พบความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงของมุมเหยียดเข่าระหว่างผู้ป่วยที่ออกกำลังกายภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจำนวน 1, 2 และ 3 ครั้ง ($p > 0.05$)

**ความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อเข่า (มุมการงอเข่า ≥ 90 องศา และมุมการเหยียดเข่า = 0 องศา)** พบว่าผู้ป่วยที่ออกกำลังกายภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าทั้ง 3 กลุ่มมีความสามารถงอเข่าได้มากกว่าหรือเท่ากับ 90 องศา และเหยียดเข่าได้เท่ากับ 0 องศา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

**ความสามารถในการเดินตามรูปแบบการลงน้ำหนักตามคำสั่งของแพทย์ และวันที่ผู้ป่วยเดินได้** พบว่า ความสามารถในการเดินผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม สามารถเดินได้ดีตามรูปแบบการลงน้ำหนักตามคำสั่งของแพทย์ ได้แก่ การเดินลงน้ำหนักเต็มที่ (Full weight bearing) หรือ การเดินลงน้ำหนักบางส่วน (Partial weight bearing) หรือ การเดินลงน้ำหนักเท่าที่ทนได้ (As tolerated) ได้ร้อยละ100 และผู้ป่วยทุกกลุ่มส่วนใหญ่สามารถเดินได้ตั้งแต่วันแรก

## สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาย้อนหลังผลของจำนวนครั้งของโปรแกรมการออกกำลังกายภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าซึ่งประกอบด้วยท่าออกกำลังกายจำนวน 5 ท่าของงานกายภาพบำบัดโรงพยาบาลลำพูน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของทั้งมุมงอเข่าและมุมเหยียดเข่าของทุกกลุ่มโดยเฉพาะมีการเปลี่ยนแปลงของมุมในการงอเข่าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายภายหลังผ่าตัดจำนวน 2 และ 3 ครั้ง ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการทำกายภาพบำบัดจำนวน 1 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับคู่มือการฟื้นฟูผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของวิชัย อึงพินิจพงศ์, กานดา ชัยภิญโญ, และสมรรถชัย จำนงกิจ [2] และการปฏิบัติตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของชินภัทร จิระวรพงศ์[8] ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่โรงพยาบาลลำพูนควรได้รับการทำกายภาพบำบัดโดยใช้โปรแกรมการออกกำลังกายภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมอย่างน้อย 2 ครั้ง และควรเริ่มบริหารออกกำลังกายตามโปรแกรมภายหลังจากผ่าตัด 1–2 วันทันที จึงจะสามารถทำให้มุมในการงอเข่าเพิ่มขึ้น ส่วนมุมเหยียดเข่าทั้ง 3 กลุ่มพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของมุมในการเหยียดเข่าเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) เนื่องจากระยะเวลาและจำนวนครั้งที่

ผู้ป่วยได้รับการออกกำลังกายตามโปรแกรมดังกล่าวในขณะนอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาไม่นานและจำนวนครั้งของการออกกำลังกายอาจจะยังไม่มากพอที่จะทำให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของผลการเหยียดเข่าที่ชัดเจนซึ่งสอดกับการศึกษาของนิลุบล ไชยโกมล[14] ส่วนความสามารถงอเข่าของผู้ป่วยสามารถงอเข่าได้มากกว่าหรือเท่ากับ 90 องศา และเหยียดเข่าได้เท่ากับ 0 องศา ทั้ง 3 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ( $p > 0.05$ ) เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาลซึ่งยังเป็นช่วงระยะแรก (Acute phase) ของการฟื้นฟูของข้อเข่า และระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายอาจจะยังไม่มากเพียงพอที่จะทำให้เห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนทุกราย (187ราย ) โดยเฉพาะมุมในการเหยียดเข่าที่ได้เท่ากับ 0 องศา มีจำนวน 142 ราย ร้อยละ75.94 ส่วนการงอเข่าได้มากกว่าหรือเท่ากับ 90 องศามีจำนวน 157 ราย ร้อยละ 83.96 ทั้งนี้พบว่ายังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นของทั้งมุมงอและมุมเหยียดเข่าแต่อาจจะต้องเพิ่มระยะเวลาและจำนวนครั้งของการได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายที่มากขึ้น ส่วนความสามารถในการเดินตามรูปแบบการลงน้ำหนักตามคำสั่งของแพทย์ ได้แก่ การเดินลงน้ำหนักเต็มที่ (Full weight bearing) หรือ การเดินลงน้ำหนักบางส่วน (Partial weight bearing) หรือ การเดินลงน้ำหนักเท่าที่ทนได้ (As tolerated) พบว่าผู้ป่วยทุกกลุ่มสามารถเดินได้ดีโดยใช้เครื่องช่วยเดิน (Walker) ตามคำสั่งแพทย์ได้โดยอิสระ โดยมีนักกายภาพบำบัดเฝ้าระวังในขณะผู้ป่วยเดิน (Close guarding) หรือผู้ป่วยสามารถเดินได้มากกว่าหรือเท่ากับ 15 เมตร ร้อยละ100

**ข้อเสนอแนะ**

1. ควรปรับแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลในการปฏิบัติงานให้ครบถ้วน สมบูรณ์และครอบคลุมมากขึ้น เช่น ข้อมูลการบันทึกผลลัพธ์ของการงอและเหยียดเข่า สรุปผลการเดิน เป็นต้น

2. ควรศึกษาระดับอาการปวดของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งก่อนและหลัง ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายจำนวน 5 ท่า

3. ควรศึกษาและติดตามผลการรักษาทางกายภาพบำบัดภายหลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น 1 เดือน หรือ 3 เดือน หรือ 6 เดือน เป็นต้น เพื่อนำผลลัพธ์ที่ได้นำมาพัฒนาโปรแกรมการรักษาให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบคุณนายแพทย์สุรชัย จิรประภากร หัวหน้ากลุ่มงานออรโธปิดิกส์ โรงพยาบาลลำพูน รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร อุทัยคุปต์ หัวหน้าภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลลำพูน ที่ให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

**เอกสารอ้างอิง**

1. สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย. (2553). แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม (Guideline for the Treatment of Osteoarthritis of Knee). https://thairheumatology.org/phocadownload/36/gf_003.pdf
2. วิชัย อึงพินิจพงศ์, กานดา ชัยภิญโญ และสมรรถชัย จำนงกิจ. (2558). คู่มือการฟื้นฟูผู้สูงอายุหลังการผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่า. สมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ. บริษัทสมานมิตรการพิมพ์ 2003 จำกัด. https://pt.or.th/PTCouncil/new_detail.php?id=684
3. นิลุบล ไชยโกมล. (2563). ผลของโปรแกรมบริหารกล้ามเนื้อและข้อเข่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 28(3), 384-396. https://he02.tcithaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/248516/169013

4. World Health Organization. Osteoarthritis [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 20]. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/osteoarthritis.
5. กิตติศักดิ์ คัมภีระ. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตนเองต่อความวิตกกังวล การปฏิบัติตัว และสัย การเคลื่อนไหวข้อเข่าของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร]. https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/1519/3/59060333.pdf
6. ประชาสัมพันธ์-สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) พรบ. หลักประกันสุขภาพ สิทธิบัตรทอง หน้าหลักข่าวประชาสัมพันธ์ เนื้อข่าว‘สิทธิบัตรทอง’ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าฟรี ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ‘ใช้ชีวิตปกติ-ประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม’ สืบค้นวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567. จาก https://www.nhso.go.th/news/3864
7. กฤษกมล สิทธิทูล. (2564). การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมด (Total Knee Arthroplasty: TKA/TKR). สมิติเวช. https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/tka-total-knee-Arthroplasty
8. ชินภัทร จิระวรพงศ์. (2554). การปฏิบัติตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังการผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าเทียม. เวชศาตร์ฟื้นฟูสาร, 21(3),99-102. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/aseanjrm/article/view/42265
9. กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลลำพูน. (2566). สถิติของกลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลลำพูน งบประมาณ 2564–2566.
10. งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลลำพูน. (2566). สรุปรายงานสถิติของงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลลำพูน งบประมาณ 2564–2566.
11. พัชริดา กุลครอง. (2564). การออกกำลังกายในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. ศูนย์กายภาพบำบัด คณะายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล. https://pt.mahidol.ac.th/knowledge/?p=2127
12. สักกาเดช ลิ้มมหาคุณ. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Knee Arthroplasty). ภาวิชาออร์โทปิดิกส์ คณะพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สืบค้นวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567 จาก https://www.med.cmu.ac.th/web/suandok/sick-clinic/knowledge-article-sick-clinic/2097/
13. งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลลำพูน. (2564). Clinical Practice Guideline of OA Knee of PT.Unit Lamphun Hospital.

# การส่งเสริมการรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแบบเร่งด่วนในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

# Promotion of Perception of warning signs and Health behaviors to prevent stroke with urgent hypertension patients in the context of a community hospital.

(Received: April 26,2024 ; Revised: April 28,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**ศิรินทรา ไชยมัชฌิม**[1]
**Sirintra Chaimutchim**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาและผลการส่งเสริมการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแบบเร่งด่วนในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีค่าความดันช่องหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) ≥ 180 มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดันช่องหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) ≥ 110 มิลลิเมตรปรอท และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ค่าจำนวน ร้อยละ พฤติกรรมสุขภาพใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรมด้วยสถิติ Paired sample t-test ดำเนินการในช่วงวันที่ 29 มกราคม - 23 เมษายน 2567

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูงตอบถูกต้องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40 เป็นร้อยละ 60 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับประทานยาความดันโลหิตสูง ($\bar{X}$=19.67, SD=2.139) การบริโภคอาหาร ($\bar{X}$=19.17, SD=3.770) การมีกิจกรรมทางกาย ($\bar{X}$=20.00, =SD 1.894) อยู่ในระดับมาก และการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา ($\bar{X}$=13.17, SD=1.533) อยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมระดับความดันโลหิตตัวบน มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 186 เป็น 135 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตตัวล่าง มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 115 เป็น 77 มิลลิเมตรปรอท และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ** การส่งเสริมการรับรู้, พฤติกรรมสุขภาพ, โรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแบบเร่งด่วน

**Abstract**

The purpose of this quasi experiment research was to study the development process and results of promoting awareness of warning symptoms of stroke and health behavior in patients with urgent hypertension in the context of a community hospital. The sample group was selected by purposive sampling, consisting of 30 patients with systolic blood pressure ≥ 180 mmHg or diastolic blood pressure ≥ 180 mmHg. blood pressure) ≥ 110 mmHg, with a history of receiving services at the Emergency Accident and Outpatient Department between 1 October 2023 - 31 December 2023, and have the qualifications according to the specified criteria. Data collection tools: Health behavior questionnaire. Data analysis General information using numbers and percentages. Health behavior using average values. standard deviation and compare before-after Participate in activities with Paired sample t-test statistics. During the period 29 January - 23 April 2024

The results of the study found that, after participating in the activity The sample group had a score of knowledge about stroke caused by high blood pressure. More than 80 percent of correct answers increased from 40 percent to 60 percent. Comparing the knowledge scores before and after participating in the activity, the differences were statistically significant at the .05 level. Self-care behavior, Taking Hypertension medication ($\bar{X}$=19.67, SD=2.139), food consumption ($\bar{X}$=19.17, SD=3.770), physical activity ($\bar{X}$=20.00, =SD 1.894), at a high level and

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาทม จังหวัดนครพนม

smoking/drinking alcohol ($\bar{x}$=13.17, SD=1.533), were at a moderate level. Compare before-after Participation in activities was significantly different at the .05 level. Clinical results, after participating in activities, systolic blood pressure levels The average value decreased from 186 to 135 mmHg. and lower blood pressure levels the average value decreased from 115 to 77 mmHg. and were significantly different at the .05 level.

**Keywords:** Promoting awareness, health behavior, stroke, patients with urgent hypertension

**บทนำ**

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ยังพบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย จากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2563 อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 328 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งมีแนวโน้มสูงมากขึ้นปัจจุบันอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง คือ 330.72 โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด คือ 222.19 โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออก คือ 88.38 ต่อประชากรแสนคนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อัตราการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดคือร้อยละ 7.36 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 10.92[1] จากข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีพ.ศ. 2563-2566 ร้อยละ 0.65, 0.69, 0.73 และ 0.77 ตามลำดับ และอัตราการป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 5.32, 5.03, 4.81 และ 4.60 ตามลำดับ สำหรับเขตสุขภาพที่ 8 อัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 0.37, 0.42, 0.65 และ 0.68 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและอัตราการป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 6.0, 5.92, 5.65 และ 5.33 ตามลำดับ สำหรับจังหวัดนครพนม พบอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 0.26, 0.29, 0.31 และ 0.32 ตามลำดับ และพบอัตราการป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 7.15, 7.02, 7.20 และ 7.62 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าสูงกว่าระดับเขตและประเทศ ส่วนอำเภอนาทมพบอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 0.35, 0.37, 0.38 และ 0.36 ตามลำดับ และพบอัตราการป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 4.13, 7.67, 3.54 และ 4.55 ตามลำดับ

ภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน (hypertensive urgency) เป็นภาวะความดันโลหิตสูงที่มากกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับมีอาการของภาวะความดันโลหิตสูง เช่น ปวดศีรษะรุนแรง หอบเหนื่อย ฯลฯ แต่ภาวะความดันโลหิตสูงนั้นยังไม่มีอันตรายเฉียบพลันต่ออวัยวะต่างๆ ของร่างกายโดยทั่วไปผู้ป่วยในกลุ่มนี้คือ ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายเฉียบพลันต่ออวัยวะต่างๆ ของร่างกาย หรือมีประวัติว่าเคยได้รับอันตรายต่ออวัยวะต่างๆ มาก่อนเช่น มีหลอดเลือดหัวใจตีบมาก่อน เคยมีน้ำท่วมปอดมาก่อน หลอดเลือดสมองตีบหรือแตก ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA) โรคไตวาย เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลรักษาใกล้ชิดมากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยที่ไม่มีอาการใดๆ[2] การลดความเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแบบเร่งด่วน ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง รวมถึงภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและจากประสบการณ์จริง พบว่าบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการควบคุมระดับความดันโลหิตเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชีวิต ได้แก่ งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ จำกัดโซเดียม รับประทานอาหารตามแนวทางหลักบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และการรักษาโดยการใช้ยาลดความดันโลหิต[3]จะส่งผลต่อการรักษามีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

จากการทวนข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในโรงพยาบาลนาทม ในปีพ.ศ. 2564-2566 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงการ

รักษาภายในเวลา 270 นาที หรือ 4 ชั่วโมงครึ่ง (Stroke Fast Tract) จำนวน 9, 17 และ 21 คน ตามลำดับ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาเกิน 270 นาที หรือ 4 ชั่วโมงครึ่ง (non Stroke fast tract) จำนวน 8, 19 และ 15 คน ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกินครึ่งหนึ่งยังเข้าถึงการรักษาไม่ทันภายใน 270 นาที ตามแนวทางการรักษาที่กำหนด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาด้วยอาการแขนขาอ่อนแรงมากที่สุด รองลงมาคือ ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด และปลุกไม่ตื่น สับสน และจากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาเกิน 270 นาที หรือ 4 ชั่วโมงครึ่ง (non Stroke fast tract) ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมากกว่าครึ่งหนึ่งรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง จากอุบัติการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงยังขาดการตระหนักรู้เกี่ยวกับอันตรายของโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นผู้วิจัยปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน จึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องการส่งเสริมการรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแบบเร่งด่วนในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่หน่วยงานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาการส่งเสริมการรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแบบเร่งด่วนในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

2. เพื่อศึกษาผลการส่งเสริมการรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแบบเร่งด่วนในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

**วิธีการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) โดยใช้แนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) และ 4) การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีค่าความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure) ≥ 180 มิลลิเมตรปรอท หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure) ≥ 110 มิลลิเมตรปรอท ที่มีประวัติการมาตรวจรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือแผนกผู้ป่วยนอก ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566

**กลุ่มตัวอย่าง** เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีค่าความดันช่องหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) ≥ 180 มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดันช่องหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) ≥ 110 มิลลิเมตรปรอท ที่มีประวัติการมาตรวจรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและผู้ป่วยนอก ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 30 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ **เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)** 1) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เคยมีค่าความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure) ≥ 180 มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure) ≥ 110 มิลลิเมตรปรอท 2) มีสติสัมปชัญญะ/อ่านออกเขียนได้/ช่วยเหลือตนเองได้ดี 3) ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในภาวะวิกฤตขณะเข้าร่วมกิจกรรม 4) สมัครใจยินยอมการร่วมการวิจัย **เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)** กลุ่มเป้าหมายที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในภาวะวิกฤต ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และ

ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอนของการวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา** มี 2 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา: แผนการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยได้จากการทบวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่า CVI =0.80

**ส่วนที่ 2** เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล: แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ: การรับประทานยาความดันโลหิตสูง การบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกายและการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา หาค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธ์อัลฟาของครอนบราค (Cronbach ' s alfa Coefficient) เท่ากับ 0.79

**ขั้นตอนการศึกษาวิจัย**

การวิจัยและการพัฒนาในครั้งนี้ ใช้แนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) และ 4) การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) โดยมีการดำเนินงานเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง**

- เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าสู่ระบบการรักษาแบบ Stroke Fast Tract & non Stroke Fast Tract
- นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง
- ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแบบเร่งด่วนที่มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและผู้ป่วยนอกมาทบทวนประวัติการรักษา
- ออกแบบกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแบบเร่งด่วน

**ขั้นที่ 2 การส่งเสริมการเรียนรู้โรคหลอดเลือดสมอง**

กิจกรรมที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) (10 นาที) ได้แก่ เรียนรู้ตนเองจากแบบประเมินพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ สรุปประเด็นปัญหาที่พบจากแบบ ประเมินปัจจัยเสี่ยง เรียงลำดับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขมากที่สุด ตั้งเป้าหมายที่อยากให้เกิดขึ้นภายใน 1-3 เดือน

กิจกรรมที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) (20 นาที) ได้แก่ เรียนรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อย เรียนรู้ภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในการใช้ชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) (15 นาที) ได้แก่ เรียนรู้หลักการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด เรียนรู้การใช้ยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และเรียนรู้การลดปริมาณโซเดียมในอาหาร

กิจกรรมที่ 4 การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) (10 นาที) ได้แก่ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ และ นัดติดตามอาการเมื่อครบ 1 เดือน

**ขั้นที่ 3 การประเมินผล**

- ระดับความดันโลหิต ก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรม เมื่อครบ 1 เดือน
- ประเมินพฤติกรรม การรับประทานยาความโลหิตสูง การบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกายและการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมเมื่อครบ 1 เดือน

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้

ค่าจำนวน ร้อยละ 2) ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานยาความดันโลหิตสูง การบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกายและการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา ใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3) ระดับความดันโลหิตเปรียบเทียบ ก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรมด้วยสถิติ Paired sample t-test

**จริยธรรมในการวิจัย**

ผู้วิจัยได้นำเสนอค้าโครงการวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โครงการเลขที่ REC 009/67 ได้รับอนุมัติในวันที่ 29 มกราคม 2567 จึงได้ดำเนินการศึกษาต่อไป

**ผลการวิจัย**

**1 ผลการส่งเสริมการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแบบเร่งด่วนในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน**

**1. ข้อมูลทั่วไป** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 21 คน ร้อยละ 70 เพศชาย จำนวน 9 คน ร้อยละ 30 อายุอยู่ในช่วง 50-59, 60-69 ปี มากที่สุด จำนวน 11 ร้อยละ 36.7 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม การศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด จำนวน 26 คน ร้อยละ 86.7 อาชีพเกษตร มากที่สุด จำนวน 21 คน ร้อยละ 70 มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง มากที่สุด จำนวน 20 คน ร้อยละ 66.7

**2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง เป็นดังนี้**

**2.1 คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง**หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่าง ตอบถูกต้องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 เพิ่มขึ้นจาก 6 ข้อ เป็น 9 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 60 ของจำนวนข้อคำถามทั้งหมด และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง ก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=30)

| ตัวแปร | $\bar{x}$ | SD | 95% CI | | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Lower | Upper | | |
| ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง | -3.900 | 1.155 | -4.331 | -3.469 | -18.491 | .000* |

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05*

**3. ด้านพฤติกรรมสุขภาพ**

**3.1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง** ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับประทานยาความดันโลหิตสูง ($\bar{x}$=16.07, SD=2.504) การบริโภคอาหาร ($\bar{x}$=15.63, SD=2.008) การมีกิจกรรมทางกาย ($\bar{x}$=15.90, SD 1.689) อยู่ในระดับปานกลาง และการสูบบุหรี่/ดื่มสุราอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}$=9.70, SD=2.628) หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับประทานยาความดันโลหิตสูง ($\bar{x}$=19.67, SD=2.139) การบริโภคอาหาร ($\bar{x}$=19.17, SD=3.770) การมีกิจกรรมทางกาย ($\bar{x}$=20.00, =SD 1.894) อยู่ในระดับมาก และการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา ($\bar{x}$=13.17, SD=1.533) อยู่ในระดับปานกลาง

**3.2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง** ก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=30)

| ตัวแปร | $\bar{x}$ | SD | 95% CI | | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Lower | Upper | | |
| การรับประทานยาความดันโลหิตสูง | 3.600 | 1.868 | 4.298 | 2.902 | 10.555 | .000* |
| การบริโภคอาหาร | 3.533 | 4.015 | 5.033 | 2.034 | 4.820 | .000* |
| การมีกิจกรรมทางกาย | 4.100 | 1.807 | 4.775 | 3.425 | 12.427 | .000* |
| การสูบบุหรี่/ดื่มสุรา | 3.467 | 3.082 | 4.618 | 2.316 | 6.161 | .000* |

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05*

**4. ระดับความดันโลหิต**

**4.1ระดับความดันโลหิตเฉลี่ย** พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure: SBP) มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 186 เป็น 135 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure: DBP) มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 115 เป็น 77 มิลลิเมตรปรอท

**4.2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต** ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 3

**ตารางที่** 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

| ตัวแปร | $\bar{x}$ | SD | 95% CI | | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Lower | Upper | | |
| ค่าความดันโลหิตตัวบน (SBP) | 51.367 | 9.821 | 47.700 | 55.034 | 28.648 | .000* |
| ความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) | 38.267 | 11.623 | 33.926 | 42.607 | 18.032 | .000* |

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05*

**สรุปและอภิปรายผล**

**1. กระบวนการส่งเสริมการรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแบบเร่งด่วนในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน** ดำเนินการตามแนวคิดวิจัยและพัฒนา 3 วงรอบ ได้แก่ วงรอบที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง วงรอบที่ 2 การส่งเสริมการเรียนรู้โรคหลอดเลือดสมอง วงรอบที่ 3 การประเมินผล สอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช ภิญโยและคณะ[4]การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใช้กรอบแนวคิดขององค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ผู้ให้ข้อมูลระยะวิเคราะห์สถานการณ์ จำนวน 91 คน และระยะพัฒนาการ จำนวน 60 คน เครื่องมือ ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก 2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและแบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วย 3) ประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม และ 5) แนวทางการติดตามเยี่ยมบ้าน ผลการวิจัยระยะวิเคราะห์สถานการณ์พบว่าผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพน้อย ผู้ดูแลและ อสม. ขาดความรู้ ทักษะและความมั่นใจในการดูแล เทศบาลและผู้นำ ชุมชน ขาดการรับรู้สถานการณ์ปัญหา และหน่วยงานบริการสุขภาพไม่มีแนวทางในการดูแลที่บ้าน การพัฒนาการดูแลโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนของภาคีหุ้นส่วนในชุมชน ซึ่งมีลักษณะการมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือในแต่ละขั้นตอนของการพัฒนาการดูแลจะขึ้นอยู่ตำแหน่ง

หรือบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

**2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง** หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่าง ตอบถูกต้องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 เพิ่มขึ้นจาก 6 ข้อ เป็น 9 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 60 ของจำนวนข้อคำถามทั้งหมด เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากโรคความดันโลหิตสูง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะนุช จิตตนูนท์และคณะ[4]ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาตำบลห้วยนาง จังหวัดตรัง. กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 202 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ผลการศึกษา: พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้โรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ (M=8.80, SD=2.63) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของกัญญาวีญ์ ต้นสวรรค์และอุษนีย์ รามฤทธิ์[5] ศึกษาการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูง. ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ตอบถูกร้อยละ 90 ขึ้นไป

**3. ด้านพฤติกรรมสุขภาพ** หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับประทานยาความดันโลหิตสูง ($\bar{X}$=19.67, SD=2.139) การบริโภคอาหาร ($\bar{X}$=19.17, SD=3.770) การมีกิจกรรมทางกาย ($\bar{X}$=20.00, =SD 1.894) อยู่ในระดับมาก และการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา ($\bar{X}$=13.17, SD=1.533) อยู่ในระดับปานกลาง เปรียบเทียบก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะนุช จิตตนูนท์และคณะ[4] ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาตำบลห้วยนาง จังหวัดตรัง. ผลการศึกษา: พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม (M=3.93, SD=0.37) และด้านการดื่มสุรา (M=4.85, SD=0.49) ด้านการสูบบุหรี่ (M=4.69, SD=0.76) ด้านการรับประทานอาหาร (M=3.89, SD=0.42) อยู่ในระดับสูง ในขณะที่ด้านการจัดการความเครียด (M=3.56, SD=0.83) และด้านการออกกำลังกาย (M=3.04, SD=0.92) อยู่ในระดับ ปานกลาง

**4. ระดับความดันโลหิตเฉลี่ย** พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure: SBP) มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 186 เป็น 135 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure: DBP) มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 115 เป็น 77 มิลลิเมตรปรอท และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับกัญญาวีญ์ ต้นสวรรค์และอุษนีย์ รามฤทธิ์[5] ศึกษา “การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูง” กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตตัวบน ≥ 180 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตตัวล่าง ≥ 110 มิลลิเมตรปรอท มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและ/หรือผู้ป่วยนอก จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรม ผลการวัดความดันโลหิตที่บ้านด้วยตนเอง 7 วัน ระดับความดันโลหิตตัวบน มีค่าเฉลี่ย (Mean)=142 และระดับความดันโลหิตตัวล่าง มีค่าเฉลี่ย (Mean) = 85

กระบวนการส่งเสริมการรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแบบเร่งด่วนในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ในครั้งนี้เป็นการส่งเสริมกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองให้มีความรู้เพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ เฝ้าระวังตนเองได้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ เพราะบุคคลจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และรับรู้

ปัจจัยเสี่ยงของตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมต่อไป

**ข้อเสนอแนะ**

**1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย**

1) กระบวนการส่งเสริมการรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแบบเร่งด่วน จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ สามารถจัดการตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

2) หน่วยงานมีการพัฒนารูปแบบบริการด้านสุขภาพให้เหมาะสมตามบริบทของกลุ่มโรค จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

**2. ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป**

1) ควรทำการวิจัยต่อยอดเพื่อการติดตามผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแบบเร่งด่วน แบบระยะยาว เช่น ติดตามเมื่อครบ 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อเป็นการเฝ้าระวังป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต

2) ในการทำการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปี ข้างหน้า เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับการเกิดโรค

**กิตติกรรมประกาศ**

การวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้ ประสบผลสำเร็จผ่านไปด้วยดี ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ และขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ จังหวัดนครพนม ซึ่งสละเวลาและให้ข้อแนะนำในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2564). สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย 37 (4); 54-60
2. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562. บริษัทศรีเมืองการพิมพ์จำกัด: นนทบุรี.
3. ณฐกร นิลเนตร. (2562). ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลทหารบก , 20 (2); 51-57.
4.ปิยะนุช จิตตนูนท์, อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร์, พิมพิศา ศักดิ์สองเมือง, วิชัย อารับ, สุวนิตย์ วงศ์ยงค์ศิลป์,และญนัท วอลเตอร์. (2564). ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาตำบลห้วยนาง จังหวัดตรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 41(2); 13-25.
5. กัญญาวีญ์ ต้นสวรรค์ และ อุษนีย์ รามฤทธิ์. (2566). การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 8(1); 143-152.

# การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่คลินิกหู คอ จมูก โรงพยาบาลกุมภวาปี

# Development of an individual counseling model for new cancer patients at the Ear, Nose and Throat Clinic, Kumphawapi Hospital

(Received: April 26,2024 ; Revised: April 28,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**ลัดดาวัลย์ สุทวา**[1]
**Laddawan Sutawa**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการณ์ (Action Research ) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ คลินิกหู คอ จมูก ระหว่างเดือน เมษายน 2566 ถึงเดือน กรกฎาคม 2566 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งหู คอ จมูกรายใหม่หลังรับทราบผลตรวจชิ้นเนื้อทุกคน เลือกแบบเจาะจง และพยาบาลวิชาชีพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ร่วมกับสื่อวีดีทัศน์และแผ่นพับ เรื่องการวินิจฉัยด้วยการตรวจ Fine Needle Aspiration (FNA) 2) แบบประเมินความวิตกกังวล (Thai HADS) 3) แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้รูปแบบฯ ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และPaired sample T-Test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า 1) รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ คลินิกหู คอ จมูก ประกอบด้วยวิดีโอ และแผ่นภาพอินโฟกราฟฟิกให้ความรู้ และการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เริ่มจากขั้นตอนการเตรียมความพร้อมขณะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อด้วยวิธีสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ภายหลังมารับฟังผลการตรวจการจะใช้เทคนิคการทำให้กระจ่าง ผู้ให้คำปรึกษาในช่วงเวลาการบำบัดโดยใช้เทคนิคในการค้นหาข้อมูล การวิเคราะห์ การสื่อสาร การแก้ไขปัญหา การวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจและการใช้ความสัมพันธ์ในการรักษา 2) หลังใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่มีความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และ 3) ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

**คำสำคัญ:** การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่

**Abstract**

This research is an action research with the objective of developing and studying the results of an individual counseling model in new cancer patients at the Ear, Nose and Throat Clinic between April 2023 and July 2023. The sample group were all new patients with ear, nose, and throat cancer after being informed of the biopsy results. Choose specifically and professional nurses The research tools include: 1) Individual counseling format for new cancer patients combined with video media and brochures. Regarding diagnosis with Fine Needle Aspiration (FNA) examination 2) Anxiety assessment form (Thai HADS) 3) Questionnaire on satisfaction with using the form. of new cancer patients Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Paired sample T-Test. Statistical significance was set at 0.05.

The results of the research found that 1) Individual counseling formats for new cancer patients at the Ear, Nose and Throat Clinic include videos. and informational infographic sheets and individual counseling based on the concept of interpersonal relationships. It begins with the preparation process while waiting to hear the results of the biopsy using a method for building interpersonal relationships. After hearing the results of the inspection, clarification techniques will be used. Counselors during therapy sessions use techniques of information seeking, analysis, communication, and problem solving. Analysis for decision making and use of relationship in treatment 2) After using the model New cancer patients have less anxiety than before using the model. Statistically significant ($p<0.001$) and 3) new cancer patients are satisfied with using the model. Overall, it is at a high level. Statistically significant ($p<0.001$)

**Keywords:** individual counseling model for new cancer patients

---

[1] โรงพยาบาลกุมภวาปี

**บทนำ**

โรคมะเร็งศีรษะและคอ เป็นกลุ่มเซลล์มะเร็งที่เกิดบริเวณภายในช่องปาก เป็นอวัยวะที่บอบบางไวต่อการเกิดระคายเคืองจากสารเคมีหรือยาต่าง ๆ[1] จากการประมาณการของสมาคมโรคมะเร็งแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2561 พบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอรายใหม่ ร้อยละ 5.74, 5.88 และ 5.94 ตามลำดับ[2] และในประเทศไทยจากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2560 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอรายใหม่ ร้อยละ 13.55, 13.71 และ 15.47 ตามลำดับ[3]

จากสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งหู คอจมูกที่เข้ารับการรักษาในคลินิกหูคอจมูกโรงพยาบาลกุมภวาปี พบว่าใน ปี พ.ศ. 2563, 2564 และปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 118, 142 และ 155 ราย ตามลำดับ มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นทุกปีและยังพบอีกว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งหู คอ จมูกรายใหม่ใน ปี พ.ศ. 2563, 2564 และ 2565 มีจำนวน 76, 81 และ 93 ราย ตามลำดับ[4] ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องต่อมน้ำเหลืองที่คอโตมากที่สุดโดยเฉพาะกลุ่มที่โตโดยไม่ทราบสาเหตุ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาเพื่อการวินิจฉัยด้วยการตรวจ Fine Needle Aspiration (FNA) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อรับทราบผลการตรวจร่างกายและแผนการรักษาของแพทย์มักคิดคาดการณ์ไปหลายอย่าง คิดว่าเป็นมะเร็ง กลัวที่จะรับทราบผลการตรวจชิ้นเนื้อ ทำให้เกิดความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเกิดขึ้นทั้งในระยะที่รับทราบผลตรวจร่างกายว่าผิดปกติ ระยะที่รับทราบแผนการรักษาของแพทย์ ระยะรอทำหัตถการ และระยะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติของสุขภาพ เป็นความรู้สึกเชิงจิตวิสัยอย่างหนึ่งของความไม่สบายใจ และความหวาดหวั่น เกี่ยวกับการคุกคามบางอย่างที่จะมาถึงซึ่งไม่ทราบว่าเป็นอะไร การให้คำปรึกษาเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพในการช่วยเหลือผู้ใช้บริการที่มีความวิตกกังวล ซึ่งการให้คำปรึกษาแบบผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง[5] เ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดการเรียนรู้เข้าใจตนเองและเข้าใจปัญหา มีทักษะในการแก้ไขปัญหาสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมในการปฏิบัติตนและดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์น่าจะช่วยให้ผู้ป่วยที่ตรวจพบความผิดปกติของเซลล์ลดความวิตกกังวลในการเข้ารับการรักษา

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานคลินิกหู คอ จมูก จึงมีสนใจที่จะการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็ง คลินิกหู คอ จมูก ที่เพื่อเสริมสร้างความสุขให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถกลับไปใช้ชีวิตครอบครัวและในสังคมได้อย่างมีปกติสุข

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ คลินิกหู คอ จมูก
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ คลินิกหู คอ จมูก

**วิธีการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการณ์ (Action Research) โดยใช้แนวคิดในกระบวนการวิจัยและพัฒนาของ สมบัติ ท้ายเรือคำ (2557)[6] มาประยุกต์ใช้เป็นในการพัฒนารูปแบบ ร่วมกับประยุกต์ใช้แนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เริ่มจากขั้นตอนการเตรียมความพร้อมขณะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อด้วยวิธีสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลภายหลังมารับฟังผลการตรวจการจะใช้เทคนิคการทำให้กระจ่าง ผู้ให้คำปรึกษาในช่วงเวลาการบำบัดโดยใช้เทคนิคในการค้นหาข้อมูล

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** : แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่รับการรักษาที่คลินิกหู คอ จมูก โรงพยาบาลกุมภวาปี ระหว่างเดือน2566ถึงเดือนกรกฎาคม 2566 และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่คลินิกหู คอจมูก โรงพยาบาลกุมภวาปี

**กลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่รับการรักษาที่คลินิกหู คอ จมูก โรงพยาบาลกุมภวาปี ทุกราย ระหว่างเดือน2566 ถึงเดือน กรกฎาคม 2566

จำนวน 10 ราย เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยโรคมะเร็งหู คอ จมูก ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก หลังรับฟังผลชิ้นเนื้อ 2) อายุ 33-60 ปี 3) สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีอ่านเขียนและฟังภาษาไทยได้ดี 4) มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยอย่างต่อเนื่อง และพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานที่คลินิกหู คอ จมูก โรงพยาบาลกุมภวาปี ระหว่างเดือน2566 ถึงเดือน กรกฎาคม 2566 จำนวน 3 ราย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

**1. แบบสอบถามส่วนของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่** ประกอบ ด้วย 3 ตอน คือ

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ระยะเวลาเป็นก้อน ประสบการณ์การผ่าตัดและการได้รับข้อมูล ข้อมูลด้านสุขภาพจากแฟ้มทะเบียน

1.2 แบบประเมินความวิตกกังวล นำมาจากแบบสอบถามความวิตกกังวลและซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS) ของ Zigmond & Snaith ฉบับแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย (Thai HADS) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 14 ข้อ แบ่งเป็นแบบประเมินกังวล 7 ข้อ คือ ข้อที่เป็นเลขคี่ (ได้แก่ข้อที่ 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) และแบบประเมินอาการซึมเศร้า 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด แบบสอบถามแต่ละข้อมีคะแนน 0-3 คะแนน คะแนนส่วนวิตกกังวลตั้งแต่ 0-21 คะแนน การแปลผลโดยแบ่งระดับคะแนนดังนี้ 0-7 คะแนน คือ ผู้ป่วยมีวิตกกังวลปกติ 8-10 คะแนน คือ ผู้ป่วยมีวิตกกังวลปานกลาง 11-21 คะแนน คือ ผู้ป่วยมีวิตกกังวลมาก

1.3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ เป็นแบบสอบถามแบบเลือกต่อ 5 ระดับ มีแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยค่าความพึงพอใจ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ระดับพอใจมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง ระดับพอใจ

คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง ระดับพอใจน้อย จนเกือบจะไม่พอใจ

คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง ระดับไม่พอใจ

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง ระดับไม่พอใจมาก

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่

2.1 รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ คลินิกหู คอ จมูก

2.2 สื่อวีดีทัศน์ (video media) เรื่อง ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนตรวจ Fine Needle Aspiration (FNA) ที่ผลิตขึ้น โดยผู้วิจัยผ่านการตรวจสอบความตรง และถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีการปรับปรุงแก้ไขจนผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่ารูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสม ครอบคลุม

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** หาความตรงของเนื้อหาที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จากนั้นนำมาคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแบบสอบถามความวิตกกังวล CVI=0.91 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ CVI=0.96 จากนั้นนำแบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85, และ 0.86 ตามลำดับ

**วิธีดำเนินการวิจัย**

1. การวิเคราะห์สภาพและประเมินความต้องการ ( Analysis and need assessment) ประชุมปรึกษาหารือ และสนทนากลุ่มร่วมกับพยาบาลพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่คลินิกหู คอ จมูก โรงพยาบาลกุมภวาปี โดยมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติในปัจจุบันจากมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน และสำรวจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในการรับบริการให้คำปรึกษาจากพยาบาล นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ปัญหาแต่ละด้านในแต่ละมิติ และสรุปปัญหาที่สำคัญที่ต้องได้รับการพัฒนา

2. การออกแบบและพัฒนารูปแบบ (Design and development) นำผลการศึกษาจากขั้นตอนที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาใช้ในการ

กำหนดการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ คลินิกหู คอ จมูก โดยมีขั้นตอนการให้คำปรึกษา 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมให้คำปรึกษา เป็นการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความอบอุ่น และไว้วางใจกัน ผู้ให้คำปรึกษาใช้ทักษะของการฟัง และการยอมรับ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายและผ่อนคลาย

2. ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่นำเทคนิคต่าง ๆ ที่ใช้ในการให้คำปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจตนเองรู้ศักยภาพของตนเอง สามารถจัดการกับปัญหาและความวิตกกังวลที่กำลังเผชิญอย่างมีคุณค่าและเหมาะสมกับตนเอง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

2.1 ขั้นตระหนักรู้

2.2 ขั้นปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เป็นบวก เป็นขั้นตอนที่ทำให้สามารถยอมรับและเข้าใจสภาวะที่เกิดขึ้นกับตนเองให้เป็นทางบวก

2.3 ขั้นแสวงหาความหมายในชีวิต ขั้นนี้เป็นขั้นที่ค้นหาสิ่งที่มีคุณค่าในตนเอง เพื่อเป็นเป้าหมายในการดำรงชีวิต

2.4 ขั้นกล้าเผชิญกับความวิตกกังวล เป็นขั้นที่ยอมรับความวิตกกังวล และพร้อมที่จะเผชิญกับความวิตกกังวล

2.5 ขั้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีความหมาย เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจและรับรู้สภาวะความจริงที่เกิดขึ้นกับตนเอง

3. ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ผู้ให้คำปรึกษา ให้ผู้รับคำปรึกษาสรุปสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษา และการนำไปปฏิบัติ และผู้ให้คำปรึกษาจะสรุปเพิ่มเติม และเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้ซักถามเพิ่มเติม หลังจากนั้นผู้ให้คำปรึกษานัดหมายการให้คำปรึกษาครั้งต่อไปหรือบอกยุติการให้คำปรึกษา

3. ขั้นทดลองใช้ในสถานการณ์จริง (Implementation) นำรูปแบบรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ คลินิกหู คอ จมูก ที่พัฒนาจากขั้นตอนที่ 3 ไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ และพยาบาลวิชาชีพในการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ คลินิกหู คอ จมูก

4. ขั้นประเมินผลรูปแบบ (Evaluation) ประเมินผลการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ คลินิกหู คอ จมูก โดยประเมินความวิตกกังวลก่อนใช้บริการรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ และประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่หลังจากใช้บริการแล้วในสัปดาห์ 2 และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ และพยาบาลวิชาชีพหลังจากใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ คลินิกหู คอ จมูก สำหรับผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่โดยส่งแบบสอบถาม ใช้เวลาทำแบบสอบถามประมาณ 10 นาที

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความมั่นใจ และความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ คลินิกหู คอ จมูก สำหรับผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ใช้สถิติ Paired t-test

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากโรงพยาบาลกุมภวาปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ KPEC 15/2566

**ผลการศึกษา**

**1. ผลการวิเคราะห์สภาพและประเมินความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่** พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มารับการรักษาที่คลินิกหู คอ จมูก โรงพยาบาลกุมภวาปี ระหว่างเดือน เมษายน2566 ถึงเดือน กรกฎาคม 2566 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาคลินิกหู คอ จมูก โรงพยาบาลกุมภวาปี ปี พ.ศ. 2563, 2564 และ ปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 118, 142 และ 155 ราย ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีและยังพบอีกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งหู คอ จมูกรายใหม่ใน ปี พ.ศ.

2563, 2564 และปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 76, 81 และ 93 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่มาด้วยเรื่องก้อนที่คอโต พบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องต่อมน้ำเหลืองที่คอโตมากที่สุดโดยเฉพาะกลุ่มที่โตโดยไม่ทราบสาเหตุ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาเพื่อการวินิจฉัยด้วยการผ่าตัด Fine Needle Aspiration (FNA) ในฐานะพยาบาลที่ให้บริการการพยาบาลงานผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อรับทราบผลการตรวจร่างกายและแผนการรักษาของแพทย์มักคิดคาดการณ์ไปหลายอย่าง คิดว่าเป็นมะเร็ง กลัวที่จะรับทราบผลการตรวจชิ้นเนื้อ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งความวิตกกังวลเกิดขึ้นทั้งในระยะที่รับทราบผลตรวจร่างกายว่าผิดปกติ ระยะที่รับทราบแผนการรักษาของแพทย์ ระยะรอทำหัตถการและระยะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ ผู้ป่วยมักมีความอึดอัดใจในการดำเนินชีวิต ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ความวิตกกังวลมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติของสุขภาพ และเมื่อทราบผลการตรวจ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไม่แน่นอน (uncertainty) ในความเจ็บป่วยหรือในสถานการณ์

**2. ผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ คลินิกหู คอ จมูก**

**ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่** ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ศึกษา 10 ราย คนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 43.8 ปี สถานะสมรสคู่ ส่วนใหญ่จบการศึกษามัธยม/อนุปริญญา และยังประกอบอาชีพ มีโรคประจำตัว ร้อยละ 40 ระยะเวลามีก้อน < 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 ไม่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัด ร้อยละ 30 และได้รับข้อมูลเรื่องการผ่าตัดร้อยละ 70 ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนโดยสื่อวีดีทัศน์ จำนวน 10 คน

ค่าเฉลี่ย ความวิตกกังวลการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลร่วมกับใช้สื่อวีดีทัศน์ มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลลดลงกว่าก่อนหลังการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มก่อนการให้คำปรึกษาของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล และความพึงพอใจ เปรียบเทียบก่อน-หลังการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ (Paired sample T test) (n=10)

| หัวข้อ | ก่อนการให้คำปรึกษา $\bar{x}$ (SD) | หลังการให้คำปรึกษา $\bar{x}$ (SD) | p-value |
|---|---|---|---|
| **ความวิตกกังวล** | 7.9 (1.9) | 4.50 (1.0) | < 0.001 |
| **ความพึงพอใจ** | 31.5 (3.1) | 35.4 (0.9) | < 0.001 |

**สรุปและอภิปรายผล**

สำหรับกระบวนการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดรูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่แตกต่างไปจากเดิมที่เคยปฏิบัติในหน่วยงาน ซึ่งมีรูปแบบการให้คำแนะนำที่แตกต่างกันตามผู้ปฏิบัติงาน ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองโดยกระบวนการให้ความรู้เป็นรายบุคคลโดยแจกเอกสารแผ่นพับ อธิบายตามแผ่นพับและรายกลุ่มย่อยโดยสื่อวีดีทัศน์ เหตุผลที่ผู้วิจัยเลือกนำมาใช้เป็นสื่อการสอนที่จะนำความรู้ไปยังผู้ป่วยเนื่องจากสื่อวีดีทัศน์เป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพสูงผ่านการรับรู้ทางประสาทสัมผัสทางตาและหู จึงเป็นการจัดให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ที่ใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด สามารถแสดงให้เห็นขั้นตอนต่างๆ อย่างละเอียด สามารถฉายแสงได้หลายครั้งเมื่อผู้เรียนไม่เข้าใจหรือเพื่อทบทวนทั้งยังช่วยให้ผู้เรียนได้รับเนื้อหาครบถ้วนคงที่[7] ซึ่งจะส่งผลให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้นในการเตรียมความพร้อมการรักษาที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย[8] เนื่องมาจากโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้ดำเนินการสร้างอย่างถูกต้องตามเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างความสุขในผู้ป่วยมะเร็งหู คอ จมูก และยังนำแนวคิด ทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการให้การปรึกษาแต่ละครั้ง โดยเริ่มจากการปฐมนิเทศเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ช่วยให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้ให้

การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา สร้างความรู้สึกผ่อนคลายเกิดบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นมิตรโดยใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษากล้าเปิดเผยเรื่องราว ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้รับการปรึกษา จากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางนั้นเป็นการเพิ่มพลังอำนาจช่วยให้รับรู้และประเมินปัญหาได้ตรงกับความจริง สามารถวางแผนจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ลดภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย ให้ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยใช้ทักษะการตั้งคำถาม การฟัง การสะท้อนความรู้สึก การสรุปความและการทำให้เกิดความกระจ่าง เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาปรับตัวเองจากการผูกติดอยู่กับอดีต หรือการวิตกกังวลต่ออนาคต ให้เข้าเริ่มรับรู้การรู้สึก และการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในสรีระและพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งให้ริเริ่มสำรวจทำความรู้จักกับความรู้สึก อารมณ์ ความคิดที่เกิดขึ้นในขณะนั้น การกระตุ้นให้เกิดการตระหนักรู้บ่อย ๆ ผู้รับการปรึกษาก็จะมีความชำนาญในการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของตนเองทั้งภายใน และภายนอกนำไปสู่การเข้าใจ และหาวิธีการในการควบคุมตัวเอง จัดระบบชีวิตของตัวเองให้สมดุล และมีความรับผิดชอบ[9]

ต่อมาเป็นใช้เทคนิคการอยู่กับความรู้สึก จากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตอลท์ การให้อยู่กับความรู้สึกทำให้ผู้รับการปรึกษาได้คิดด้วยตนเองถึงการกระทำ ความคิด อารมณ์และความรู้สึกของตนในขณะนั้น[9] ซึ่งจะช่วยปรับเปลี่ยนความรู้สึกที่ทำให้เกิดความกลัวและกังวล เทคนิคการโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล จากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ได้มีส่วนช่วยให้ผู้รับการปรึกษาปรับเปลี่ยนความคิดความรู้สึกกลัว กังวล อย่างมีเหตุผล[10] ร่วมกับกระบวนการในการการเสริมสร้างความสุขทางใจ การลดภาวะซึมเศร้า โดยใช้เทคนิคการโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล จากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งวิธีดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วย สามารถปรับเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกซึมเศร้าให้มีความเชื่อที่เหมาะสม มีความรู้สึกมีคุณค่าของตน โดยเน้นการสร้างความหมายให้ชีวิต ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคการสนทนาแบบโสเครติส จากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบภวนิยม อาจมีส่วนช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาค้นพบแนวทางที่มีเป้าหมายและมีคุณค่าสำหรับตนเองและมีความเชื่อมั่นในการตัดสินใจ และมุ่งมั่นที่จะนำตนเองสู่จุดมุ่งหมายที่เลือกตลอดจนรับผิดชอบในแนวทางที่ตนเองเลือก นับว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข ถึงแม้ต้องมาเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งการสร้างความหมายให้ชีวิตจึงนับว่าเป็นสิ่งสำคัญ เห็นได้ว่าทัศนคติในการค้นหาความหมายนี้เป็นแรงจูงใจให้บุคคลเผชิญกับปัญหาโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคง่าย ๆ เนื่องจากบุคคลจะเห็นคุณค่าในการกระทำของตนเอง และรับรู้ว่าอุปสรรคนั้นเป็นสิ่งที่มีคุณค่าที่พร้อมจะเผชิญ[11]

นอกจากนี้ยังมีการเสริมสร้างความสุขทางด้านครอบครัวและสังคม ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคเส้นลวดประสบการณ์ ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้มีโอกาสย้อนกลับไปดูเรื่องราวประสบการณ์ชีวิตและอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในครอบครัวและบุคคลรอบข้าง ให้เกิดการตระหนักรู้อารมณ์ ความรู้สึก ผู้ให้การปรึกษานำข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับเหตุการณ์ของแต่ละช่วงชีวิต อารมณ์ความรู้สึก ความต้องการ ปัญหาอุปสรรคในชีวิตและบุคคลที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นข้อมูลในการให้การปรึกษา และใช้เทคนิคการปั้น เพื่อให้ได้ข้อมูลถึงสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัวเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด ห่างเหินที่แต่ละคนมีต่อกัน และใช้เทคนิคท่าทีการสื่อสาร เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษา ตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกครอบครัว และปรับเปลี่ยนตนเองให้มีความสุขได้[12]

จากการประเมินผลความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ในการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าอยู่ในระดับที่ดีมาก โดยมีค่าคะแนนความพึงพอใจ 35.4 ซึ่งรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ คลินิกหู คอ จมูก เป็นกระบวนการช่วยเหลือซึ่งเกิดจากผู้ให้บริการปรึกษาเพียงรายเดียวในแต่ละครั้งเพื่อให้เกิดการเข้าใจใน

ตนเอง เข้าใจผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม สามารถพิจารณาทางเลือกและตัดสินใจแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ตลอดจนพัฒนาศักยภาพของตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข[13] รวมถึงเป็นการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจครอบครัวและสังคม สอดคล้องกับงานวิจัยของเพ็ญสุดา ไชยเมือง (2554)[14] พบว่ากลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการบำบัดในกระบวนการให้คำปรึกษามีการพัฒนาในด้านการปรับตัวและสร้างสัมพันธภาพในรูปแบบใหม่ มีการถ่ายทอดความรู้สึกได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและสังคมจากคนรอบข้าง มีการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น มีรูปแบบวิธีการสื่อสารใหม่ที่มีประสิทธิภาพและยอมรับบทบาททางสังคม การปรับตัวดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและอาการซึมเศร้าลดลง

**ข้อเสนอแนะ**

ควรนำข้อมูลวิจัยนี้ไปเป็นพื้นฐานในการพัฒนาองค์ความรู้ โดยนำโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อเสริมสร้างความสุขในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาหลังผ่าตัดมะเร็งไปใช้ให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยพร้อมทั้งตระหนักถึงความสำคัญของการให้การปรึกษาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

**เอกสารอ้างอิง**

1. 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: litera- ture review and consensus statements. Crit Rev Oncol Hematol. 2016;100:147–66.
2. 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-fig- ures-2015-2018.pdf
3. National Cancer Institute, Department of Medicine, Ministry of Public Health [Inter- net]. 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 (in Thai)
4. งานทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลกุมภวาปี (2563). สถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลกุมภวาปี
5. Rogers, C. (1951). Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory. London: Constable.
6. .สมบัติ ท้ายเรือคำ.(2557). การวิจัยและพัฒนา:วิธีการวิจัยเพื่อพัฒนางานวิจัย. วารสารวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมและชุมชนมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.1(1). 2-11
7. กิดานันท์ มลิทอง. (2550). เทคโนโลยีทางการศึกษาและนวัตกรรม. กรุงเทพฯ : โปรวิชั่น.
8. จีรพร อินนอก. (2551).ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
9. ลิขิต กาญจนาภรณ์. (2554). ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์. ใน ประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาหน่วยที่ 9. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
10. เจียรนัย ทรงชัยกุล และ โกศล มีคุณ. (2554). ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาแบบพิจารณา เหตุผลอารมณ์ และพฤติกรรม ในประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎี การปรึกษาเชิงจิตวิทยา หน่วยที่ 5. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
11. ชูศรี เลิศรัตน์เดชากุล. (2554). ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาแบบภวนิยม ใน ประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา หน่วยที่ 10. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
12. อัศราภรณ์ ยลโสภณ.(2547). ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่ครองที่มีบุตรบกพร่องทางการได้ยิน. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. วิทยาศาสตร์ (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา) มหาวิทยาลัยบูรพา
13. สุขอรุณ วงษ์ทิม. (2554). การให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ในประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา หน่วยที่ 14. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
14. .เพ็ญสุดา ไชยเมือง. (2554). การให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ (รายงานการศึกษาอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

# การศึกษาการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยการวัดความสูงของระดับยอดมดลูกร่วมกับการเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกรับ

# The study of predicting fetal weight by estimate the Height of fundus with the dilation of the cervix at first receive.

(Received: April 26,2024 ; Revised: April 29,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**หนึ่งนภา เทพวงค์ษา**[1]
**Nungnapha Thepwongsa**[1]

## บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (Retrospective survey study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยการวัดความสูงของระดับยอดมดลูกร่วมกับการเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกรับกับน้ำหนักทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลนาทม จังหวัดนครพนม ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ 2564 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 135 คน เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและฐานข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้ค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 135 คน อายุเฉลี่ย 24 ปี ($\bar{X}$=24, SD=6.245) อายุครรภ์เฉลี่ย 38 สัปดาห์ ($\bar{X}$=38, SD=.974) ความสูงของยอดมดลูกเฉลี่ย ($\bar{X}$=30.67, SD=.3.15) ปากมดลูกเปิดเมื่อแรกรับเฉลี่ย 3 เซนติเมตร ($\bar{X}$=3.94, SD=2.043) น้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเนมีค่าเฉลี่ย 3,360 กรัม ($\bar{X}$=3,360, SD=.377.36) น้ำหนักทารกแรกเกิดมีค่าเฉลี่ย 3,028 กรัม ($\bar{X}$=3,028, SD=.346.53) ระดับความสูงของยอดมดลูกกับน้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเนมีความสัมพันธ์ทิศทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.841, $p$<0.001) ระดับความสูงของยอดมดลูกกับน้ำหนักทารกแรกเกิดมีความสัมพันธ์ทิศทางบวกในระดับปานกลางอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.549, $p$<0.001) อายุครรภ์กับระดับความสูงของยอดมดลูกและระดับความสูงของยอดมดลูกกับการเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกรับไม่มีความสัมพันธ์กัน การนำผลการศึกษาไปใช้ในสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอด จำนวน 5 ราย ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2567 โดยวัดระดับความสูงของยอดมดลูกร่วมกับการเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกรับ พบว่าระดับความสูงของยอดมดลูกมีความสัมพันธ์ทิศทางบวกกับน้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเนในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.997, $p$<0.001) ระดับความสูงของยอดมดลูกมีความสัมพันธ์ทิศทางบวกกับน้ำหนักทารกแรกเกิดในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.901, p<0.05)

**คำสำคัญ** การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์, ระดับความสูงของยอดมดลูก, น้ำหนักทารกแรกเกิด

## Abstract

This study was a retrospective descriptive study. The objective was to study the relationship between estimating fetal weight by measuring the Height of the uterus with the dilation of the cervix at first receive and weight of the newborn. The sample group included 135 women pregnant and receive service Nathom Hospital, Nakhon Phanom Province. From 1 October 2021 to 30 September 2023, collect information from medical records using a data recording form. Data analysis; General information about the sample uses numbers, percentages, means and standard deviations. Correlations were analyzed using Pearson's correlation statistics.

The results of the study, the sample consisted of 135 women, average age 24 years ($\bar{X}$=24, SD=6.245) average gestational age 38 weeks ($\bar{X}$=38, SD=.974), average uterine crown height ($\bar{X}$=30.67, SD=.3.15), cervix

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาทม จังหวัดนครพนม

of dilation at receive 3 cms. ($\bar{X}$=3.94, SD=2.043), the fetal estimated weight was average 3,360 grams ($\bar{X}$=3,360, SD=.377.36) and the newborn birth weight was average 3,028 grams ($\bar{X}$=3,028, SD=.346.53), the height of the uterus and the estimated fetal weight had a highly positive and significant correlated (r=.841, p<0.001). There is a moderate positive, significant correlated (r=.549, p<0.001). The gestational age and height of the uterus and the cervix of dilation at receive, there was no correlated. Applying the results of the study to included 5 women pregnant receiving delivery services during February-March 2024, by measuring the height of the uterus with the cervix of dilation at first receive, the results; height of the uterus had a positive directional correlated with the fetal weight from the high-level estimates with significance correlated (r=.997, p<0.001). height of the uterus was positively correlated of birth weight significantly correlated (r=.901, p<0.05).

**Keywords:** Estimation fetal weight, Height of the uterus, accurate birth weight.

**บทนำ**

การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ (Estimate fetal weight) เป็นการประเมินน้ำหนักทารกระหว่างการตั้งครรภ์มีความจำเป็นต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดและหลังคลอดได้ในทารกรายที่มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำและสูง ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อน้ำหนักทารก มีผลทั้งปัจจัยภายในและภายนอก เช่น อายุครรภ์ ณ เวลาที่คลอด, เพศของทารก, เชื้อชาติ, ความสูง, จำนวนการตั้งครรภ์, น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ และกิจกรรมที่ปฏิบัติระหว่างการตั้งครรภ์, ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง, การสูบบุหรี่, มารดาเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมได้, โรคความดันโลหิตสูง, ภาวะครรภ์เป็นพิษ ความสูงพ่อและแม่เป็นต้น ความสำคัญในการประเมินน้ำหนักทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำ (low birth weight) และทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดสูง (macrosomia) จะเพิ่มความเสี่ยงระหว่างการคลอดและการดูแลหลังคลอดได้ การประเมินน้ำหนักทารกมีหลายวิธี อาทิ เช่น 1) การคาดคะเนน้ำหนักด้วยมือของสูติแพทย์จากการตรวจร่างกาย Leopold maneuvers เป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลายเนื่องจากสะดวกและไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่วิธีนี้อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้มาก 2) การประเมินน้ำหนักโดยมารดา (Maternal Self-Estimation) ใช้ในการประเมินน้ำหนักในครรภ์หลังๆ และประเมินน้ำหนักทารกที่อายุครรภ์ครบกำหนด 3) การใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasonography) เป็นการวัดสัดส่วนทารกในครรภ์โดยการวัดความยาวของทารก (CRL), การวัดความกว้างของศีรษะทารก (BPD), การวัดเส้นรอบวงศีรษะ (HC), การวัดเส้นรอบท้อง (AC), การวัดความยาวกระดูกต้นขา (FL) 4) การประเมินน้ำหนักทารกในแต่ละอายุครรภ์จะต้องนำมาเปรียบเทียบกับตารางค่าน้ำหนักของทารกในอายุครรภ์ต่างๆ 5) การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยวิธีของ Dare's formula และ Johnson's formula 6) การใช้ผลคูณระหว่างความสูงของยอดมดลูกกับเส้นรอบวงหน้าท้องที่ระดับสะดือ เป็นต้น[1]

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะรอคลอดด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อให้สามารถเลือกวิธีการคลอดที่เหมาะสมปละปลอดภัยทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารก อาทิเช่น การศึกษาของ สุรัตน์ เอื้ออำนวยและเทียรทอง ชาระ[1]ศึกษาการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ระหว่างการคำนวณโดยใช้สูตรของจอห์นสันและสูตรของแดร์ ผลการวิจัยพบว่า การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์โดยใช้สูตรของแดร์มีความคลาดเคลื่อนน้อยกว่าสูตรของจอห์นสันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) เพื่อเป็นข้อมูลในการประเมินองค์ประกอบการคลอดและพิจารณาวิธีคลอดที่เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์ต่อไป วิภาวรรณ รัตนพิทักษ์[2] การศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างการคาดคะเน

น้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะคลอดด้วยวิธี Dare และวิธีตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงกับน้ำหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลบางบัวทอง พบว่าเมื่อทดสอบทางสถิติความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกระหว่างสามกลุ่มพบว่า ไม่แตกต่างกัน น้ำหนักทารกที่คาดคะเนโดยวิธี Dare และน้ำหนักทารกที่คาดคะเนโดยวิธีตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับน้ำหนักทารกจริง (r=0.41 และ 0.47 ตามลำดับ) แต่เป็นค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ศิริรัตน์ สัตนา (2562) ศึกษาการพัฒนาแนวทางการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดโรงพยาบาลบุณฑริก อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าน้ำหนักทารกแรกเกิดจริงเฉลี่ย 2,987.24 กรัม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 360.11 กรัม การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์โดยการวัดความสูงของมดลูกจาก Bikini line เส้นรอบวงหน้าท้องมารดาที่ระดับสะดือ คำนวณตามสมการ 1,884.09 + 0.383 (HF×AC) น้ำหนักทารกเฉลี่ย 3,042.15 กรัม เปรียบเทียบกับน้ำหนักทารกแรกเกิดจริงมีน้ำหนักต่างกันเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ 54 กรัม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 292 กรัม ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t-value=2.170, p-value=0.032) จากการทบทวนงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้มารดาและทารกปลอดภัย และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดสามารถเลือกวิธีการคลอดที่เหมาะสมให้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดต่อไป[2]

จากการศึกษาสถิติข้อมูลเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์และปัญหาจากการคลอดติดไหล่โดยไม่ได้รับการวางแผนก่อนคลอดของจังหวัดนครพนมยังไม่พบตัวเลข แต่จากการทบทวนสถิติของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดของโรงพยาบาลนาทม ปีพ.ศ. 2561-2563 พบอุบัติการณ์คลอดติดไหล่ จำนวน 2, 3 และ 4 ราย คนตามลำดับ ได้รับการเยียวยาจากพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 จำนวน 2 ราย เมื่อทบทวนข้อมูลและอุบัติการณ์ผู้ที่มาคลอดเป็นรายกรณี พบข้อสังเกตดังนี้ 1) เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่เคยผ่านการคลอดมาแล้วมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป 2) อายุครรภ์ครบกำหนด 3) ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวมากกว่า 4,000 กรัม จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น หน่วยงานได้มีการทบทวนวิธีการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด พบว่ามีทั้งพยาบาลประจำและพยาบาลที่หมุนเวียนมาจากแผนกงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช อีกทั้งมีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 2 ปี ในปีพ.ศ. 2564 จึงได้มีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานในห้องคลอดโดยผู้คลอดทุกรายต้องได้รับการการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ทุกครั้งโดยการวัดวามสูงของยอดมดลูกเมื่อแรกรับ เพราะการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ที่การคาดคะเนใกล้เคียงกับน้ำหนักทารกแรกเกิดเป็นข้อมูลสำคัญในการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดที่เหมาะสม เนื่องจากโรงพยาบาลนาทมไม่มีสูติแพทย์ หากประเมินพบความเสี่ยงในระยะก่อนคลอด สามารถส่งตัวไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลใกล้เคียงได้ทันเวลา จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดปลอดภัย ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานห้องคลอดจึงสนใจศึกษา “ผลการศึกษาการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยการวัดความสูงของระดับยอดมดลูกร่วมกับการเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกรับ” เพื่อนำข้อมูลสารสนเทศที่ได้ไปใช้ในการจัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยการวัดความสูงของระดับยอดมดลูกร่วมกับการเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกรับกับน้ำหนักทารกแรกเกิด

**วิธีการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study) เพื่อศึกษา การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยการวัดความสูงของระดับยอดมดลูกร่วมกับการเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกรับ

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดปกติในโรงพยาบาลนาทม ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ 2564 - 30 กันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 185 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดปกติในโรงพยาบาลนาทม จำนวน 135 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

**เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)** 1) สตรีตั้งครรภ์เดี่ยวอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ 2) มีประวัติฝากครรภ์ในโรงพยาบาลนาทมหรือสถานพยาบาลอื่นอย่างน้อย 1 ครั้ง 3) มีประวัติบันทึกทารกในครรภ์มีส่วนนำเป็นศีรษะ 4) มีข้อมูลการวัดความสูงของระดับยอดมดลูกในเวชระเบียน 5) มีประวัติคลอดปกติในโรงพยาบาลนาทม

**เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)** 1) สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดปกติในโรงพยาบาลนาทม ที่ไม่ได้รับการวัดความสูงของระดับยอดมดลูก 2) สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลนาทมที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด 3) สตรีตั้งครรภ์แฝดหรือไม่มีส่วนนำเป็นศีรษะ 4) สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถสืบค้นข้อมูลย้อนหลังตามเกณฑ์ได้ทุกข้อ

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบบันทึกข้อมูลที่รวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกประวัติเวชระเบียนผู้ป่วยนอก เวชระเบียนผู้ป่วยในและฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ข้อมูลประกอบด้วย อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ประวัติการตั้งครรภ์ ระดับความสูงยอดของมดลูก น้ำหนักทารกคาดคะเน น้ำหนักทารกแรกเกิด และการเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกรับ

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** นำแบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวัดความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พยาบาลวิชาชีพห้องคลอด 2 ท่าน แพทย์ 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบบันทึกข้อมูลกับวัตถุประสงค์เท่ากับ 0.78

**ขั้นตอนการศึกษาวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study) เป็นการเก็บข้อมูลครั้งเดียวของผู้มาคลอด โดยการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยการวัดความสูงของระดับยอดมดลูกร่วมกับการเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกรับ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

**ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการก่อนการดำเนินการศึกษา**

ทบทวนและรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยทำการศึกษาเอกสารตำราและรายงานการวิจัยครอบคลุมหัวข้อต่างๆ เพื่อนำความรู้ที่ได้มาวางแผนการดำเนินงานวิจัย และจัดทำแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เหมาะสม ยื่นเรื่องต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยรวมทั้งขอความร่วมมือและประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ในงานห้องคลอด โรงพยาบาลนาทม

**ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการศึกษาและเก็บข้อมูล**

1. นำข้อมูลจากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัยโดยทบทวนประวัติสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดปกติในโรงพยาบาลนาทม จากแบบบันทึกประวัติเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ลงในแบบฟอร์มที่กำหนด

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดปกติ ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติใหม่ คือ ได้รับการวัดระดับความสูงยอดของมดลูกร่วมกับการเปิดของปากมดลูก

3. นำข้อที่ได้มาบันทึกลงใน Excel program เพื่อเตรียมนำเข้าสู่การวิเคราะห์ข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

**ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์น้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเนและน้ำหนักทารกแรกเกิดโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired sample t-test

3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร ได้แก่ อายุครรภ์, ระดับความสูงยอดของมดลูกการเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกรับ, น้ำหนักทารกในครรภ์คาดคะเน และน้ำหนักทารกแรกเกิด โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ( Pearson's product moment correlation coefficients)

**ขั้นตอนที่ 4 การสรุปและวิเคราะห์ผลการศึกษา**

1) วิเคราะห์ข้อมูลตามรูปแบบการวิเคราะห์ข้อมูลที่กำหนดไว้

2) สรุปผลการวิจัยและจัดทำรูปเล่ม

3) นำเสนอผลการวิจัยต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลต่อไป

**จริยธรรมการวิจัย**

ผู้วิจัยได้นำเสนอค้าโครงการวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โครงการเลขที่ REC 001/67 ได้รับอนุมัติในวันที่ 31 มกราคม 2567

**ผลการวิจัย**

**1. ข้อมูลทั่วไป** กลุ่มตัวอย่างจำนวน 135 คน มีอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี มากที่สุด จำนวน 73 คน ร้อยละ 54.1 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกมากที่สุด จำนวน 60 คน ร้อยละ 44.4 ระดับความสูง

**2. วิเคราะห์ระดับความสูงยอดมดลูกกับค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเนและน้ำหนักทารกแรกเกิด** กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 24 ปี ($\bar{X}$=24, SD=6.245) อายุครรภ์เฉลี่ย 38 สัปดาห์ ($\bar{X}$=38, SD=.974) ความสูงของยอดมดลูกเฉลี่ย ($\bar{X}$=30.67, SD=.3.15) ปากมดลูกเปิดเมื่อแรกรับเฉลี่ย ($\bar{X}$=3.94, SD=2.043) น้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเน โดยการวัดระดับความสูงของยอดมดลูก 25-30 เซนติเมตร มีค่าเฉลี่ยของยอดมดลูก พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับความสูง 25-30 เซนติเมตร จำนวน 67 คน ร้อยละ 49.63 รองลงมาคือ ระดับความสูง 31-35 เซนติเมตร จำนวน 62 คน ร้อยละ 45.63 ตามลำดับ 3,119 กรัม น้ำหนักทารกแรกเกิดมีค่าเฉลี่ย 2,883 กรัม แตกต่างกัน (± 236 กรัม) ระดับความสูง 31-35 เซนติเมตร น้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเนมีค่าเฉลี่ย 3,541 กรัม น้ำหนักทารกแรกเกิดมีค่าเฉลี่ย 3,143 กรัม แตกต่างกัน (± 398 กรัม) และระดับความสูง 36-40 เซนติเมตร น้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเน มีค่าเฉลี่ย 4,080 กรัม น้ำหนักทารกแรกเกิดมีค่าเฉลี่ย 3,416 กรัม แตกต่างกัน (± 664 กรัม) รายละเอียดดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงระดับความสูงยอดมดลูกกับค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเนและน้ำหนักทารกแรกเกิด

| ระดับความสูงของยอดมดลูก (ซม.) | น้ำหนักทารกที่คาดคะเน (กรัม) | | | | น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Min | Max | Mean | SD | Min | Max | Mean | SD |
| 25-30 | 2,700 | 3,900 | 3,119 | 264.7 | 2,300 | 3,450 | 2,883 | 257.1 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 31-35 | 3,100 | 4,200 | 3,541 | 246.6 | 2,535 | 3,840 | 3,143 | 319.0 |
| 36-40 | 3,700 | 4,600 | 4,080 | 327.1 | 2,765 | 4,645 | 3,416 | 717.0 |
| ≥ 41 | 4,700 | 4,700 | 4,700 | - | 3,720 | 3,720 | 3,720 | - |

**3. เปรียบเทียบระดับความสูงยอดของมดลูกกับน้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเนและน้ำหนักทารกแรกเกิด** ผลการเปรียบเทียบระหว่างระดับความสูงยอดของมดลูกกับน้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเนและน้ำหนักทารกแรกเกิดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 รายละเอียดดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบระดับความสูงยอดของมดลูกกับน้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเนและน้ำหนักทารกแรกเกิด (n=135)

| ตัวแปร | $\bar{x}$ | SD | 95% CI | | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Lower | Upper | | |
| น้ำหนักคาดคะเนทารกในครรภ์ | 3,330 | 374.71 | .339 | .326 | .103 | 000* |
| น้ำหนักทารกแรกเกิด | 2,998 | 344.81 | .305 | .293 | .101 | 000* |

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

**4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร** ได้แก่ อายุครรภ์, ระดับความสูงยอดของมดลูก, การเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกรับ, น้ำหนักทารกในครรภ์คาดคะเน และน้ำหนักทารกแรกเกิด โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Best, 1977) ความสัมพันธ์ระหว่างอายุครรภ์กับระดับความสูงของยอดมดลูก พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน (r=.86, *p*=0.332) รายละเอียดดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุครรภ์กับระดับความสูงของยอดมดลูก

| | | ระดับความสูงของยอดมดลูก |
|---|---|---|
| อายุครรภ์ | ค่าสหสัมพันธ์ | 0.332 |
| | P | 0.86 |
| | ระดับความสัมพันธ์ | ไม่มีความสัมพันธ์กัน |

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสูงของยอดมดลูกกับน้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเน พบว่ามีความสัมพันธ์ทิศทางบวกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.841, *p*<0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสูงของยอดมดลูกกับน้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเน

| | | น้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเน |
|---|---|---|
| ระดับความสูงของยอดมดลูก | ค่าสหสัมพันธ์ | 0.841** |
| | P | .000 |
| | ระดับความสัมพันธ์ | ระดับสูง |

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสูงของยอดมดลูกกับน้ำหนักทารกแรกเกิด พบว่ามีความสัมพันธ์ทิศทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.549, $p$<0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสูงของยอดมดลูกกับน้ำหนักทารกแรกเกิด

| | | น้ำหนักทารกแรกเกิด |
|---|---|---|
| ระดับความสูงของยอดมดลูก | ค่าสหสัมพันธ์ | .549* |
| | P | .000 |
| | ระดับความสัมพันธ์ | ระดับปานกลาง |

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสูงของยอดมดลูกกับการเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกรับ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน (r=.901, $p$=0.11) รายละเอียดดังตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสูงของยอดมดลูกกับการเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกรับ

| | | ระดับความสูงของยอดมดลูก |
|---|---|---|
| การเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกรับ | ค่าสหสัมพันธ์ | .901 |
| | P | .011* |
| | ระดับความสัมพันธ์ | ไม่มีความสัมพันธ์กัน |

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการศึกษา พบว่าระดับความสูงของยอดมดลูกมีความสัมพันธ์ทิศทางบวกกับน้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเนในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.841, p<0.001) ระดับความสูงของยอดมดลูกกับน้ำหนักทารกแรกเกิดมีความสัมพันธ์ทิศทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.549, p<0.001) ผู้วิจัยจึงนำผลการศึกษาที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลนาทม ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 5 คน ผลการศึกษาดังนี้

1) ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสูงของยอดมดลูกกับน้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเน มีความสัมพันธ์ทิศทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.997, $p$<0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสูงของยอดมดลูกกับน้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเน (n=5)

| | | **น้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเน** |
|---|---|---|
| **ระดับความสูงของยอดมดลูก** | ค่าสหสัมพันธ์ | 0.997* |
| | P | .000 |
| | ระดับความสัมพันธ์ | ระดับสูง |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) ระดับความสูงของยอดมดลูกกับน้ำหนักทารกแรกเกิด มีความสัมพันธ์ทิศทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.901, $p$<0.05) รายละเอียดดังตารางที่ 8

**ตารางที่ 8** ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสูงของยอดมดลูกกับน้ำหนักทารกแรกเกิด (n=5)

| | | **น้ำหนักทารกแรกเกิด** |
|---|---|---|
| **ระดับความสูงของยอดมดลูก** | ค่าสหสัมพันธ์ | .901* |
| | P | .037 |
| | ระดับความสัมพันธ์ | ระดับสูง |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**สรุปและอภิปรายผลการวิจัย**

1. น้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเนโดยการวัดระดับความสูงของยอดมดลูก 25-30 เซนติเมตร มีค่าเฉลี่ย 3,119 กรัม น้ำหนักทารกแรกเกิดมีค่าเฉลี่ย 2,883 กรัม แตกต่างกัน (± 236 กรัม) ระดับความสูง 31-35 เซนติเมตร น้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเน มีค่าเฉลี่ย 3,541 กรัม น้ำหนักทารกแรกเกิดมีค่าเฉลี่ย 3,143 กรัม แตกต่างกัน (± 398 กรัม) และระดับความสูง 36-40 เซนติเมตร น้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเน มีค่าเฉลี่ย 4,080 กรัม น้ำหนักทารกแรกเกิด มีค่าเฉลี่ย 3,416 กรัม แตกต่างกัน (± 664 กรัม) และผลการเปรียบเทียบน้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเนโดยการวัดระดับความสูงของยอดมดลูกร่วมกับการเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกรับกับน้ำหนักทารกแรกเกิด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของอังสนา วิศรุตเกษมพงศ์และสุภาพ ชอบขยัน[3] เป็นการศึกษาย้อนหลังเพื่อเปรียบเทียบผลการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยวิธีของ Dare's formula และ Johnson's formula ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักทารกในครรภ์จากวิธีการของ Dare's และ Johnson's formula เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับน้ำหนักทารกแรกเกิดมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 111.77 กรัม (SD= 239.81) และ 356.33 กรัม SD=447.89) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกในครรภ์ที่คาดคะเนจากวิธีการของ Dare's และ Johnson's formula[1]

2. ระดับความสูงของยอดมดลูกมีความสัมพันธ์ทิศทางบวกกับน้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเนในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.841, p<0.001) สอดคล้องกับการนำผลการวิจัยไปใช้ในสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอด โรงพยาบาลนาทม ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 5 คน พบว่าระดับความสูงของยอดมดลูกมีความสัมพันธ์ทิศทางบวกกับน้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเนในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.997, $p$<0.001) และสอดคล้องกับสุรีพร ศรีโพธิ์อุ่นและคณะ[4] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสูงยอดมดลูกกับการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในผู้คลอดครรภ์ครบกำหนด พบว่าระดับความสูงของยอดมดลูกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับน้ำหนักทารกในครรภ์ที่ได้จากการคาดคะเนอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.992 และ r=0.837, p<0.01) สอดคล้องกับการศึกษาของนภัสวรรณ สงวนศิลป์[5] "การศึกษาประสิทธิผลการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์โดยใช้ผลคูณระหว่างความสูงของยอดมดลูกกับเส้นรอบวงหน้าท้องที่ระดับสะดือเปรียบเทียบกับการวัดระดับความสูงมดลูกของ Modified Johnson ในโรงพยาบาลสุวรรณคูหา" พบว่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนักจริงเปรียบเทียบน้ำหนักคาดคะเน (DBW) โดยวิธีการใช้ผลคูณระหว่างความสูงของ

ยอดมดลูกกับเส้น รอบวงหน้าท้องที่ระดับสะดือกับความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนักจริงเปรียบเทียบน้ำหนักคาดคะเน (DBW) วิธีการวัดค่าความสูงของยอดมดลูกเทียบตารางของ modified Johnson ไม่แตกต่างกัน

3. ระดับความสูงของยอดมดลูกมีความสัมพันธ์ทิศทางบวกกับน้ำหนักทารกแรกเกิดในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.549, $p$<0.001) สอดคล้องกับการนำผลการวิจัยไปใช้ในสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลนาทม ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 5 คน พบว่าระดับความสูงของยอดมดลูกมีความสัมพันธ์ทิศทางบวกกับน้ำหนักทารกแรกเกิดในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.901, $p$<0.05) สอดคล้องกับการศึกษาของสุรีพร ศรีโพธิ์อุ่นและคณะ[4] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสูงยอดมดลูกกับการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในผู้คลอดครรภ์ครบกำหนด พบว่าน้ำหนักทารกในครรภ์ที่ได้จากการคาดคะเนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับน้ำหนักทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.831, p<0.01) กายเกินเพื่อดูความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นและนำมาปรับใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาการคาดคะเนน้ำหนักทารกในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินร่วมกับโรคประจำตัวอื่นๆ ด้วยการวัดความสูงของระดับยอดมดลูกเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างต่อไปในอนาคต

2. ควรมีการศึกษาความแตกต่างระหว่างสตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติและดัชนีมวล

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนาทมที่มีส่วนเกี่ยวข้องในงานวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ที่ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะทำให้งานวิจัยบรรลุเป้าหมายในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. สุรัตน์ เอื้ออำนวยและเทียรทอง ชาระ. (2563). การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยวิธีของจอห์นสันและของแดร์. วารสารเกื้อการุณย์, 27(2); 155-163.
2. วิภาวรรณ รัตนพิทักษ์. (2566). การศึกษาเปรียบเทียบและความสัมพันธ์ระหว่างการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะคลอดด้วยวิธี Dare และวิธีตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงกับน้ำหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลบางบัวทอง. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 26 (1); 68-77.
3. อังสนา วิศรุตเกษมพงศ์. (2563). การศึกษาเปรียบเทียบการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะคลอดด้วยวิธีการของ Dare และ Johnson และความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกเมื่อแรกเกิด. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(4); 637-645.
4. สุรีพร ศรีโพธิ์อุ่น, ราตรี พลเยี่ยม และลำพงษ์ ศรีวงค์ชัย. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสูงยอดมดลูกกับการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในผู้คลอดครรภ์ครบกำหนด. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 9(15); 497-507.
5. นภัสวรรณ สงวนศิลป์. (2563). การศึกษาประสิทธิผลการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์โดยใช้ผลคูณระหว่างความสูงของยอดมดลูกกับเส้นรอบวงหน้าท้องที่ระดับสะดือเปรียบเทียบกับการวัดระดับความสูงมดลูกของ Modified Johnson ในโรงพยาบาลสุวรรณคูหา. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 13(1); 459-466.

# การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง

# The Development of a Care Model for Psychiatric patients from drug abuse with violent behavior of The Chronic Care Model.

(Received: April 28,2024 ; Revised: April 29,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**สวิตตา ธงยศ**[1]
**Sawitta Thongyot**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนพัฒนาและผลการดูแลผู้ป่วย จิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง, แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ, แบบประเมินอาการทางจิต, แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน การวิเคราะห์ข้อมูล: ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ ใช้ค่าจำนวน ร้อยละ, แบบประเมินอาการทางจิต วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรมด้วยสถิติ Pair t-test แบบการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมการประเมินอาการทางจิตเสี่ยงต่อการก่อความ รุนแรงลดลงจากระดับมากเป็นระดับน้อย ($\bar{X}$=59.80, SD=9.423), ($\bar{X}$=23.43, SD=6.010) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการติดตามผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดฯ ในชุมชน (10 ด้าน) ด้านอาการทางจิตผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วงไม่มีอาการทางจิต ($\bar{X}$=1.55, SD .328) ด้านอื่นๆ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) ด้านการประกอบอาชีพ ($\bar{X}$=2.10, SD .631) 2) ด้านการใช้สารเสพติด (บุหรี่/สุรา/ยาเสพติด) ($\bar{X}$=1.99, SD .470) และ 3) ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น ($\bar{X}$=1.64, SD .444) ตามลำดับ

**คำสำคัญ** ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง, รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง

## Abstract

This action research aimed to study the development process and patient care outcomes, for Psychiatric patients from drug abuse with violent behavior of the Chronic Care Model, Renu Nakhon District, Nakhon Phanom Province. Sample size were 30 drug-induced psychiatric patients with violent behavior. Tools used to collect data include a severe aggressive behavior assessment form, a risk factor assessment form for recurrent mental illness, a mental symptom assessment form, and a follow-up form for chronic psychiatric patients at risk in the community. Data analysis: general information, aggressive behavior assessment form Assessment of risk factors for recurrent psychotic symptoms using numbers and percentages, assessment of mental symptoms Analyzed using average values. standard deviation Compare before-after Participate in activities with Pair t-test statistics, a form of tracking chronic psychiatric patients at risk in the community. Analyzed using average values. and standard deviation

The results of the study found that After participating in the mental symptom assessment activity, the risk of committing violence decreased from a high level to a low level ($\bar{X}$=59.80, SD=9.423), ($\bar{X}$=23.43, SD=6.010) are significantly different at the .05 level. Results of following up on psychiatric patients from drugs in the community (10 areas) in terms of mental symptoms. Illness had an average score in the range

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม

of no psychotic symptoms ($\bar{X}$=1.55, SD .328) Other aspects had the highest average scores in the top 3 areas: 1) Occupation ($\bar{X}$=2.10, SD .631) 2 ) in the area of drug use (cigarettes/alcohol/drugs) ($\bar{X}$=1.99, SD .470) and 3) basic learning ability ($\bar{X}$=1.64, SD .444) respectively.

**Keywords:** Psychiatric patients from drug abuse with violent behavior, The Chronic Care Model

**บทนำ**

จากรายงานของระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติดรายงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิต กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในปี 2563-2564 มีผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐประมาณ 4 พันรายต่อปี พบผู้ป่วยในปี 2562-2564 จำนวน 3,956 ราย 3984 ราย และ 4,100 ราย ตามลำดับ รัฐบาลจึงมีนโยบายให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดโดยกำหนดให้ “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” เป็นการให้โอกาสผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด ได้รับการช่วยเหลือและเข้าถึงระบบการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุขได้รับมอบหมายให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคร่วมจากการใช้ยา/สารเสพติดและ/หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดและมีโรคร่วมจิตเวช ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ มักจะมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น มักเกิดจากการใช้กลไกป้องกันทางจิต เช่น การโทษว่าเป็นความผิดพลาดของตนเองหรือมักอิงอยู่กับความพึงพอใจของคนอื่น พฤติกรรมก้าวร้าว การทำร้ายตนเองอาจเกิดจากอารมณ์ชั่ววูบฉุนเฉียว โมโหโกรธ เรียกร้องความสนใจ หรือเศร้าเสียใจกับเหตุการณ์ต่างๆ อาจจะมาจากอารมณ์รุนแรงและยาวนาน สัญญาณต่างๆ ก็เป็นตัวบอกได้ เช่น มีปัญหาการนอนหลับ การใช้สารเสพติด การหลีกเลี่ยงการสมาคมกับเพื่อน และลดกิจกรรมทางสังคม มีอารมณ์โกรธอย่างรุนแรงบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดเจน การแสดงออกด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว การทำร้ายตนเอง คือ กลไกป้องกันทางจิตอย่างหนึ่ง และพัฒนาไปถึงการลงโทษทางกาย และมีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ถ้าไม่ได้รับการเยียวยา ช่วยเหลืออย่างเหมาะสมอาจส่งผลกระทบหรืออันตรายถึงแก่ชีวิตได้[1]

โรคทางจิตเวชจากยาเสพติดถือเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังซึ่งต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องและครอบคลุม จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดโดยอ้างอิงตามแนวคิดของ Chronic Care Model เพื่อสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับมาตรการและสร้างต้นแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยมีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ซึ่งต้องมีการบูรณการร่วมกันและประเมินระบบให้ครอบคลุมในทุกองค์ประกอบ ได้แก่ 1) การจัดการองค์กรดูแลสุขภาพ (Health Systems organization) 2) การประสานงานระหว่างระบบบริการสุขภาพกับทรัพยากรในชุมชน (Community resource linkages) 3) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management support) 4) การออกแบบระบบบริการ (Delivery system design) 5) ระบบสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ (Decision support) 6) ระบบข้อมูลข่าวสารทางคลินิก (Clinical information system) โดยการบูรณาการบทบาทและกิจกรรมการพยาบาลกับแนวคิดการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง The Chronic Care Model (CCM) โดยเน้นการให้บริการเชิงรุกเพื่อระบุหรือค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังตั้งแต่เริ่มแรกของการเกิดโรค ป้องกันไม่ให้โรคพัฒนารุนแรงมากขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการรักษา สนับสนุนผู้ป่วยให้มีบทบาทในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง และสถานบริการให้การดูแลรักษาอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพสุขภาพ[2]

อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม ในปี 2564 มีผู้ที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด จำนวน 584 คน และจากการติดตามประเมินอาการทางด้านจิตเวชและความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อทรัพย์สิน บุคคลในครอบครัว และสร้างความเดือดร้อนแก่ชุมชน จำนวน 122 คน โดยพบว่ามี

56 คน ที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลแล้ว แต่ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง และในปี 2565 พบสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าวมารักษา จำนวน 46 คน ซึ่งผู้ดูแลมีความยากลำบากในการนำมาส่งโรงพยาบาลเพราะไม่สามารถควบคุมผู้ป่วยได้และผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ จากปัญหาดังกล่าวควรได้รับการแก้ไขและพัฒนา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษากระบวนพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง

2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดโดยอ้างอิงตามกรอบแนวคิดของ Chronic Care Model ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Mac Coll Institute for Healthcare Innovation นำโดย Edward H Wagner เพื่อสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับมาตรการและสร้างต้นแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม ดำเนินการในช่วงวันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 - 25 เมษายน พ.ศ. 2567

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่มารับบริการในโรงพยาบาลเรณูนคร ในช่วงวันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 - 25 เมษายน พ.ศ. 2567

**กลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 30 คน

**เกณฑ์การคัดเข้าในกลุ่มผู้ป่วย (Inclusion criteria)** 1) ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดได้รับการวินิจฉัย F15.0-F15.9, F19.0-F19.9 2) มีพฤติกรรมรุนแรงระดับกึ่งเร่งด่วนขึ้นไป 3) มีคะแนน BPRS มากกว่า 36 คะแนนขึ้นไป 4) มีญาติหรือผู้ดูแลที่สามารถติดตามได้ 5) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาการทำวิจัย 6) ผู้ป่วยและญาติยินยอมเข้าร่วมโครงการจนสิ้นสุดการวิจัย

**เกณฑ์การคัดออกในกลุ่มผู้ป่วย (Inclusion criteria)** 1) ย้ายไปรักษาที่อื่นและไม่สามารถติดตามเยี่ยมตามเกณฑ์ที่กำหนดได้ 2) ไม่มีญาติหรือผู้ดูแลที่สามารถติดต่อได้จนสิ้นสุดการวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา** มี 2 ส่วน ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง, โปรแกรมเมทริกซ์การบำบัดผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก, กระบวนการให้ความรู้และกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงสำหรับผู้ป่วยและญาติ ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.80

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง, แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ, แบบประเมินอาการทางจิต, แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.86

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ ใช้ค่าจำนวน ร้อยละ, แบบประเมินอาการทางจิต วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรมด้วยสถิติ Pair t-test แบบการติดตามผู้ป่วยจิตเวช

เรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**จริยธรรมในการวิจัย**

ผู้วิจัยได้นำเสนอค้าโครงการวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โครงการเลขที่ REC 072/66 ได้รับอนุมัติในวันที่ 2 พฤศจิกายน 2567

**ผลการวิจัย**

**ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง**

**1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 29 คน ร้อยละ 96.7 เพศหญิง จำนวน 1 คน ร้อยละ 3.3 อายุอยู่ในช่วง 20-39 ปี มากที่สุด จำนวน 18 ร้อยละ 60 ทั้งสองช่วงอายุ สถานภาพโสดมากที่สุด จำนวน 21 คน ร้อยละ 70 การศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด จำนวน 15 คน ร้อยละ 50 อาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน จำนวน 15 คน ร้อยละ 50 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว มากที่สุด 3,000-5,000 บาทต่อเดือน

**2. ข้อมูลการเจ็บป่วย** ระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคจิตเวชจากการใช้สารเสพติด (J1550) มากที่สุด อยู่ในช่วง 6-10 ปี จำนวน 10 คน ร้อยละ 33.34 ประเภทการใช้สารเสพติด ยาบ้าอย่างเดียว มากที่สุด จำนวน 14 คน ร้อยละ 46.7 จำนวนครั้งของการนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลจิตเวช 1-2 ครั้ง มากที่สุด จำนวน 20 คน ร้อยละ 66.7

**3. การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)** พบว่า

**3.1 พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง** ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับฉุกเฉิน (OSA 3 คะแนน) มากที่สุด จำนวน 21 คน ร้อยละ 70 รองลงมาเป็นกลุ่มเร่งด่วน (OSA 3 คะแนน) จำนวน 6 คน ร้อยละ 20 และกลุ่มกึ่งเร่งด่วน (OSA 1 คะแนน) จำนวน 3 คน ร้อยละ 10 หลังเข้าร่วมกิจกรรม อยู่ในกลุ่มไม่มีอาการมากที่สุด (OSA 1 คะแนน) จำนวน 23 คน ร้อยละ 76.7 รองลงมาเป็นกลุ่มเร่งด่วน (OSA 2 คะแนน) จำนวน 6 คน ร้อยละ 20 และระดับฉุกเฉิน (OSA 3 คะแนน) จำนวน 1 คน ร้อยละ 3.3

**3.2 ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง** ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน มากที่สุด จำนวน 14 คน ร้อยละ 46.7 รองลงมา ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูด และการสดงออก จำนวน 12 คน ร้อยละ 40 และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง จำนวน 4 คน ร้อยละ 13.3 ตามลำดับ

**4. การประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ (5 Red flags)**

**4.1 การประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ** พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ พบมีอาการเตือน 1) ไม่หลับไม่นอน: มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ ไม่ยอมนอน หลับๆ ตื่นๆ และ 2) เดินไปเดินมา: ผุดลุกผุดนั่ง นั่งไม่ติด เดินไปเดินมา มีพฤติกรรมแปลกๆ ร้อยละ 100

หลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงซ้ำอาการทางจิตกำเริบ พบมีอาการเตือนที่ยังคงอยู่ ได้แก่ 4) หงุดหงิดฉุนเฉียว: อารมณ์แปรปรวน เดี๋ยวดีเดี๋ยวร้าย หงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว มากที่สุด จำนวน 9 คน ร้อยละ 30 รองลงมาได้แก่ 3) พูดจาคนเดียว: พูด ยิ้ม หัวเราะคนเดียวและ 2) เดินไปเดินมา: ผุดลุกผุดนั่ง นั่งไม่ติด เดินไปเดินมา มีพฤติกรรมแปลกๆ จำนวน 5, 2 คน ร้อยละ 16.7, 6.7

**4.2 เปรียบเทียบการประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ** ก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม Pair samples test (n=30)

| ตัวแปร | $\bar{x}$ | SD | 95% CI | | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Lower | Upper | | |
| ปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ | 4.13 | .730 | 3.861 | 4.406 | 31 | .000* |

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05*

**5. การประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)**

**5.1 คะแนนเฉลี่ยการประเมินอาการทางจิต** พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการประเมินอาการทางจิตมีอาการอยู่ในระดับมากเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ($\bar{x}$=59.80, SD=9.423) หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยการประเมินอาการทางจิตมีอาการอยู่ในระดับน้อยต่อการก่อความรุนแรง, ($\bar{x}$=23.43, SD=6.010)

**5.2 เปรียบเทียบคะแนนการประเมินอาการทางจิต** ก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนการประเมินอาการทางจิต ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม Pair samples test (n=30)

| ตัวแปร | $\bar{x}$ | SD | 95% CI | | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Lower | Upper | | |
| การประเมินอาการทางจิต | 36.36 | 9.445 | 32.840 | 39.893 | 21.09 | .000* |

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**6. ผลการติดตามผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน (10 ด้าน)** พบว่า ด้านอาการทางจิตผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วงไม่มีอาการทางจิต ($\bar{x}$=1.55, SD=.328) คือ ผู้ป่วยรู้เรื่อง ช่วยตนเองได้ดำรงชีวิตในชุมชนได้ ส่วนด้านอื่นๆ ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) ด้านการประกอบอาชีพ ($\bar{x}$=2.10, SD .631) 2) ด้านการใช้สารเสพติด (บุหรี่/สุรา/ยาเสพติด) ($\bar{x}$=1.99, SD.470) และ 3) ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น ($\bar{x}$=1.64, SD=.444) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ผลการติดตามผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน (n=30)

| หัวข้อการติดตาม | $\bar{x}$ | SD | การแปลผล |
|---|---|---|---|
| 1. ด้านอาการทางจิต | 1.54 | .328 | ไม่มีอาการทางจิต |
| 2. ด้านการกินยา | 1.55 | .579 | รับประทานยาไม่ครบตามคำสั่งแพทย์ แต่ยังมีการรับประทานยาเป็นบางเวลา |
| 3. ด้านผู้ดูแล/ญาติ | 1.48 | .632 | มีผู้ดูแลหลักเป็นคนในครอบครัว มีศักยภาพในการดูแลตนเอง |
| 4. ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน | 1.39 | .411 | ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง |
| 5. ด้านการประกอบอาชีพ | 2.10 | .631 | ผู้ป่วยสามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้ แต่ต้องมีคนกระตุ้น |
| 6. ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว | 1.32 | .453 | ครอบครัวมีการชมเชย ให้กำลังใจ มองผู้ป่วยในด้าน |

| หัวข้อการติดตาม | $\bar{x}$ | SD | การแปลผล |
|---|---|---|---|
| | | | บวกเป็นส่วนใหญ่ |
| 7. ด้านสิ่งแวดล้อม | 1.31 | .387 | มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง |
| 8. ด้านการสื่อสาร | 1.58 | .485 | สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว |
| 9. ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น | 1.64 | .444 | สอนซ้ำๆ จึงสามารถทำตามได้ |
| 10. ด้านการใช้สารเสพติด(บุหรี่/สุรา/ยาเสพติด) | 1.99 | .470 | ผู้ป่วยใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่ทุกวัน |

**สรุปและอภิปรายผล**

**1. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง** โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ วงรอบที่ 1 การศึกษาสภาพการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค วงรอบที่ 2 การวางแผนการดำเนินงาน 3) ระยะประเมินผล วงรอบที่ 3 ปรับกระบวนการวางแผนการดำเนินงานโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (ACIC) ได้แก่ 1) การจัดการระบบบริการสุขภาพ 2) การประสานงานกับชุมชน 3A) การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย 3B) การสนับสนุนการตัดสินใจ 3C) กลไกการประสานงานในการให้บริการสุขภาพ 3D) ระบบเวชระเบียน และ 4) การบูรณาการขององค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง พบว่าทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ[3] การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างเป็นภาคีเครือข่าย 32 คน กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดและญาติผู้ดูแล ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด และญาติ กลุ่มละ 32 คน รวม 96 คน ผลการศึกษา พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ด้วยกระบวนการ chronic care model 6 องค์ประกอบ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายครอบคลุมระดับข้อมูลข่าวสาร ระดับให้ความคิดเห็น ระดับเข้ามามีบทบาท ระดับสร้างความร่วมมือ และระดับเสริมอำนาจเกิดผลลัพธ์ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดมีอาการทางจิตดีขึ้น

**2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง**

**1. ข้อมูลการเจ็บป่วย** พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคจิตเวชจากการใช้สารเสพติด (J1550) มากที่สุด อยู่ในช่วง 6-10 ปี จำนวน 10 คน ร้อยละ 33.34 ประเภทการใช้สารเสพติด ยาบ้าอย่างเดียว มากที่สุด จำนวน 14 คน ร้อยละ 46.7 ระยะเวลาการใช้สารเสพติด 6-10 ปี มากที่สุด จำนวน 11 คน ร้อยละ 36.7 จำนวนครั้งของการนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลจิตเวช 1-2 ครั้ง มากที่สุด จำนวน 20 คน ร้อยละ 66.7 สอดคล้องกับการศึกษาความชุกของการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด จำนวน 390 ราย พบความชุกของการใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งในช่วงชีวิตและช่วง 3 เดือน เมื่อจำแนกชนิดสารเสพติดที่ใช้บ่อย 5 อันดับแรก คือ สุรา ยาสูบ กัญชา ยาบ้า และกาแฟ คิดเป็นร้อยละ 81.5, 54.9, 21.3, 20.0, และ 18.7 ตามลำดับ[4]

**2. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง** ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับฉุกเฉิน

(Emergency) มากที่สุด จำนวน 21 คน ร้อยละ 70 หลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มไม่มีอาการ มากที่สุด จำนวน 23 คน ร้อยละ 76.7 ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน มากที่สุด จำนวน 14 คน ร้อยละ 46.7 รองลงมา ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูด และการสดงออก จำนวน 12 คน ร้อยละ 40 และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง จำนวน 4 คน ร้อยละ 13.3 ตามลำดับ สอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[1]ที่กล่าวว่า “พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสารเสพติด มีสาเหตุจากการที่ผู้ป่วยได้รับ ความกดดันจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความโกรธ และไม่สามารถจัดการกับความโกรธนั้นได้ เนื่องจากขาดความรู้และทักษะทางสังคม ซึ่งการแสดงออกด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยติดสารเสพติดเป็นการแสดงออกของพฤติกรรมและการกระทำที่รุนแรงขาดความยับยั้งชั่งใจ ไม่เป็นมิตรและรุกรานผู้อื่น ส่งผลกระทบให้เกิดความรุนแรงเป็นอันตรายทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน”

**4. การประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ** ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ พบมีอาการเตือน 1) ไม่หลับไม่นอน: มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ ไม่ยอมนอน หลับๆ ตื่นๆ และ 2) เดินไปเดินมา: ผุดลุกผุดนั่ง นั่งไม่ติด เดินไปเดินมา มีพฤติกรรมแปลกๆ ร้อยละ 100 หลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงซ้ำอาการทางจิตกำเริบ พบมีอาการเตือนที่ยังคงอยู่ ได้แก่ 4) หงุดหงิดฉุนเฉียว: อารมณ์แปรปรวน เดี๋ยวดีเดี๋ยวร้าย หงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว มากที่สุด จำนวน 9 คน ร้อยละ 30 รองลงมาได้แก่ 3) พูดจาคนเดียว: พูด ยิ้ม หัวเราะคนเดียวและ 2) เดินไปเดินมา: ผุดลุกผุดนั่ง นั่งไม่ติด เดินไปเดินมา มีพฤติกรรมแปลกๆ จำนวน 5, 2 คน ร้อยละ 16.7, 6.7 ตามลำดับ สอดคล้องกับแบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิต 2563[1] ที่กล่าวว่า หากญาติพบเห็นอาการของบุคคลที่มีลักษณะดังนี้ 1) พูดเพ้อเจ้อ 2) แต่งกายที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม 3) ก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น 4) แยกตัวออกจากสังคม ไม่สุงสิงกับใคร 5) หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล 6) คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษมากกว่าคนอื่น 7) หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน 8) มีพฤติกรรมอื่นๆ ที่ผิดจากคนทั่วไป โดยได้คะแนน 1 คะแนนขึ้นไป ให้สงสัยว่าเป็นโรคจิต ควรแนะนำให้ไปรับบริการ ณ โรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อเป็นการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

**3. การประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)** ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการประเมินอาการทางจิตอยู่ในระดับมากเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ($\bar{X}$=59.80, SD=9.423) หลังเข้าร่วมกิจกรรม คะแนนเฉลี่ยการประเมินอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อยต่อการก่อความรุนแรง ($\bar{X}$=23.43, SD=6.010) การประเมินอาการทางจิตเปรียบเทียบก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ผลลัพธ์การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีค่าคะแนนอาการทางจิตหลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ลดลงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-12, p-value ‹ 0.05)

**4. ผลการติดตามผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดมีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน 10 ด้าน** พบว่าด้านอาการทางจิตผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในช่วงไม่มีอาการทางจิต ($\bar{X}$=1.55, SD .328) คือ ผู้ป่วยรู้เรื่อง ช่วยตนเองได้ดำรงชีวิตในชุมชนได้ ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) ด้านการประกอบอาชีพ ($\bar{X}$=2.10, SD .631) 2) ด้านการใช้สารเสพติด (บุหรี่/สุรา/ยาเสพติด) ($\bar{X}$=1.99, SD .470) และ 3) ด้านความสามารถในการเรียนรู้

เบื้องต้น ($\bar{X}$=1.64, SD .444) ตามลำดับ[5] และสอดคล้องกับการศึกษาของสยาภรณ์ เดชดี และอรวรรณ หนูแก้ว (2564) ศึกษา “การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด” การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนาโดยมีกระบวนการคือ 1) พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการวิเคราะห์สถานการณ์และร่างโปรแกรม 2) การทดลองใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและทดสอบคุณภาพเครื่องมือ และ 3) การทดสอบผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$)[6,7,8]

**ข้อเสนอแนะ**

1. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง ทำให้ทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องรับทราบบทบาทหน้าที่ของตนเองในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ปัญหาที่เกิดขึ้นได้รับการแก้ไขทันเวลา

2. ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงหากได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม ทันเวลา จะช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับต่อร่างกาย ทรัพย์สิน ครอบครัว และชุมชน

**กิตติกรรมประกาศ**

การวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ขอขอบคุณทีมเจ้าหน้าที่ที่เข้าร่วมการวิจัย ผู้ป่วยและญาติกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ และขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ จังหวัดนครพนม ซึ่งสละเวลาและให้ข้อแนะนำในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

**เอกสารอ้างอิง**

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี. บริษัท พรอสเพอรัสพลัส จำกัด.
2. ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. (2560). บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 37 (2), 154-159.
3. กรรณิกา ช่อรักษ์. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดโดยภาคีเครือข่ายส่วนร่วมอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(4); 503-513.
4. สมจิตร์ มณีกานนท์, สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล, วิจิตรา พิมพะนิตย์, นิตยา จรัสแสงและขวัญสุดา บุญทศ. (2557). ความชุกของการใช้สารเสพติด ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 59(4); 371-380.
5. พิณณรัฐ ศรีหารักษา. (2566). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร: กรณีศึกษาตำบลขมิ้น อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 31;8(1): 436-47.
6. สยาภรณ์ เดชดี และ อรวรรณ หนูแก้ว. (2564). การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 35 (1); 91-111.
7. วชิราภรณ์ สอระสัน. (2566). การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 8 (1), 346-358.
8. เกศราพร แก้วลาย, ศุภัคฌา เทเวลา, ศิวพร สุทธิเภท. (2566). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 30;8(3): 187-97.

# ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

# The effectiveness of using cognitive behavioral therapy programs by family involvement in alcohol drinking behavior patients with alcohol dependence Phonsawan Hospital Nakhon Phanom Province.

(Received: April 28,2024 ; Revised: April 29,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**แสงเดือน ศรีวรสาร**[1]
**Sangduen Sriworasan**[1]

**บทคัดย่อ**

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการในคลินิกรุ่งอรุณ โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ศึกษาในช่วงเดือนมกราคม - มีนาคม 2567 จำนวน 35 คน เปรียบเทียบก่อนและหลัง ชนิดแบบ 1 กลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา ความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาล และความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างเพื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา : พบว่า 1) พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุราต่อโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา พบว่า หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา พบว่า หลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

**คำสำคัญ :** ผู้ป่วยติดสุรา, การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม, การมีส่วนร่วมของครอบครัว

**Abstract**

This study was quasi experiment research aimed to study the effects of a cognitive-behavioral therapy program with family participation on alcohol drinking behavior in alcoholic patients. Study among patients with alcohol addiction who received services at Rung Arun Clinic. Phonsawan Hospital Study during January - March 2024, number of 35 people, comparing before and after, 1 group type. The tool used in the research was a general information questionnaire. Assessment of alcohol drinking behavior in patients with alcohol dependence. Satisfaction assessment form for patients with alcohol addiction Satisfaction questionnaire of nursing personnel. Analyze general information Alcohol drinking behavior of patients with alcohol dependence Satisfaction of patients with alcohol addiction Satisfaction of nursing personnel and the possibility of using a cognitive-behavioral therapy program with family involvement to reduce drinking behavior in alcoholic patients. Using descriptive statistics to find frequencies, percentages, means, and standard deviations. Differences were tested for comparison using Paired t-test statistics.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

Results : It was found that 1) The alcohol drinking behavior of patients with alcohol dependence after the experiment had a higher mean score than before the experiment. Statistically significant at the 0.05 level. 2) Satisfaction of patients with alcohol dependence with the cognitive-behavioral therapy program with family participation on alcohol drinking behavior in patients with alcohol dependence. It was found that after The experiment had a higher mean score than before the experiment. Statistically significant at the 0.05 level. 3) Satisfaction of nursing personnel with the cognitive-behavioral therapy program with family participation on alcohol drinking behavior in alcoholic patients. It was found that after developing the system The mean value was significantly increased than before the system development at 0.05. 4) The possibility of using a cognitive-behavioral therapy program with family involvement to reduce alcohol drinking behavior in addicted patients. Alcohol of nursing personnel It was found that after developing the system, there was a 100 percent possibility of personnel using the program.
**Keywords :** alcohol addiction patients, cognitive behavioral therapy, family involvement

**บทนำ**

ปัญหาผู้ป่วยโรคติดสุราเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญพบได้ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย[1] พบประชากรทั่วโลกมากกว่าร้อยละ 38 ดื่มสุราเป็นประจำ และมีผู้เสียชีวิตจากการดื่มสุรา 3.3 ล้านคนในแต่ละปี รวมทั้งทำให้เกิดความเจ็บป่วยและภาวะทุพพลภาพ[2] ก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐศาสตร์ที่สูง[3] ประเทศไทยมีการดื่มสุราเป็นอันดับ 44 ของโลก และอันดับ 3 ของเอเชีย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยผู้ใหญ่และวัยรุ่น[4] ผลกระทบที่เกิดขึ้นเหล่านี้ หากไม่มีการจัดการแก้ไขปัญหาเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุราอย่างเหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อปัญหาครอบครัว ปัญหาสังคมและปัญหาเศรษฐกิจของประเทศเป็นลำดับต่อไป สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่สำคัญที่ทุกภาคส่วนจะต้องให้ความสำคัญในการจัดการเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้นที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา

โรคติดสุราเป็นกลุ่มของความผิดปกติทางด้านร่างกาย ความคิดและพฤติกรรม ที่เกิดจากการใช้แอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากกว่าการใช้จากบุคคลปกติ โดยเป็นลักษณะของความต้องการที่จะใช้แอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากขึ้นและไม่สามารถควบคุมการดื่ม และเกิดอาการทนต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ มีอาการถอนพิษเมื่อร่างกายขาดแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นการแสดงถึงการเสพติดแอลกอฮอล์ทางด้านร่างกาย รวมถึงการกลับไปเสพติดแอลกอฮอล์ซ้ำหลังจากที่หยุดดื่มโดยไม่สามารถควบคุมได้[2] เมื่อผู้ป่วยติดสุราเรื้อรังจะก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทางกายด้วยโรคตับแข็ง ตับอ่อนอักเสบ โรคหัวใจ สมองเสื่อม มีปัญหาด้านอารมณ์ จนเกิดโรคทางจิตเวชคือ โรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้า และโรคจิตเภท ส่วนผลกระทบของการดื่มสุราต่อครอบครัว[5] ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา 2 ขั้นตอนหลักทั้งการรักษาทางชีวภาพ (Biological intervention) โดยการใช้ยาซึ่งเป็นการรักษาเพื่อแก้ไขหรือลดภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยโรคติดสุราและการรักษาบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial intervention) โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูสมรรถภาพจิตใจและสังคมให้สามารถควบคุมการดื่มสุราหรือหยุดดื่มสุราได้นานที่สุดและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อาจกล่าวสรุปได้ว่าโรคติดสุราเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้ด้วยการบำบัดทั้งการใช้ยาและการบำบัดทางจิตสังคม รวมกับผู้ป่วยโรคติดสุรามีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกดื่มสุราอย่างต่อเนื่องจนไม่ป่วยด้วยโรคติดสุรา

คลินิกรุ่งอรุณ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ให้บริการผู้ป่วยที่ใช้ผู้ที่เสพและผู้ที่ติดสารเสพติดในเขตอำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม จากการสำรวจสถิติผู้ขึ้นทะเบียนบำบัดยาเสพติด มีผู้ป่วยที่มารับบริการขึ้นทะเบียน

เป็นผู้ป่วยติดสุรา จำนวน 16, 18 และ 20 ราย ตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่ติดสุรา พบปัญหาโรคตับแข็ง จำนวน 10, 9 และ 6 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 62.50, 50 และ 30 รายตามลำดับ จิตเวช จำนวน 16, 18 และ 20 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 100, 100 และ 100 รายตามลำดับ เสียชีวิต จำนวน 10, 9 และ 6 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 62.50, 50 และ 30 รายตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครพนม , 2565) จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าโรคติดสุราเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นจนต้องได้รับการบำบัดและผลกระทบของโรคไตตามมา

โรงพยาบาลโพนสวรรค์ได้ดำเนินการส่งเสริมป้องกัน ดูแลรักษา และการฟื้นฟูประชาชน โดยตั้งคลินิกรุ่งอรุณและรูปแบบแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุราตามบริบทของพื้นที่ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคติดสุราจะรับเข้าคลินิกรุ่งอรุณ เมื่อผู้ป่วยมารับบริการจะได้รับการตรวจสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิต โดยจะได้รับการรักษาอาการทางกายและอาการทางจิตจนสามารถควบคุมภาวะโรคได้รวมทั้งอาการทางจิตสงบ ผู้ป่วยจะได้รับการขึ้นทะเบียนเพื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดทางจิตสังคม ครอบคลุมการให้สุขศึกษาโดยเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในคลินิก การทำการบำบัดตามกระบวนการและการนัดเพื่อมารับการบำบัดในครั้งต่อไป ถึงแม้โรงพยาบาลจะมีแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยกลับมาดื่มสุราซ้ำ จนต้องได้รับการรักษาด้วยโรคทางกาย และโรคทางจิตที่โรงพยาบาลโพนสวรรค์ หรือต้องได้รับการส่งตัวเพื่อเข้าไปรักษาด้วยโรคทางกาย และโรคทางจิตที่โรงพยาบาลนครพนมหรือโรงพยาบาลจิตเวชนครพนม อย่างไรก็ตามถึงแม้การบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุราผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการประเมินระดับการติดสุราและเข้าสู่กระบวนการรักษาทางชีวภาพโดยยาเพื่อป้องกันภาวะถอนพิษพิษสุรา ภายหลังจากนั้นผู้ป่วยจะต้องได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับมาดื่มซ้ำ ซึ่งการบำบัดรักษาทางจิตสังคมถือว่ามีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคติดสุราสามารถลดและเลิกการดื่มสุรา สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ สามารถทำงานได้ และก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีความหลากหลายของกระบวนการบำบัดและการประยุกต์ใช้แนวคิดในการบำบัด อย่างไรก็ตามการดื่มสุราจนป่วยด้วยโรคติดสุรา ปัจจัยทางด้านความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองได้จนกระทั่งเกิดภาวะติดสุราตามมา[6] ดังนั้นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดทางจิตสังคมวิธีหนึ่งที่ใช้ในการบำบัดผู้ดื่ม/ติดสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำภายในระยะเวลาอันสั้น การบำบัดที่ให้ผลดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) เป็นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นการปรับเปลี่ยนแก้ไขความคิดที่บิดเบือน ความเชื่อที่ฝังลึกที่ไม่เหมาะสม ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล มีพฤติกรรมที่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม รวมทั้งมีการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ดื่มสุรานั้นเป็นกระบวนการบำบัดที่เน้นปัญหาปัจจุบันของผู้ดื่มสุรา การปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จึงถือว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพ และพบว่ามีการนำไปใช้ในการบำบัดทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคติดสุราพบว่าหลังการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุราสามารถลดปริมาณและความถี่ในการดื่มสุรา เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพตามมา[7] นอกจากนั้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัด

เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการบำบัดอย่างเป็นระบบ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แก้ไขภาวะลังเล โดยเพิ่มแรงจูงใจ ซึ่งเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการบำบัดที่จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเอาชนะความลังเลได้ ดังนั้นควรให้ญาติหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดบัด[8] โดยคาดว่าจะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์มากขึ้น นำไปสู่การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเลิกดื่มสุราไม่กลับไปดื่มซ้ำและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

**ขอบเขตของการศึกษา**

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา โดยใช้ประยุกต์ใช้แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการในคลินิกรุ่งอรุณ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม แก่กลุ่มตัวอย่างที่มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการในเดือน มกราคม ถึง มีนาคม 2567

**รูปแบบการศึกษา**

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีแบบแผนการวิจัยเป็นแบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one sample t-test design) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการในคลินิกรุ่งอรุณ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลโพนสวรรค์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการที่คลินิกรุ่งอรุณ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability sample) โดยใช้วิธีการเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (simple random sampling) สำหรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* power กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ 0.5 และอำนาจการทดสอบ (Power) .85 เนื่องจากเป็นอิทธิพลขนาดกลางและระดับความเชื่อมั่น .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 31 คนและเพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตาม (drop out) ผู้วิจัยจึงปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคาดว่าจะมีการสูญหายร้อยละ 10 ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นจำนวน 35 คน

**เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย** 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา ซึ่งเป็นผู้ที่มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน โดยประเมินแบบประเมินปัญหาการดื่มสุราขององค์การอนามัยโลก ( Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT) 2) อายุ 20 ปีขึ้นไป 3) ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอาศัยในเขตตำบลโพนสวรรค์ และกำลังรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกรุ่งอรุณ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลโพนสวรรค์ 4) เป็นผู้ที่ผ่านพ้นภาวะถอนพิษสุรา มีคะแนน ความรุนแรงของ

ภาวะถอนพิษสุรา (Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol-Revised: CIWA-Ar) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน 5) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 6) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 7) สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

**เกณฑ์การพิจารณาเลิกหรือยุติการศึกษาทั้งโครงการ (Termination Criteria for the Study) ประกอบด้วย** กลุ่มเป้าหมายขอออกจากการศึกษาในระหว่างการดำเนินการเกินกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดมาตั้งแต่แรกเข้าร่วมโครงการ

**ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย**

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนสวรรค์ เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกทั้งในเรื่องสถานที่และการประสานอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้ศึกษาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งดูจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลของผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการที่คลินิกรุ่งอรุณ

3. ผู้ศึกษาแนะนำตัวกับผู้ป่วยชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ ผลกระทบต่างๆ รวมถึงการรักษาความลับ และการนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม เพื่อขอความร่วมมือและความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาและลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการซึ่งจะนัดในอีก 2 สัปดาห์ต่อไป

4. การดำเนินการศึกษา ตามกิจกรรมที่กำหนดในโปรแกรมฯ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินเบื้องต้น**

**กิจกรรมครั้งที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพ การวินิจฉัยภาวะผิดปกติ ผลกระทบที่เกี่ยวกับสุรา การคืนข้อมูลด้านสุขภาพรายบุคคลและการลงนามพันธสัญญาการดูแลตนเอง ผู้เข้าร่วมวิจัยและครอบครัวตั้งเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมเลิกดื่มสุรา

**กิจกรรมครั้งที่ 2** การค้นหาความคิดอัตโนมัติที่สัมพันธ์กับอารมณ์และพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมวิจัยและครอบครัว ค้นหาแนวทางในการเผชิญและปรับแนวคิดอัตโนมัติต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาและวางแผนหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่นำไปสู่พฤติกรรมการดื่มสุรา

**ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้พื้นฐาน**

**กิจกรรมครั้งที่ 3** การให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคสมองติดยา เปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยและครอบครัว ค้นหาแนวทางในการจัดการกับพฤติกรรมการดื่มสุรา

**กิจกรรมครั้งที่ 4** การให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับระบบครอบครัว ความสำคัญของสัมพันธภาพของครอบครัว โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยและครอบครัวค้นหาและเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองระหว่างครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับสัมพันธภาพทางลบระหว่างครอบครัว ปัจจัยการเกิด และผลกระทบในครอบครัว และแสดงความคิดเห็นในเรื่องความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา

**ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะส่งเสริมกิจกรรมทางบวก**

**กิจกรรมครั้งที่ 5** การสร้างแรงจูงใจ โดยการสรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับความสำเร็จของการเลิกดื่มสุรา ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยและครอบครัวจะได้รับในการเลิกดื่มสุรา ร่วมวิจัยและครอบครัวร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ใน 3 ประเด็นคือ 1) เหตุผลที่เข้ารับการบำบัด 2) เหตุผลที่ยังคงอยู่ในกระบวนการบำบัด และ 3) เหตุผลที่จะทำให้เลิกดื่มสุราได้สำเร็จ

**กิจกรรมครั้งที่ 6** การเจริญภาวนาแบบมีสติโดยอธิบายประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการเรียนรู้เคล็ดลับของการทำให้จิตใจมีความสงบสุขเพื่อช่วยให้สามารถ

เลิกดื่มสุราได้ และกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยและครอบครัวร่วมอภิปรายเกี่ยวกับการทำให้จิตใจมีความสงบสุข และการปฏิบัติการเจริญภาวนาเพื่อให้จิตใจสงบ มีสมาธิและปัญญาในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการดื่มสุราเพื่อช่วยให้สามารถเลิกดื่มสุราได้

**กิจกรรมครั้งที่ 7** การบำบัดทางจิตสังคมและการฟื้นฟูสัมพันธภาพ โดยร่วมค้นหาและเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดสุราและการฟื้นฟูสัมพันธภาพ และกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยและครอบครัวแสดงความคิดเห็นประสบการณ์เกี่ยวกับการติดสุรา ผลกระทบจากการดื่มสุรา ปัจจัยกระตุ้นการบำบัดที่สำเร็จ

**ขั้นตอนที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสารและการแก้ไขปัญหา**

**กิจกรรมครั้งที่ 8** การฝึกทักษะต่างๆ เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำโดยอธิบายกลไกการกลับไปดื่มสุราซ้ำ และกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยและครอบครัวแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ทักษะ หรือแนวทางที่ใช้ในการจัดการเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ

**กิจกรรมครั้งที่ 9** การสร้างคุณค่าของชีวิต การเสริมสร้างทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน โดยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยและครอบครัวแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเป้าหมายในชีวิต และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการกับอุปสรรคที่ขัดขวางเป้าหมายในชีวิต ทักษะชีวิตในสังคม

**กิจกรรมครั้งที่ 10** การเยี่ยมบ้าน โดยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยและครอบครัวแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำจากสภาพแวดล้อมในครอบครัวและชุมชน ทักษะหรือแนวทางที่ใช้ในการจัดการเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำจากสภาพแวดล้อมในครอบครัวและชุมชน

**ขั้นตอนที่ 5 การสิ้นสุดสัมพันธภาพ**

**กิจกรรมครั้งที่ 11** การติดตามทางโทรศัพท์ โดยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยและครอบครัวแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำจากสภาพแวดล้อมในครอบครัวและชุมชน ทักษะหรือแนวทางที่ใช้ในการจัดการเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำจากสภาพแวดล้อมในครอบครัวและชุมชน

**กิจกรรมครั้งที่ 12** การทบทวนความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดสุรา ความสำคัญของสัมพันธภาพของครอบครัว การฝึกทักษะต่างๆ ในการเลิกสุราและพฤติกรรมการป้องกันการดื่มสุราซ้ำ และสิ้นสุดสัมพันธภาพ

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการพยาบาล แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาล และแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุราโรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนมของบุคลากร เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุราโรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม คู่มือการการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยโรคติดสุราและตัวแบบจากผู้ป่วยโรคติดสุรา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งจากการศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามกรอบแนวคิดจากเนื้อหาวิชาการและทฤษฎี

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.96คำนวณหาค่า

ความเที่ยง (Reliability) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ผลความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha's Coefficient) เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.93 คำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราได้เท่ากับ 0.77 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุราได้เท่ากับ 0.82 แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลได้เท่ากับ 0.88 และแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุราได้เท่ากับ 0.78

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปคำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย หาค่ากลางและค่ากระจายตัว และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. พฤติกรรมการดื่มสุรา ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา ความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาล และความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การทดสอบความแตกต่าง เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา ค่าคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา ค่าคะแนนความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาล ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

**จริยธรรมในการวิจัย**

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นการปกป้องกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยให้มีความปลอดภัย ไม่ให้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice)[9] ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครพนม รหัสโครงการ REC 147/66 วันที่ 11 มกราคม 2567

**ผลการศึกษา**

**ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 94.3 เป็นเพศชาย มีอายุต่ำสุด 38 ปี อายุสูงสุด 62 ปี อายุเฉลี่ย 46.70 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.02 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.1 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาร้อยละ 62.9 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 45.7 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่ 1,501-4,000 บาทร้อยละ 34.3 ส่วนใหญ่มีสิทธิค่ารักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพ (สิทธิบัตรทอง) ร้อยละ 94.3 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคติดสุราต่ำสุด 5 ปี ระยะเวลาที่ท่านป่วยเป็นโรคติดสุราสูงสุด 11 ปี ระยะเวลาที่ท่านป่วยเป็นโรคติดสุราเฉลี่ย 6.72 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.68 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88.6 มีประวัติเคยได้รับการบำบัดโรคติดสุรา ร้อยละ 77.5 และส่วนใหญ่ร้อยละ 75 มีประวัติได้รับการบำบัดโรคติดสุราจากหน่วยบริการอื่น

**พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา** ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนการทดลองอยู่ในระดับ

แบบติด ($\bar{x}$ =32.97, S.D.=4.34) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคติดสุราอยู่ในระดับแบบเสี่ยงต่ำ ($\bar{x}$ =7.37, S.D.=1.27) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคติดสุรา พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรามากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา (n=35)

| ข้อมูล | ก่อนทดทอง (n=35) | | | หลังทดลอง (n=35) | | | t | df | P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\bar{x}$ | S.D. | ระดับ | $\bar{x}$ | S.D. | ระดับ | | | |
| พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา | 32.97 | 4.34 | แบบติด | 7.37 | 1.27 | แบบเสี่ยงต่ำ | 16.26 | 34 | 0.000 |

* p<0.05

**ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา** ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =12.08, S.D.=1.86) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ =27.85, S.D.=1.66) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรามากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา (n=35)

| ข้อมูล | ก่อนทดทอง (n=35) | | | หลังทดลอง (n=35) | | | t | df | P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\bar{x}$ | S.D. | ระดับ | $\bar{x}$ | S.D. | ระดับ | | | |
| ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา | 12.08 | 1.86 | ปานกลาง | 27.85 | 1.66 | สูง | -40.99 | 34 | 0.000 |

* p<0.05

**ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการพยาบาล** ลักษณะข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ที่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 40 รองลงมาคืออยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 30 และระยะเวลาที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรามากที่สุดอยู่ที่ 1-5 ปี ร้อยละ 60

**ความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาล** พบว่า ก่อนพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง (X=20.10, SD=1.65) หลังพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง (X=29.20, SD=1.15) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าหลังการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

**สรุปและอภิปรายผล**

**พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา** ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรามากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีการสนับสนุนความสามารถของตนเองจาก 4 แหล่งเรียนรู้ ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเอง การสังเกตและเรียนรู้จาก

ต้นแบบ การชักจูงโดยใช้คำพูดและการกระตุ้นทางอารมณ์ มีการคืนข้อมูลทางด้านสุขภาพรายบุคคลทั้งปกติและผิดปกติ ผลกระทบที่เกี่ยวกับสุราทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอันตราย ความรุนแรงของโรค และยินยอมลงนามพันธสัญญาการดูแลตนเอง ในโปรแกรมมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยวิจัยและครอบครัวค้นหาแนวทางในการเผชิญและปรับแนวคิดอัตโนมัติต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาและวางแผนหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่นำไปสู่พฤติกรรมการดื่มสุรา ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนตามบริบทของตนเอง พร้อมกับการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองติดยา โรคสมองติดสุรา และการจัดการกับพฤติกรรมการดื่มสุรา ร่วมกับกระตุ้นให้เห็นถึงความสำคัญของสัมพันธภาพของครอบครัวต่อการบำบัดรักษาพฤติกรรมการดื่มสุราและร่วมกันวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เกิดสัมพันธภาพทางบวกในครอบครัวเพื่อเสริมแรงจูงใจในการบำบัดรักษาพฤติกรรมการดื่มสุราซึ่งเป็นการบำบัดทางจิตสังคมและการฟื้นฟูสัมพันธภาพ เน้นการสร้างทักษะต่างๆ เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ อีกทั้งมีกิจกรรมการสร้างคุณค่าของชีวิต การเสริมสร้างทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนและการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคติดสุราและการโทรศัพท์ติดตามทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงเป้าหมายและคุณค่าของชีวิตมีการวางแผนเป้าหมายในชีวิต เข้าใจถึงทักษะชีวิตในสังคม ส่งผลให้หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรามากกว่าก่อนการทดลอง ดังการศึกษาของนุจรินทร์ บัวละคร พบว่า 1) ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคร่วมจิตเภทและสุรา หลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สูงกว่าก่อนได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยครอบครัวมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 2) ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคร่วมจิตเภทและสุรา หลังได้รับการบำบัด เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001[10] สอดคล้องกับการศึกษาของบุษกร วรากรอมรเดช, มรรยาท รุจิวิชญ์และชมชื่น สมประเสริฐ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดซ้ำหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ p < .001 กลุ่มทดลองที่ 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดซ้ำ หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p<.05[11]

**ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา** ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรามากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถอภิปรายได้ว่าโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุรานี้ มีลักษณะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยวิจัยและครอบครัวมีส่วนร่วมทุกกิจกรรมเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แก้ไขภาวะลังเลโดยเพิ่มแรงจูงใจส่งผลให้เกิดการได้รับความรักความเข้าใจและการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวจึงช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์มากขึ้น ซึ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการบำบัดอย่างเป็นระบบ[12] ส่งผลให้หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรามากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังการศึกษาของกนกวรรณ พวงมาลีประดับ, สมบัติ สกุลพรรณ์ และดาราวรรณ ต๊ะปินตา พบว่า ผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทุกราย มีความคิดเห็นว่าโปรแกรมมีประโยชน์ต่อการลด ละ เลิกการดื่มสุราและมีความพึงพอใจโดยภาพรวมต่อการได้รับโปรแกรมในระดับมากถึงมากที่สุด[13]

**ความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาล** พบว่า หลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าหลังการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ 0.05 สามารถอภิปรายได้ว่าโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม เป็นโปรแกรมที่สร้างขึ้นมาจากการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพในการวิเคราะห์สภาพปัญหาของระบบนำสู่การกำหนดรูปแบบ ซึ่งทุกกิจกรรมสามารถปฏิบัติได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก ในแต่ละหัวข้อมีความชัดเจน เข้าใจง่าย ช่วยให้ท่านสามารถประเมินได้ทุกขั้นตอน ช่วยให้บุคลากรทางการพยาบาลสามารถปฏิบัติงานและดำเนินการในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและถูกต้องและก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีนั่นคือช่วยแก้ไขปัญหาและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ ทำให้หลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นกว่าหลังการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ พวงมาลีประดับ, สมบัติ สกุลพรรณ์ และดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2563) พบว่าบุคลากรทางการพยาบาลผู้ใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร้อยละ 100 มีความคิดเห็นว่าโปรแกรมมีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานต่อผู้ป่วยและญาติในระดับมาก และร้อยละ 83.33 มีความคิดเห็นว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมต่อการนำมาใช้ในหน่วยงาน และมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้โปรแกรมในระดับมาก[13]

**ข้อเสนอแนะ**

1. ควรนำโปรแกรมฯ นี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์โดยกำหนดเป็นนโยบายในระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนลงสู่หน่วยงานบริการระดับปฐมภูมิ นำสู่การเกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีต่อผู้ป่วยโรคติดสุราในชุมชนต่อไป

2. การนำโปรแกรมฯ ไปใช้กับการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา พยาบาลจะต้องมีพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุราและสารเสพติด รวมถึงการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีทักษะในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด เพื่อสามารถดำเนินกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2013). **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020.** Geneva: World Health Organization; 65-70
2. World Health Organization. (2019). **Global status report on alcohol and health 2018.** World Health Organization. Retrieved March 20, 2019, from https:/apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/ 274603/9789241565639 - eng.pdf
3. โสภิต นาสืบ และอรทัย วลีวงศ์. (2560). **สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ (สวน.) ศูนย์วิจัย ปัญหาสุรา.** เรียกใช้เมื่อ 20 มีนาคม 2565 จาก http://thaincd.com/document/ doc/meeting-seminar/download1no502.pdf
4. อธิบ ตันอารีย์และพลเทพ วิจิตรคุณากร. (2562). สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และดัชนีความ เสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัดในประเทศไทย: ข้อมูลสำรวจ พ.ศ. 2560. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.** 13(4): 353-367.
5. วารีพร ชูศรี, บุตรี โรจน์พงศ์, จุฑามาศ พรหมมนตรีและสรัญณี อุเส็นยาง. (2561). ผลกระทบต่อครอบครัวจากการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใน เขตจังหวัดสงขลา. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
6. ธิษณามา โพธิ์งาม และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2561). ผลของโปรแกรมการบำบัดสัมพันธภาพของคู่สมรส แบบสั้นต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยโรคติดสุรา. วารสารพยาบาลทหารบก, 19, 450-458.
7. กัลฐิพร ชัยประทานพงษ์และเรืองศิริ ภานุเวศ. (2566). ประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคมด้วยโปรแกรมสติบำบัด ต่อระดับปัญหาการดื่มสุรา และระยะเวลาการกลับไปเสพติดสุราซ้ำของผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์, 10(1), 258-275.

8. Sellman, J. D., Sullivan, P. F., Dore, G. M., Adamson, S. J., & MacEwan, I. (2001). A Randomized controlled trial of motivational enhancement therapy (MET) for mild to moderate alcohol dependence. Journal of Studies on Alcohol 2001; 62(3): 389 – 96.

9. บุปผา ศิริรัศมี, จรรยา เศรษฐบุตร, และเบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์. (2544). จริยธรรมสำหรับการศึกษาวิจัยในคน. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

10. นุจรินทร์ บัวละคร, รังสิมันต์ สุนทร ไชยาและสารรัตน์ วุฒิอาภา. (2560). ผลของโปรแกรมการ บำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยในโรคร่วมจิตเภทและสุรา, (No. 138194). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

11. บุษกร วรากรอมรเดช, มรรยาท รุจิวิชชญ์และชมชื่น สมประเสริฐ. (2560). ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อการป้องกันพฤติกรรมการติดซ้ำในผู้ป่วยติดสุรา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 31(3), 45-57.

12. Miller, W.R. & Rollnick, S. (1995). Motivational interviewing: What is MI?. Behavior and cognitive psychotherapy, Retrieved from: Http://M Motivational Interview.drg/clinical/interaction.html.

13. กนกวรรณ พวงมาลีประดับ, สมบัติ สกุลพรรณ์ และดาราวรรณ ต๊ะปินตา. (2563). ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน. พยาบาลสาร, 47(2), 297-309.

# ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
# Factors affecting falls among the elderly Elderly People In Pho Yai Sub-district of Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: April 28,2024 ; Revised: April 29,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์[1] นุชจรินทร์ แก่นบุปผา[1] พนาไพร โฉมงาม[1] นัจจรินทร์ ผิวผ่อง[1] ดวงกมล หน่อแก้ว[1]**
**Sukhontip Arunkamonphat [1] Nutcharin Kanbuppa[1] Phanaprai Chomngam[1] Natjarin Phiwphong[1]**
**Duangkamon Nokkaew[1]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุเพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ จำนวน 430 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 – ธันวาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ 75 ใช้สถิติเชิงอนุมานในการหาปัจจัยทำนายโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีทั้งหมด 3 ปัจจัย ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถแห่งตน และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 55.7 ($R^2$=0.561, $R^2$adj=0.557, $SE_{est}$= 3.8428, F= 181.137, p < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**คำสำคัญ :** ปัจจัย พฤติกรรม การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

**Abstract**

The objective of this survey research by cross-sectional study aimed to study the factors affecting falls among the elderly in Pho Yai Sub-district of Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. The sample consisted of 430 people in In Pho Yai Sub-district of Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. Data were collected using a questionnaire created by the researcher between October,2023 and December,2023. Data were analyzed using descriptive statistics. Frequency, percentage, mean, standard deviation, median, 25th and 75 th percentiles were used. Inferential statistics were used to determine predictive factors using multiple regression analysis.

The results of the research revealed that the factors affecting the falls of the elderly. In Pho Yai Sub-district of Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province has a total of 3 factors: social support, perception of self-efficacy and Perception of the risk of falls, together they can explain the variations in factors affecting falls among the elderly in Pho Yai Sub-district of Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province, percentage 55.7 percent (($R^2$=0.561, $R^2$adj=0.557, $SE_{est}$= 3.8428, F= 181.137, p < 0.001) were statistically significant at the 0.05 level.

**Keyword:** Factors affecting, falls among the elderly

## บทนำ

ในปัจจุบันสถานการณ์ประชากรสูงอายุทั่วโลกมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นจนทั่วโลกกลายเป็นสังคมสูงอายุ[1] โดยประชากรในอาเซียนได้มีประชากรกลุ่มผู้อายุสูงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน ซึ่งประเทศในภูมิภาคอาเซียนที่กำลังเข้าสู่เป็นสังคมสูงอายุแล้วมีทั้งหมด 3 ประเทศ ได้แก่ สาธารณรัฐสิงคโปร์ ไทย และสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม โดยมีสัดส่วน

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ของผู้สูงอายุคิดเป็น ร้อยละ 20, 17 และ11 ตามลำดับ 1 ซึ่งประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นปีแรกที่มีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ และต่อมาในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 16.73 ของประชากรทั้งประเทศจนก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete - Aged Society)และในปี 2560 – 2564 จะมีสัดส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 โดยมีจำนวนผู้สูงอายุที่ทำงานเพิ่มสูงขึ้นจาก4.06 ล้านคน ในปี2560 เป็น 4.36 ล้านคนและในปี 2561 ลดลงเล็กน้อยเป็น 4.23 ในปี 2563 หลังจากนั้นเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็น 4.88 ล้านคน ในปี 2564[2] ซึ่งสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะโรคเรื้อรังมากขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน เป็นต้น ทำให้ต้องมีการ รักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน ผู้สูงอายุจึงต้องการการพึ่งพามากขึ้น ประกอบกับร่างกายที่เสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น มีการผิดรูปของข้อต่างๆ ส่งผลให้มีการทรงตัวและการเคลื่อนไหวผิดปกติผลที่ตามมาและเกิดความ เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้[3]

จากข้อมูลการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุในปีงบประมาณ 2566ในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue book application) จำนวน 9,621,991 คน พบว่าผู้สูงอายุมีความผิดปกติทางด้านการเคลื่อนไหวจำนวน 994,541 คน มีความผิดปกติด้านการมองเห็นจำนวน 1,161,500 คน และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงจำนวน507,216 คน[4] ซึ่งปัจจัยทั้งสามด้านนี้เป็นความเสี่ยงซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอัตราการพลักตกหกล้มได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งผลของการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองในกลุ่มของการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจ รองจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน การพลัดตกหกล้มมีตั้งแต่การล้มบนพื้นระดับเดียวกัน จากการลื่น สะดุดก้าวพลาด ถูกผู้อื่นชนหรือดัน หรือการล้มจากระดับหนึ่งไปสู่ระดับหนึ่ง เช่นจากการปีน ตกจากที่สูง ตกบันได รวมถึงการตกหรือล้มที่เกี่ยวข้องกับเก้าอี้ เตียง รถเข็น เฟอร์นิเจอร์ เป็นต้น[4]

การพลัดตกหกล้มมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในปี พ.ศ. 2545 ประมาณ 391000 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 424,000 คน ในปี2555(เฉลี่ยวันละ 1,160 คน) สำหรับประเทศไทยมีผู้สูงอายุเสียชีวิตกว่า 1000 คน หรือเฉลี่ยวันละ 3 คน โดยเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิงกว่า 3 เท่า[5] ความเสี่ยงพลัดตกหกล้มเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ ภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ถือว่าเป็นกลุ่มอาการผู้สูงอายุที่สำคัญ เนื่องจากภาวะหกล้มในวัยอื่นอาจดูว่า เป็นอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นได้ แต่ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ ไม่ถือว่าเป็นเรื่องปกติ แต่ถือว่าเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) เนื่องจากพบได้บ่อยและมักเป็นสัญญาณเตือนถึงอาการผิดปกติที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องหาสาเหตุ ให้การรักษา และป้องกันการเกิดซ้ำ ความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดตกหกล้มในชุมชนในช่วง 6 เดือน ร้อยละ 20 โดยแบ่งเป็นความชุกในผู้หญิงร้อยละ 24.1 ในผู้ชาย ร้อยละ 12.1 โดยในแต่ละปีมีผู้สูงอายุมากกว่า 1 ใน 3 เกิดภาวะหกล้ม โดยครึ่งหนึ่งของผู้ที่หกล้ม จะเกิดภาวะหกล้มซ้ำซ้อนแต่อุบัติการณ์ของภาวะหกล้มมักต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากส่วนใหญ่เชื่อว่าเป็นเรื่องปกติของ วัยสูงอายุ และพบว่า ผู้สูงอายุที่หกล้มแล้วมีกระดูกสะโพกหัก ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 1 ใน 4 จะเสียชีวิตในเวลา 1 ปีต่อมา[6 7]

จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 396,268 คนจากประชากรทั้งหมด 1,869,806 คนคิดเป็นร้อยละ 21.19 เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 29,050 คน จากประชากรทั้งหมดจำนวน 79,983 คน คิดเป็นร้อยละ 36.32[8] เป็นระดับการก้าวสู่สังคม

ผู้สูงอายุ (Aging Society) โดยสมบูรณ์ จากการคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเด็นการพลัดตกหกล้มในปี2566 ของจังหวัดอุบลราชธานีพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจำนวน 1,375 คน ส่วนในอำเภอวารินชำราบมีการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้มจำนวน 578 คน พบผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจำนวน 29 ราย[8] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่ ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่รับผิดชอบจำนวน 13 หมู่บ้าน โดยมีประชากรทั้งหมด 8,299 คนและมีประชากรกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 1,143 คน คิดเป็นสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 13.77 โดยแบ่งผู้สูงอายุตามเกณฑ์การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคมจำนวน 972 คน กลุ่มติดบ้านจำนวน 151 คนและกลุ่มติดเตียงจำนวน 20 คน และผลการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุพบข้อเข่าผิดปกติ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 1.14 และมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้มจำนวน 92 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.04[9] ซึ่งในผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้มีโอกาสที่จะเกิดการพลัดตกหกล้มและเกิดการบาดเจ็บจนถึงขั้นพิการ ต้องเป็นภาระต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชนในการจัดบริการดูแลรักษา อีกทั้งถ้าการพลัดตกหกล้มมีภาวะรุนแรงเนื่องจากผู้สูงอายุมีโรคเรื้องรังเดิมอยู่แล้วหรือการพลัดตกหกล้มที่เกิดขึ้นในอวัยวะที่สำคัญอาจจะมีความรุนแรงจนส่งผลให้ผู้สูงอายุถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นทีมสุขภาพและชุมชนจึงเห็นความสำคัญและดำเนินการศึกษาหาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลโพธิ์ใหญ่ เพื่อนำปัจจัยที่ได้มาพัฒนารูปแบบที่สามารถลดอัตราการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุได้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่สอดรับในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนได้ รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

**วิธีการวิจัย**

**รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของของผู้สูงอายุในตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

**กลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในเขตตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 430 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณเพื่อประมาณความแม่นยำในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Accuracy

Parameter Estimated: AIPE) ซึ่ง เคลลี่และแม็กเวล(Kelly & Maxwell, 2003)[10] นำเสนอโดยมีสูตรในการคำนวณดังนี้

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

$N_M$ = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง N = จำนวนตัวอย่างที่ได้จากสมการที่ (2) ที่นำเสนอโดย Cohan (1988)P = จำนวนของตัวแปรทำนายใน full model (กำหนดให้ 4 predictors)

$\alpha$ = ระดับจุดตัดสินใจสำหรับทดสอบช่วงเชื่อมั่น (0.05)

w = ครึ่งหนึ่งของช่วงเชื่อมั่นของตัวแปรทำนายหลัก

$R^2$ = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์การวิเคราะห์ถดถอยสำหรับ full model ซึ่งได้จากการศึกษาของ บุณณดา โสพัฒน์(2566)[11] เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพลัดตก หกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ ($R^2$=0.203)

$R^2_{x\text{-}xj}$ = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรต้นหลักกับตัวแปรต้นอื่นๆ บุณณดา โสพัฒน์(2566)[11] ($R^2$=0.073)]

$X^2_{(1-\gamma;N-1)}$ = ควอไทลที่ 1– $\gamma$ ของการแจกแจงไครสแควรมีองศาแห่งความอิสระ (Degree of freedom; df) เท่ากับ N-1

ได้ขนาดตัวอย่างสำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 190 คน ผู้วิจัยคิดค่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดความคลาดเคลื่อน (Design Effect) ผู้วิจัยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 15 ซึ่งการคาดการณ์นี้ได้จากการศึกษาของ Berghout และคณะ อ้างถึงใน สงกรานต์ กลั่นด้วง [12] พบว่า มีผู้ออกจากการทดลอง 112 คน จากผู้เข้าร่วมการทดลองทั้งหมด 735 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.26 ดังนั้นผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างจากที่คำนวณได้ร้อยละ 15 = 28.99 ประมาณ 30 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 220 คน แต่เนื่องจากการคัดกรองภาวะพลัดตกหกล้มในเขตตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในปี 2566 พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้มจำนวน 430 คน ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งหมด ระยะเวลาที่ทำการศึกษา ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2566 – ธันวาคม 2566

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ปรับมาจากแบบสัมภาษณ์ภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ [11] โดยแบ่งเป็น 8 ส่วน

1. แบบสัมภาษณ์ (Questionnaire) ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการพลัดตกหกล้มผู้สูงอายุและพฤติกรรมการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี แบ่งเป็น 8 ตอน ดังต่อไปนี้ ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงทางด้านร่างกายต่อการพลัดตกหกล้ม ตอนที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมต่อการพลัดตกหกล้ม ตอนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มและผลกระทบ ตอนที่ 5 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ตอนที่ 6 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ตอนที่ 7 การสนับสนุนทางสังคมและตอนที่ 8 พฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

การหาคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) นำเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหา (IOC) ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา ตั้งแต่ 0.67-1 หาความเชื่อมั่น

ของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดสอบหาความเชื่อมั่นไปทดลองใช้ (Try Out) กับภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลเพียเก้า อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามทำการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ( Cranach's' Alpha Coefficient)[13] ได้ค่าความเชื่อมั่นของปัจจัยด้านร่างกายเท่ากับ 0.84 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เท่ากับ 0.76 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.82 ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงเท่ากับ 0.82 ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงเท่ากับ 0.76 ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์เท่ากับ0.78 ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรค0.76 ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตน เท่ากับ 0.82 พฤติกรรมการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเท่ากับ 0.76 ตามลำดับ คำนวณค่าสัมประสิทธิ์โดยใช้ Kuder-Richardson-20[14] ได้ค่าความเชื่อมั่นของปัจจัยด้านความรู้และผลกระทบต่อภาวะพลัดตกหกล้ม เท่ากับ 0.82

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Study) ผู้วิจัยใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง โดยการ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ 75

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีโดยการศึกษาความสัมพันธ์เชิงเดี่ยว (Bivariate analysis) ใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยวิธีของ Pearson's moment Product และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ถดถอยเชิงพหุ Multiple Regression แบบ Step wise กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

**จริยธรรมการวิจัย**

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ได้รับการรับรองจริยธรรมโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SCPHUB 1018/2566 ลงวันที่ 30 กันยายน 2566

**ผลการศึกษา**

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยต่อไปนี้ จำแนกการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 อายุเฉลี่ย71.32 ปี (SD=9.205 )ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.1 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 84.7 รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 4525.94 บาทต่อเดือน (SD=6743.92)รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 801.7 บาท (SD=1195.5) สถานภาพการอยู่อาศัย อยู่กับบุตรมากที่สุดร้อยละ 47.0พบโรคจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ42.1และพบว่าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ29.8 ส่วนมากมีภาวะโภชนาการสมส่วนร้อยละ 84.6 ช่วยเหลือตัวเองได้ดีร้อยละ 83.7 การได้รับความช่วยเหลือจากสังคมส่วนมากได้รับความช่วยเหลือด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 33.7 รองลงมาได้แก่การได้รับความช่วยเหลือด้านอาชีพร้อยละ 28.6 การช่วยเหลือด้านรายได้ร้อยละ 25.1 สอดคล้องกับหน่วยงานที่สนับสนุนในการช่วยเหลือผู้สูงอายุมากที่สุดได้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คิดเป็นร้อยละ 56.5

2 ปัญหาด้านสุขภาพที่มีปัญหาต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุได้แก่ การมองเห็นไม่ชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 27.0 ส่วนมากเกิดจากสาเหตุตาพร่ามัวร้อยละ 2.8 การได้ยินลดลง คิดเป็นร้อยละ 10.2 พบหูตึง 1 ข้าง ร้อยละ 10.5 หูตึงทั้ง 2 ข้างร้อยละ 4.2 พบการเดินผิดปกติ ร้อยละ 16 เดินโดยใช้อุปกรณ์ร้อยละ 17.9 มีประวัติเคยหกล้มร้อยละ 28.4 ส่วนสาเหตุส่วนใหญ่ที่ล้มมาจากการเดินสะดุด

คิดเป็นร้อยละ 20.5รองลงมาคือก้าวพลาดร้อยละ 8.1 และวิงเวียนเป็นลมร้อยละ 1.6 การหกล้มส่วนใหญ่ไม่บาดเจ็บรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 24.9บาดเจ็บเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ14.9 ส่วนใหญ่เป็นแผลฟกช้ำร้อยละ 25.3 แผลถลอกร้อยละ 6.3 แผลฉีกขาดร้อยละ 3.7 กระดูกหัก ร้อยละ 1.2 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ74.2 ดื่มนานๆครั้งร้อยละ 13.3 ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมต่อการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ ลักษณะบ้านเป็นบ้านชั้นเดียวใต้ถุนสูงร้อยละ 20.7 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นอนชั้นล่างคิดเป็นร้อยละ 73.3 การปูพื้นในห้องน้ำเป็นกระเบื้องแบบลื่นคิดเป็นร้อยละ 52.3 การใช้ส้วมส่วนมากเป็นส้วมนั่งยองร้อยละ 65.8 แสงสว่างเพียงพอร้อยละ 89.8 จัดสิ่งของภายในบ้านเป็นระเบียบร้อยละ 77.4 การใช้พรหมเช็ดเท้าร้อยละ 61 .4 พรมเช็ดเท้าเป็นพรมลื่นร้อยละ 5.8 ใช้เศษผ้ารุ่งริ่งเป็นที่เช็ดเท้าร้อยละ 2.3 การจัดสิ่งแวดล้อมภายในเหมาะสมร้อยละ 76.7 สภาพบ้านมีความแข็งแรงร้อยละ 71.2

3. ผลการวิเคราะห์ระดับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มและผลกระทบอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.86(SD=3.32) )ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 13.56-14.17 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 67.80-70.85การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.36(SD=4.32) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 19.98-20.83 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อย79.92-83.32การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.87(SD=3.19) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 20.58-21.17 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 82.32-84.68 การรับรู้ความรุนแรงของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.53(SD=6.87) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 19.97-21.30คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 79.88-85.20 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.52(SD=2.38) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 17.30-17.75 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 69.20-71.00 การรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ14.89 (SD=2.51) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 14.62-15.14 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 58.48-60.56 แรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 52.92(SD=8.59) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 52.14-53.73 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 69.52-71.64พฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 29.86(SD=5.78)ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 29.30-30.37คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 81.38-84.36 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี แยกรายตัวแปร (n=430 คน)

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (n=430 คน)ทีละตัวแปร พบตัวแปรที่มีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 2 ตัวแปร คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ($r=-0.488$, $p<0.001$) ปัจจัยการรับรู้ความสามารถแห่งตน ($r=0.640, p<0.001$) ส่วนปัจจัยอื่นๆได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม($0.093, p=0.054$) การรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม ($r=0.049, p=0.310$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ($r=0.025$, $p=0.599$) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ($r=-0.052$, $p=0.282$) และการรับรู้ความเสี่ยง ($r=0.080$, $p=0.098$) ตามลำดับรายละเอียดตามตารางที่ 1

**ตารางที่** 1 ตารางแสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี แยกรายตัวแปร (n=430 คน)แยกรายตัวแปร

| ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ระดับความสัมพันธ์ (r) | p-value |
|---|---|---|---|
| อายุ | 71.32(9.21) | -0.087 | 0.072 |
| รายได้ | 4,546(6250.63) | -0.002 | 0.966 |
| รายได้ของ CG 667.40(154.61) -0.121 0.012 | | | |
| ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม | 16.39(22.19) | 0.040 | 0.946 |
| การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม | 20.36(4.32) | 0.080 | 0.098 |
| การรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม | 20.53(9.32) | 0.049 | 0.310 |
| การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม | 20.87(3.19) | 0.025 | 0.599 |
| การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม | 17.52(2.38) | 0.640 | 0.001** |
| การรับรู้ความสามารถของตนเอง | 14.89(2.51) | 0.134 | 0.122 |
| แรงสนับสนุนทางสังคม | 52.93(8.59) | 0.215 | 0.001** |

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

**4. การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี(n=430 คน)** จากการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี( (n=430 คน) พบว่าตัวแปรตัวที่ 1 การรับรู้ความสามารถแห่งตน สามารถทำนายได้ร้อยละ 41.0 ($R^2$=0.410) ตัวแปรที่ 2 แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนาย ได้ร้อยละ 7.3 ($R^2$=0.073)และตัวแปรที่ 3การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มได้ร้อยละ7.8 ($R^2$= 0.078) โดยตัวแปรทั้ง 3 ตัวสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 55.7( $R^2$=0.561, $R^2_{adj}$=0.557, $SE_{est}$= 3.8428, F= 181.137, p < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของระดับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี( n=430)

| โมเดลวิเคราะห์ | ตัวแปร | สัมประสิทธิ์ถดถอย (Coefficient) | | $R^2$ | $R^2_{adj}$ | $Sr^2$ | $R^2$ change |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | B | β | | | | |
| โมเดลที่ดีที่สุด | การรับรู้ความสามารถแก่งตน | 1.080 | 0.469 | 0.410 | 0.409 | 4.442 | 0.410 |
| | การรับรู้โอกาสเสี่ยงการสนับสนุนทางสังคม | -0.333<br>0.519 | 0.038<br>0.044 | 0.483<br>0.561 | 0.481<br>0.557 | 4.163<br>3.842 | 0.073<br>0.078 |

Constant = 7.022, ($R^2$=0.561, $R^2$adj=0.557, $SE_{est}$= 3.8428, F= 181.137, p < 0.001)

**สรุปและอภิปรายผล**

1. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีมีจำนวน 3 ตัวแปร คือ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถแห่งตน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีได้ร้อยละ 57.7($R^2$=0.577) สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ(Social Support, House,1985)[15] แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในทางบวก มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริม ให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของผู้ที่ได้รับ เป็นการได้รับ การช่วยเหลือ หรือการได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเชาวน์ปัญญาได้แก่การได้รับกำลังใจ ได้รับการส่งเสริม ซึ่งเมื่อตัวบุคคลได้รับการสนับสนุนในรูปแบบต่างๆดังที่กล่าวมา จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ว่าตนได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่าและการยอมรับ ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจ ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผลทางจิตใจ คือทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ มีแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหาจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและสถานการณ์ และมีความเครียดลดลง ส่วนผลทางด้านร่างกายคือส่งผลต่อการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ ระบบฮอร์โมน และระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ร่างกายรู้สึกสบายและผ่อนคลาย และมีสุขภาพที่แข็งแรง มีภูมิด้านทานโรคสูง ซึ่งได้แก่ การสนับสนุนด้านสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และ ด้านวัตถุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโสภิตตา แสนวาและคณะ[16] ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยประยุกต์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรีโดยกลุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองจำนวน30 คนและผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลใกล้เคียง โดยมีกิจกรรมการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มประกอบด้วย การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้สูงอายุ จากบุคลากรสาธารณสุข และ อสม. กลุ่มเพื่อน และญาติ ตั้งแต่การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ความรู้การดูแลตนเอง การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและการช่วยสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก ผลการศึกษาพบว่าคะแนนการประเมินความเสี่ยงของผู้สูงอายุลดลงและการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยโดยชุมชนเพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมหลังการทดลองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวรรณ สมตน[17] ที่มีการสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ออกเยี่ยมบ้านการติดตามและให้กำลังใจในการปฏิบัติตัว การให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล และการสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และการใช้คำพูดในการชื่นชมหรือให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มร่วมด้วย ส่งผลให้ผู้สูงอายุในครอบครัวมีความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองและไม่มีภาวะพลัดตกหกล้มซ้ำอีก

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะพลัดตกหกล้มสามารถทำนายพฤติกรรมได้ร้อยละ 7.3 ($R^2$=0.073) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติที่ระดับ <0.001 อธิบายได้ว่า ปัจจุบันผู้สูงอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อสุขภาพของตนเองได้ตลอดเวลาง่ายและสะดวกขึ้นยิ่ง การได้รับข้อมูลข่าวสารทั้งจากบุคคลและสื่อสุขภาพในช่องทางต่างๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้และสามารถ อย่างไรก็ตามเมื่อมีอายุมากขึ้นระบบต่างๆ ในร่างกายเสื่อมลง ทำให้สภาพร่างกายเสื่อมถอยลง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มได้

ง่ายเพราะการเคลื่อนไหวของร่างกายไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันได้ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยกับพฤติกรรมสุขภาพและสภาพสิ่งแวดล้อมทั้งในบ้านและในชุมชนที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การที่ภายในบ้านมืดสลัว โดยเฉพาะบริเวณบันไดและห้องน้ำทำให้มองเห็นไม่ชัดเจนเป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้ม การใส่รองเท้าที่ไม่พอดีกับเท้าหรือพื้นรองเท้าไม่มีดอกยางทำให้เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และการมีสายตาผิดปกติหรือมีโรคทางตา ทำให้การมองเห็นไม่ชัดเจนและเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยพบว่ามากกว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุ(ร้อยละ 27.43) เคยมีประวัติการพลัดตกหกล้มในรอบ6 เดือนที่ผ่านมาตวงรัตน์ อัคนานและคณะ[18] ซึ่งความตระหนักและเห็นความสำคัญให้ความร่วมมือปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเอง ส่งผลให้มีการแสดงออกในพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มมากขึ้น โดยสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher & Rosenstock[19]ที่ว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นความเชื่อหรือความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดโรค การที่บุคคลจะแสวงหาและกระทำหรือปฏิบัติตามคำแนะนำ ด้านสุขภาพนั้นอย่างน้อยบุคคลต้องมีความเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือถ้าหากบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อยหรือไม่ถูกต้อง จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับตวงรัตน์ อัคนานและคณะ[18] ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชนอำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (r=0.204, p<0.001) การรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม (r=0.122, p=0.001) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม (r=0.176, p<0.001) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม (r= 0.179, p<0.001) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม (r= 0.168,p=0.001) หรือการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของบุณณดา โสพัฒน์ [11]ที่พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงในการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มได้ดีมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องจัดกิจกรรมที่จะเสริมสร้างการรับรู้ให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น การการให้ความรู้ เกี่ยวกับปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม เช่นการปฏิบัติตัวในการใช้ยาที่ต้องรับประทานเป็นประจำเช่น หลังรับประทานยาลดความดันโลหิตของผู้สูงอายุควรระมัดระวังการเป็นลมหน้ามืดจากการเปลี่ยนท่าอย่างรวดเร็ว ควรนั่งพักหรือหลีกเลี่ยงการลุกนั่งอย่างรวดเร็วการออกำลังกายกล้ามเนื้อขาเพื่อให้เกิดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น ขาอ่อนแรง การมองเห็นไม่ชัดเจนและดำเนินการในการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นให้แก่ผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดกิจกรรมพูดคุยถึงผลกระทบของการหกล้มของผู้สูงอายเพื่อสร้างองค์ความรู้และฝึกปฏิบัติการสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุตัดสินในในการปฏิบัติตัวที่จะดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะหกล้มต่อไป

การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มสามารถทำนายพฤติกรรมได้ร้อยละ 7.3 ($R^2$=0.078) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติที่ระดับ <0.001 เมื่อบุคคลประเมินตนเองว่ามีความสามารถ เพียงพอหรือมีความถนัดในงานที่ได้รับมอบหมาย จะตัดสินใจที่จะลงมือทำงานนั้นอย่างเต็มที่ทำงานด้วยความมั่นใจ ไร้กังวล เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จแม้ว่าจะมีความยาก ซับซ้อน หรือมีอุปสรรค บุคลากรจะมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะพลัดตกหกล้มสอดคล้องกับการศึกษาของ อุบลทิพย์ ไชยแสงและคณะ[20] ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเทศบาลนครยะลา

จังหวัดยะลาพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 (r=.611) ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงก็จะมีพฤติกรรมจะมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน Sarapun, Sirisopon,et al.[21] ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม อธิบายได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้ม เป็นการประเมินถึงความสามารถของตนเอง ซึ่งผู้สูงอายุสามารถที่ปฏิบัติได้เพื่อป้องกันการหกล้มและจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตน การจัดวางเครื่องเรือน และสิ่งของไม่เกะกะกีดขวางทางเดิน การดูแลไม่ให้พื้นห้องน้ำลื่น การจัดให้มีราวจับบริเวณทางเดินหรือบันได และจัดการแสงสว่างที่เพียงพอ อยู่ในระดับสูงสุด (M=2.68, SD=0.59) และเมื่อผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มได้ ก็สามารถที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มได้เช่นกัน ซึ่งเป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura,1978)[22] ซึ่งกล่าวว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตน ในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเองจึงเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิด เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และพฤติกรรมการแสดงออก ส่งผลให้การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุและส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

**ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย**

1. ควรมีการศึกษาแนวทางการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการหกล้มในผู้สูงอายุจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ที่เพียงพอ เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันแก้ไขปัญหาการหกล้มในผู้สูงอายุ ในระดับนโยบายตามบริบทของพื้นที่และวัฒนธรรมของท้องถิ่นของผู้สูงอายุต่อไป

2. ควรนำข้อมูลที่ได้จากการทำการศึกษาไปประยุกต์เป็นรูปแบบวิจัยกึ่งทดลองโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพหรือใช้กลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ การสานพลังจากทุกภาคส่วนและสร้างเครือข่าย (collaborating and networking) เพื่อขับเคลื่อนการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่ การกำหนดนโยบายในระดับอำเภอตำบลและกำหนดแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุเป็นแนวทางเดียวกัน

3. การออกแบบแนวทางหรือรูปแบบในการสร้างองค์ความรู้ให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ รวมถึงการเตรียมความพร้อมของร่ายกายเพื่อเผชิญกับความเสื่อมถอยทางร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การแสวงหาหรือการระดมสรรพกำลังและทรัพยากร (leveraging new resources) เพื่อยกระดับให้สูงขึ้นและเพียงพอต่อการดำเนินงาน ไม่ว่าจะเป็นการแบ่งปันหรือรวมงบประมาณเข้าด้วยกัน การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและทดลองใช้โมเดลการทำงานแบบใหม่

5. ควรมีการขยายผลการศึกษาไปยังผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะเฉพาะหรือกลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มติดบ้านติดเตียง กลุ่มเปราะบางในพื้นที่ที่แตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ชนบท หรือภูมิภาคอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่

## เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2562.
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2020). World Population Ageing 2019 (ST/ESA/SER.A/444). New York: United Nations.
3.กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, ระบบสถิติทางการทะเบียน, สถิติจำนวนประชากรแยกรายอายุ.(ออนไลน์) 2566 (อ้างเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2566). จาก: https://bluebook.anamai.moph.go.th/
4. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย,2556รายงานการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556,สำนักส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.โรงพิมพ์วัชรินทร์ พี.พี.
5.สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข.(2565).สรุปผลที่สำคัญการทำงานของผู้สูงอายุไทย ปี 2564.สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.กองสถิติพยากรณ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
6.กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย.(2566).ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน. (ออนไลน์) 2564(อ้างเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2566).จาก: http://dashboard.anamai.moph.go.th/population/pop-all/changwat?year=2023&cw=33.
7. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข , รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ(อายุ60ปีขึ้นไป)ใน ประเทศไทย ปี พ.ศ.2560-2564.
8.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. ข้อมูลบริหารจัดการระบบสุขภาพผู้สูงอายุ(HDC).สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.2566. สืบค้นวันที่ 1 กรกฎาคม 2566 https://ubn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=df0700e8e3c79802b208b8780ab64d61.
9.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ.ข้อมูลการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2566.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.
10. Lemeshow S,. Howmer Jr DW., Klar J. and Lwanga SK. (1990). Adequacy of sample size in health studies. West Sussex : John Wiley & Sons Ltd.
11.บุณณดา โสพัฒน์.(2566).ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ.วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพจังหวัดศรีสะเกษ.ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2566:93-106.
12.สงกรานต์ กลั่นด้วง. (2548). การประยุกต์ใช้ The “ take PRIDE ” Programในการส่งเสริม พฤติกรรมการกากบตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบณฑิต สาขาวชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
13. Cronbach, Lee J. 1951. “ Coefficient Alpha and The Internal Structure of Tests. Psychometrika. 16(1951) : 297 – 334.
14. Kuder Richardson. (1993). การหาความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KuderRichardson Method) สืบค้นจาก http://www.wijai48.com/leriabiliyty/Richardson.htm
15. House, J.S. and Kahn, R.L. (1985). Meansures and concepts of social support in Cohen,S. And Syme, S.L. Social Support and health.
16..โสภิตตา แสนวา, เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์, นิภา มหารัชพงศ์.ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านต่อการพลัดตกหกล้มและอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุหกล้มโดยประยุกต์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในอำเภอเกาะจันทร์จังหวัดชลบุรี วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2565:.214-217..2565.
17.วิลาวรรณ สมตน..ผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุ.วารสารพยาบาล สาธารณสุข, 27(3) ;58-70.2556.
18.ตวงรัตน์ อัคนานและคณะ.(2564).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชนอำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี.วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปีที่ 14 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2564.หน้า 72-89.
19.Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs, 2,

328-335.

20.อุบลทิพย์ ไชยแสง,นิวัติ ไชยแสง,นูวัยดา เจะหะและ นัสริน อาลีดีมัน.(2564).การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุและแนวทางในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2021; 8(1), 293-307.ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2564.

21. Sarapun, A.,Sirisopon,N., Kainaka, P., Onsiri, S., Outayanik, B., Threrawachjareanchai, S.,et al. (2017). Factors Related to the Anti-falls Behavior of the Elderly.Journal of the Royal Thai Army Nurses, 18(Special Edition), 215-222.(in Thai)

22. Bandura, A. (1986). SocialFoundation of Though and Action: A Social Cognitive Theory. New Jersey: Prentice-Hall International Osteoporosis Foundation. (2009). Identifying people at high risk of fracture From: http://osteoporosis.org.za/general/downloads/FRAX-report-09.pdf

# การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-60 ปี ในโรงงานแห่งหนึ่ง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

# Development of a cervical cancer screening model for high-risk women aged 30-60 years in a factory. Phra Nakhon Si Ayutthaya Province.

(Received: April 26,2024 ; Revised: April 28,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**อภิรักษ์ วัฒนวิกกิจ**[1]
**Apirak Wattanawikit**[1]

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-60 ปี กลุ่มตัวอย่างได้แก่ กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีกลุ่มเสี่ยงสูง อายุ 30 – 60 ปี ที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเป็นพนักงานในโรงงาน จำนวน 347 คน ในโรงงานแห่งหนึ่ง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิธีการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติคพหุกลุ่ม (Multinomial Logistic Regression Analysis) นำเสนอค่า Adjusted odds ratio (adjust OR) ค่า 95% Confidence interval (95%CI) และค่า p-value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ paired t - test

ผลการศึกษา พบว่า เหตุผลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่อยากเข้ารับการตรวจคัดกรองส่วนใหญ่เนื่องมาจากไม่มีอาการผิดปกติใดๆ จึงไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง คิดเป็นร้อยละ 30.26 กลุ่มตัวอย่างที่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองฯ ส่วนใหญ่มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองฯ ซึ่งส่วนใหญ่มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพในระดับปานกลาง และระดับต่ำ ระดับการศึกษา บุคคลที่สนับสนุนให้เข้ารับการตรวจคัดกรองฯ การรับรู้ถึงความรุนแรง การรับรู้ถึงประโยชน์ และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการตรวจคัดกรองฯ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value< 0.05) สรุปผลการวางแผนการพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกฯ ได้เป็น “Bang Pa-in Support System” และเมื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบว่าค่าเฉลี่ยของความครอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05)

**คำสำคัญ:** มะเร็งปากมดลูก, คัดกรอง, พัฒนารูปแบบ

## Abstract

This research was action research with the objective of developing a cervical cancer screening model for high-risk women aged 30-60 years. Sample groups include: The sample group was high-risk women aged 30 - 60 years who had never been screened for cervical cancer. and are 347 factory employees in one factory Phra Nakhon Si Ayutthaya Province Collect data from questionnaires Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation. The Multinomial Logistic Regression Analysis method presents Adjusted odds ratio (adjust OR), 95% Confidence interval (95%CI), and p-value values to determine the statistical significance level. 0.05 and paired t – test.

[1] สาธารณสุขอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

The results of the study found that the reason why the sample did not want to undergo screening was mainly because they did not have any abnormal symptoms. Therefore did not undergo screening. Representing 30.26 percent of the sample group who had previously undergone screening. Most had higher levels of health beliefs than those in the sample who had never been screened. Most of them had moderate levels of health beliefs and low levels of education. Persons supported to undergo screening perception of violence perception of benefits and awareness of barriers to screening There is a relationship with the decision to undergo screening. Statistically significant (P-value< 0.05). The results of the planning for the development of the cervical cancer screening model can be summarized as the "Bang Pa-in Support System" and when studying the results of using the screening model. Screening for cervical cancer found that the average health literacy of the sample group increased significantly. (p-value<0.05)

**Keywords:** Cervical cancer, screening, developing models

**บทนำ**

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลกและเป็นภาระด้านสุขภาพอย่างมากของประเทศที่กำลังพัฒนารวมถึงประเทศไทย ศูนย์วิจัยมะเร็งนานาชาติขององค์การอนามัยโลกคำนวณว่าในปี พ.ศ. 2555 ทั่วโลกมีสตรีป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกรายใหม่มากถึง 527,624 ราย เสียชีวิตจำนวน 265,672 ราย โดยประเทศไทยมีมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในปีเดียวกัน จำนวน 8,184 ราย หรือคิดเป็นอุบัติการณ์ 23.0 ต่อแสนประชากร และเสียชีวิตมากถึง 4,513 ราย หรือวันละ 12 ราย[1] มะเร็งปากมดลูก (cervical cancer) เป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับที่ 4 ในผู้หญิงทั่วโลก โดยแต่ละปีมีผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่า 600,000 ราย และประมาณครึ่งหนึ่งเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสาเหตุของมะเร็งชนิดนี้เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดฮิวแมนแปปปิโลมาไวรัส (Human Papillomavirus) หรือ HPV ซึ่งมักจะติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และแม้ว่าจะเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ แต่กลับพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง (low-middle income countries) จึงมีความจำเป็นต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนในการจัดการปัญหานี้[2]

นับตั้งแต่ปี 2563 เป็นเวลา 3 ปีแล้วที่ประเทศสมาชิก 194 ประเทศ มีมติให้กำจัดมะเร็งเป็นครั้งแรก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) เปิดแผนยุทธศาสตร์ระดับโลกในการเร่งกำจัดมะเร็งปากมดลูก (Global Strategy to Accelerate the Elimination of Cervical Cancer) ได้กำหนดว่าภายในปี 2573 ทุกประเทศ ต้องมีอุบัติการณ์หรืออันตรายจากมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่า 4 รายต่อผู้หญิง 100,000 ราย ซึ่งเห็นความก้าวหน้าอย่างมากต่อเป้าหมายดังกล่าวในประเทศที่พัฒนาแล้ว ตัวอย่างเช่น ประเทศออสเตรเลีย พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกตามอัตราอุบัติการณ์ปรับอายุ (age-standardized incidence rate :ASR) อยู่ที่ประมาณ 1.6 ต่อ 100,000 คนในปี 2562 และขณะเดียวกันกลับพบว่าประมาณ 90% ของผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตนั้นมักเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง นอกจากนี้ มะเร็งปากมดลูก ยังเป็นมะเร็งที่มีอัตราการของความแปรปรวนในการเสียชีวิตระหว่างประเทศมากที่สุดจากมะเร็งทั้งหมด โดยทั่วไปหากได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่อยู่ในระยะแรกเริ่มและเข้าถึงการรักษาที่มีคุณภาพ จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตจากโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก ได้มากถึง 80% แต่ประเทศในแอฟริกา ยังคงติดอันดับประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกสูงสุด ซึ่งมีอัตราเป็นมะเร็งปากมดลูกประมาณ 43 รายต่อผู้หญิง 100,000 ราย มากกว่าประเทศออสเตรเลียถึง 27

เท่า โดยมีสาเหตุมาจากการสามารถเข้าถึงการรักษาที่มีคุณภาพและการฉีดวัคซีนอย่างเพียงพอ มะเร็งปากมดลูกไม่เพียงสร้างผลกระทบด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบทางสังคมอีกด้วย การศึกษาล่าสุดในประเทศเอธิโอเปีย พบว่าร้อยละ 45.7 สูญเสียรายได้เนื่องจากการป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก และอีกร้อย 71 ต้องประสบกับปัญหาด้านการเงินเนื่องจากค่ารักษาพยาบาล[3]

องค์การอนามัยโลก ได้เสนอแนวทางสามประการ ด้วยยุทธศาสตร์ 90-70-90 มีแนวทาง ได้แก่ (1) 90% ของเด็กผู้หญิงได้รับวัคซีน HPV ครบ เมื่ออายุ 15 ปี (2) 70% ของผู้หญิงได้รับการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพสูงเมื่ออายุ 35 ปี และอีกครั้งเมื่ออายุ 45 ปี และ (3) 90% ของผู้หญิงที่ระบุว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกได้รับการรักษา (90% ของผู้หญิงที่ได้รับรักษามะเร็งก่อนระยะลุกลาม และ 90% ของผู้หญิงที่ได้รับการจัดการมะเร็งระยะลุกลาม) เพื่อบรรลุเป้าหมายยุทธศาสตร์ 90-70-90 ภายในปี 2573 ซึ่งองค์การอนามัยโลก ประมาณการว่าจะสามารถหลีกเลี่ยงการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่า 62 ล้านราย ภายในปี 2663[3] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาครั้งนี้เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-60 ปี ในพื้นที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งเป็นพื้นที่มีโรงงานอุตสาหกรรม ที่ได้รับอนุญาตประกอบกิจการมากกว่า 2,600 โรงงาน มีการจ้างคนงาน 288,039 คน เพื่อนำไปสู่การดำเนินการในการกำจัดมะเร็งปากมดลูกอย่างเร่งด่วนเพื่อสุภาพที่ดีและสร้างความเท่าเทียมทางเพศ พร้อมกับเสริมสร้างศักยภาพของผู้หญิง

**วัตถุประสงค์**

เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-60 ปี ในโรงงานแห่งหนึ่ง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

**วิธีการศึกษา**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ของ Stephen Hemmis and Robin McTaggart (McTaggart, 1991) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก และระยะที่ 2 คือ การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเสี่ยงสูง อายุ 30 – 60 ปี ในโรงงานแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนวางแผน (Planning) ปฏิบัติการ (Action) สังเกตการณ์ (Observation) ร่วมกับการสะท้อนผลที่ได้ (Reflect) ร่วมกับการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการศึกษาและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-60 ปี มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยเสนอผลการวิจัยตามขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีกลุ่มเสี่ยงสูง อายุ 30 – 60 ปี ที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเป็นพนักงานในโรงงาน จำนวน 347 คน การคำนวณขนาดตัวอย่าง จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในระดับดีถึงดีมาก ร้อยละ 28.3

จากสูตร

$$n = z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

ปรับขนาดตัวอย่างในการศึกษา ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย (Missing data) ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 347 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วยข้อมูล 4 ชุด คือ

1) แนวทางสัมภาษณ์สตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30 – 60 ปี ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และข้อมูลปัจจัยที่ศึกษา ประกอบด้วย อายุ

อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนบุตร และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 12 ข้อ

2) แนวทางการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ผู้นำชุมชน/ อสม.

3) แบบสังเกตบริบทด้านสิ่งแวดล้อม การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

4) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ลักษณะประชากรและข้อมูลปัจจัยต่างๆ ข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลแจงนับ นำเสนอค่าความถี่และร้อยละ การวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงสูง อายุ 30 - 60 ปี ด้วยโดยใช้วิธีการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติคพหุกลุ่ม ( Multinomial Logistic Regression Analysis) นำเสนอค่า Adjusted odds ratio (adjust OR) ค่า 95% Confidence interval (95%CI) และค่า p-value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติ paired sample-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

**จริยธรรมการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ให้การรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล หมายเลขรับรอง 6/2567

**ผลการศึกษา**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก และระยะที่ 2 คือ การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเสี่ยงสูง อายุ 30 – 60 ปี ในโรงงานแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนวางแผน (Planning) ปฏิบัติการ (Action) สังเกตการณ์ (Observation) ร่วมกับการสะท้อนผลที่ได้ (Reflect) ร่วมกับการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการศึกษาและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-60 ปี มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยเสนอผลการวิจัยตามขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ดังนี้

**ผลการศึกษาระยะที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก** การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 347 ชุด เพื่อสอบถามสตรีกลุ่มเสี่ยงสูง อายุ 30 – 60 ปี ในโรงงานแห่งหนึ่งจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งวิเคราะห์ จำแนกส่วนเป็นดังนี้

**ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง** จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 46.53 ปี (SD=8.93 ปี) ซึ่งพบมากที่สุดในช่วงอายุ 51 – 60 ปี ร้อยละ 38.33 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 69.16 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.16 โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีบุตรมากกว่า 1 คน ร้อยละ 44.09 เมื่อพิจารณาประวัติการป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของบุคคลในครอบครัว พบว่าร้อยละ 85.01 ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก

**พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง** พบว่า ร้อยละ 87.23 ของกลุ่มตัวอย่าง เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งร้อยละ 67.44 เข้ารับการตรวจคัดกรอง

เพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ อาสาสมัครสาธารณสุขประชาสัมพันธ์ โดยส่วนใหญ่ไปรับบริการตรวจคัดกรองที่โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ คิดเป็นร้อยละ 80.40 ซึ่งส่วนใหญ่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นบุคคลที่สนับสนุนให้เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งมากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 50.72 เมื่อสอบถามถึงเหตุผลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่อยากเข้ารับการตรวจคัดกรองส่วนใหญ่เนื่องมาจากไม่มีอาการผิดปกติใดๆ จึงไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง คิดเป็นร้อยละ 30.26

**ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก** กลุ่มตัวอย่างที่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกซึ่งส่วนใหญ่มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพในระดับปานกลาง และระดับต่ำ

**การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง** จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก โดยใช้วิธีการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติคพหุกลุ่ม (Multinomial Logistic Regression Analysis) พบว่า ระดับการศึกษา บุคคลที่สนับสนุนให้เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value< 0.05) (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงสูง อายุ 30 – 60 ปี ในโรงงานแห่งหนึ่ง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (n=347)

| ปัจจัย | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | | Crude OR (95%CI) | P-value |
|---|---|---|---|---|
| | ตรวจ (n=303) | ไม่ตรวจ (n=44) | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| อายุ | | | | |
| 30 – 40 ปี | 75 (24.75) | 16 (36.36) | Ref. | |
| 41 – 50 ปี | 110 (36.30) | 13 (29.55) | 0.55 (0.25-1.21) | 0.142 |
| 51 – 60 ปี | 118 (38.94) | 15 (34.09) | 0.59 (0.27-1.27) | 0.183 |
| สถานภาพสมรส | | | | |
| สมรส | 211 (69.64) | 29 (65.91) | Ref. | |
| โสด | 64 (21.12) | 12 (27.27) | 1.36 (0.65-2.82) | 0.403 |
| หม้าย/ หย่า/ แยก | 28 (6.82) | 28 (9.24) | 0.77 (0.22-2.72) | 0.697 |
| ระดับการศึกษา | | | | |
| ประถมศึกษา | 43 (14.19) | 1 (2.27) | Ref. | |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 82 (27.06) | 9 (20.45) | 4.71 (0.57-38.48) | 0.147 |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย | 103 (33.99) | 19 (43.18) | 7.93 (1.02-61.13) | 0.047* |
| ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า | 67 (22.11) | 13 (29.55) | 8.34 (1.05-66.09) | 0.045* |
| ปริญญาตรีขึ้นไป | 8 (2.64) | 2 (4.55) | 10.75 (0.86-133.11) | 0.064 |
| จำนวนบุตร (คน) | | | | |
| ไม่มีบุตร | 67 (22.11) | 10 (22.73) | Ref. | |
| 1 คน | 98 (32.34) | 19 (43.18) | 1.29 (0.56-2.96) | 0.535 |

**ตารางที่ 1** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงสูง อายุ 30 – 60 ปี ในโรงงานแห่งหนึ่ง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (n=347)

| ปัจจัย | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | | Crude OR (95%CI) | P-value |
|---|---|---|---|---|
| | ตรวจ (n=303) | ไม่ตรวจ (n=44) | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| 2 คนขึ้นไป | 138 (45.54) | 15 (34.09) | 0.72 (0.31-1.71) | 0.466 |
| บุคคลที่สนับสนุนให้เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก | | | | |
| พ่อแม่/ ญาติพี่น้อง | 28 (9.24) | 1 (2.27) | Ref. | |
| สามี | 7 (2.31) | 4 (9.09) | 16 (1.53-166.53) | 0.020* |
| เจ้าหน้าที่สาธารณสุข | 163 (53.80) | 13 (29.55) | 2.23 (0.28-17.75) | 0.448 |
| อาสาสมัครสาธารณสุข | 93 (30.69) | 20 (45.45) | 6.02 (0.77-46.88) | 0.086 |
| เพื่อน | 12 (3.96) | 6 (13.64) | 14 (1.51-129.21) | 0.020* |
| ประวัติการป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของบุคคลในครอบครัว | | | | |
| ไม่มี | 258 (85.15) | 37 (84.09) | Ref. | |
| ไม่ทราบ | 34 (11.22) | 6 (13.64) | 1.23 (0.48-3.13) | 0.663 |
| มี | 11 (3.63) | 1 (2.27) | 0.63 (0.07-5.05) | 0.663 |
| การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก | | | | |
| ระดับต่ำ | 0 (0.00) | 0 (0.00) | Ref. | |
| ระดับปานกลาง | 47 (15.51) | 9 (20.45) | - | |
| ระดับสูง | 256 (84.49) | 35 (79.55) | 0.71 (0.32-1.58) | 0.407 |
| การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก | | | | |
| ระดับต่ำ | 7 (2.31) | 5 (11.36) | Ref. | |
| ระดับปานกลาง | 135 (44.55) | 12 (27.27) | 0.12 (0.03-0.45) | 0.002* |
| ระดับสูง | 161 (53.14) | 27 (61.36) | 0.23 (0.06-0.79) | 0.020* |
| การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก | | | | |
| ระดับต่ำ | 9 (2.97) | 7 (15.91) | Ref. | |
| ระดับปานกลาง | 44 (14.52) | 11 (25.00) | 0.32 (0.09-1.05) | 0.061 |
| ระดับสูง | 250 (82.51) | 26 (59.09) | 0.13 (0.04-0.38) | <0.001* |
| การรับรู้ถึงอุปสรรคในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก | | | | |
| ระดับต่ำ | 188 (62.05) | 25 (56.82) | Ref. | |
| ระดับปานกลาง | 103 (33.99) | 12 (27.27) | 0.87 (0.42-1.81) | 0.722 |
| ระดับสูง | 12 (3.96) | 7 (15.90) | 4.38 (1.57-12.18) | 0.005 |
| แรงจูงใจด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก | | | | |
| ระดับต่ำ | 0 (0.00) | 8 (18.18) | Ref. | |
| ระดับปานกลาง | 203 (67.00) | 36 (81.82) | 1.60 (0) | 1.000 |

**ตารางที่ 1** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงสูง อายุ 30 – 60 ปี ในโรงงานแห่งหนึ่ง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (n=347)

| ปัจจัย | คัดกรองมะเร็งปากมดลูก | | Crude OR (95%CI) | P-value |
|---|---|---|---|---|
| | ตรวจ (n=303) | ไม่ตรวจ (n=44) | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| ระดับสูง | 100 (33.00) | 0 (0.00) | 5.14 (0) | 1.00 |

*p-value <0.05

**ผลการศึกษาระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเสี่ยงสูง อายุ 30 – 60 ปี ในโรงงานแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา** การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเสี่ยงสูง อายุ 30 – 60 ปี ในโรงงานแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เพื่อให้กระบวนการวิจัยในระยะที่ 2 ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยได้จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action planning) โดยมีขั้นตอนที่ได้ปฏิบัติตามแผนงานที่วางไว้ตามกระบวนการ A-I-C สรุปผลการวางแผนการพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเสี่ยงสูง อายุ 30 – 60 ปี ในโรงงานแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้เป็น “Bang Pa-in Support System” ประกอบด้วย Information support (ด้านข้อมูล) Instrument support (ด้านอุปกรณ์) และ Appraisal Support (ด้านการประเมิน) ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติ (Action) การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 50 คน ได้ประชุมและวางแผนการดำเนินกิจกรรม เพื่อเป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานในวงจร PAOR ในขั้นตอนการปฏิบัติและขั้นตอนการสังเกต ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation) การสังเกตและการติดตามการนำไปใช้ผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมกันวางแผนการสังเกตและติดตามด้วย และเมื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าค่าเฉลี่ยของความครอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์คืนข้อมูลให้กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการประชุมถอดบทเรียนร่วมกับทีมงานวิจัย วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จและความท้าทายตลอดจนแนวทางการขจัดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานแนวทางการพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเสี่ยงสูง อายุ 30 – 60 ปี ในโรงงานแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ด้วยการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Review: AAR)

**สรุปและอภิปรายผล**

**การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 46.53 ปี (SD=8.93 ปี) ซึ่งพบมากที่สุดในช่วงอายุ 51 – 60 ปี ร้อยละ 38.33 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 69.16 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความรู้ทัศนคติ แนวทางปฏิบัติในการป้องกัน และการใช้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีในเขตกึ่งเมืองของเมืองโปขระ ประเทศเนปาล พบว่า อายุเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมคือ 45.9 ปี (SD ± 7.7) ส่วนใหญ่แต่งงานแล้ว (86.7%) ในบรรดาผู้เข้าร่วม 44.9% เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก[4]

**พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก**ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ร้อยละ 87.23 ของกลุ่มตัวอย่าง เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งร้อยละ 67.44 เข้ารับการตรวจคัดกรองเพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ อาสาสมัครสาธารณสุขประชาสัมพันธ์ โดยส่วนใหญ่ไปรับบริการตรวจคัดกรองที่โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ คิดเป็นร้อยละ 80.40 ซึ่งส่วนใหญ่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นบุคคลที่สนับสนุนให้เข้ารับ

การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งมากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 50.72 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาเหตุผลและปัจจัยของการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก: กรณีศึกษาสตรีอายุ 30-60 ปี ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร ที่พบว่า โรงพยาบาลสื่อสารและประชาสัมพันธ์ทั้งเชิงรับและเชิงรุกไม่ทั่วถึง เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการไม่มีการอธิบายขั้นตอนและการปฏิบัติตัว และการบริการล่าช้า[5] เมื่อสอบถามถึงเหตุผลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่อยากเข้ารับการตรวจคัดกรองส่วนใหญ่เนื่องมาจากไม่มีอาการผิดปกติใดๆ จึงไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง คิดเป็นร้อยละ 30.26 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาเหตุผลและปัจจัยของการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของสตรีในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 67.7 ไม่ได้รับการตรวจคัดกรอง เนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติ[6]

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก โดยใช้วิธีการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติคพหุกลุ่ม (Multinomial Logistic Regression Analysis) พบว่า ระดับการศึกษา บุคคลที่สนับสนุนให้เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value< 0.05) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30–60 ปี ในตำบลหนึ่งของอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกระดับน้อย และการรับรู้ความสามารถในการเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกระดับมาก[7]

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ระยะก่อนใช้รูปแบบมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.78, S.D. = 0.760) แต่เมื่อทดลองใช้รูปแบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้น ($\bar{X}$ = 4.52, S.D. = 0.389) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30–60 ปี ในตำบลหนึ่งของอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกระดับน้อย[7] แต่สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$)[8] ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ด้วยการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Review: AAR) พบว่า ได้รูปแบบการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก “Bang Pa-in Support System” ได้แก่ 1) Information support (ด้านข้อมูล) การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้สุขศึกษา สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ 2) Instrument support (ด้านอุปกรณ์) ลดอุปสรรคในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก อำนวยความสะดวก และให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น และ 3) Appraisal Support (ด้านการประเมิน) สนับสนุนด้านการให้การประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed Back) การบอกให้ทราบถึงผลดีที่จะได้รับจากการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสอดคล้องกับผลการตรวจคัดกรองและความชุกของมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับการตรวจในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่มีข้อเสนอแนะให้บุคลากรด้านสุขภาพควรมีการรณรงค์ให้สตรีในกลุ่มอายุ 41-50 ปีเห็นความสำคัญของการ

มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกปีตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อค้นหามะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก[7] เมื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบว่าค่าเฉลี่ยของความครอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05)

**ข้อเสนอแนะ**

1. สถานพยาบาลในพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนร่วมดำเนินการตรวจคัดกรองเชิงรุกโดย HPV Self Sampling ในโรงงานเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงบริการมากขึ้น

2. โรงงานพิจารณาเพิ่มโปรแกรมการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงานผู้หญิง ที่แตกต่างจากผู้ชาย เช่น การตรวจภายใน เพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหรือสัญญาณของโรคมะเร็ง, ตรวจเต้านม ด้วยการคลำเต้านมหรือใช้เครื่องแมมโมแกรมถ่ายภาพเต้านมเพื่อหาความผิดปกติของก้อนเนื้อ

3. สถานพยาบาลในพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนร่วมดำเนินการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย 5 กิจกรรม

4. การศึกษาความรอบรู้ในกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง เช่น สามี เพื่อน คนในครอบครัว

5. ศึกษาเรื่องการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากการฉีดวัคซีนร่วมกับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

**เอกสารอ้างอิง**

1. Braaten, K. P., & Laufer, M. R. (2008). Human Papillomavirus (HPV), HPV-Related Disease, and the HPV Vaccine. Rev Obstet Gynecol, 1(1), 2-10.

2. วสันต์ ลีนะสมิต, พรสม หุตะเจริญ, กิตติพงศ์ สุขรัตน์, กอบกุล ไพศาลอัชพงษ์, & ลิดา เกษประดิษฐ์. (2558). การควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่ครอบคลุม: แนวทางการปฏิบัติที่สำคัญ. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/m_magazine/33336/1006/file_download/fa30505ac8be02ce3aa10a5edd41cb1b.pdf

3. Ghebreyesus, T. A. (2020). Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336583/9789240014107-eng.pdf?sequence=1

McTaggart, R. (1991). Principles for Participatory Action Research. Adult Education Quarterly, 41(3), 168-187. https://doi.org/10.1177/0001848191041003003

4. Shrestha, A. D., Gyawali, B., Shrestha, A., Shrestha, S., Neupane, D., Ghimire, S., Campbell, C., & Kallestrup, P. (2022). Knowledge, attitude, preventive practices and utilization of cervical cancer screening among women in Nepal: a community-based cross-sectional study. European Journal of Cancer Prevention, 31(1), 73-81. https://doi.org/10.1097/cej.0000000000000670

5. พรรณี ปิ่นนาค. (2563). เหตุผลและปัจจัยของการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก : กรณีศึกษาสตรีอายุ 30-60 ปี ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 3(1), 118-131. https://he02.tci-haijo.org/index.php/jhri/article/download/243306/165432/842053

6. Budkaew, J., & Chumworathayi, B. (2014). Factors associated with decisions to attend cervical cancer screening among women aged 30-60 years in Chatapadung Contracting Medical Unit, Thailand. Asian Pac J Cancer Prev, 15(12), 4903-4907. https://doi.org/10.7314/apjcp.2014.15.12.4903

7. ปิยปราชญ์ รุ่งเรือง, & รุจิรา ดวงสงค์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30–60 ปี ในตำบลหนึ่งของอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 21(1), 48-55. https://thaidj.org/index.php/jsnh/article/view/4563/4320

8. บุษบา อภัยพิม, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, & สมสมัย รัตนกรีฑากุล. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 7(3), 381-401. https://nurse.buu.ac.th/rsh/file/journal/0000001098.pdf
9. เทพอุทิศ กั้วสิทธิ์, เทพลักษ์ ศิริธนะวุฒิชัย, อุมาภรณ์ กั้วสิทธิ์, & ดวงธิดา ช่างย้อม. (2566). ผลการตรวจคัดกรองและความชุกของมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับการตรวจในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 20(2), 116-125. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/261807/180385

# การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะโลหิตจางในระยะคลอด: กรณีศึกษา

# Nursing care for pregnant women who have preterm birth and hypertension with anemia in delivery period: a case study

(Received: April 9,2024 ; Revised: April 21,2024 ; Accepted: April 26,2024)

**ฉิมโฉม พงษ์ประเสริฐ**[1]
**Chimchom Pongprasert**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะโลหิตจางในระยะคลอด โดยศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ อายุ 29 ปี อายุครรภ์ $34^{+3}$ สัปดาห์ มาด้วยอาการเจ็บครรภ์ 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่าด้านหญิงตั้งครรภ์การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การดูแลยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การแก้ไขภาวะซีด การเฝ้าระวังป้องกันทารกในครรภ์เกิดภาวะขาดออกซิเจน การส่งเสริมความก้าวหน้าการคลอดเมื่อยับยั้งการคลอดไม่สำเร็จ ด้านทารกหลังคลอด การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การแก้ไขภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน และภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

**คำสำคัญ:** หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด, ภาวะความดันโลหิตสูง, ภาวะโลหิตจาง, ระยะคลอด

**Abstract**

This study is a case study. The objective was to study nursing care for pregnant women who have preterm labor and hypertension with anemia in the delivery period. The pregnant woman is 29-year-old gestational age $34^{+3}$ weeks who came with the chief complaint of labour pain four hours before to the hospital. This study found that important nursing care for the pregnant woman including preventing premature birth, controlling blood pressure levels within normal levels, controlling blood sugar levels within normal levels, correcting anemia, monitoring and preventing fetal distress, promoting labour progression when failure inhibitor labour and the important nursing care of the neonatal including correcting tissue hypoxia and hypothermia.

**Keywords:** Pregnant women who have preterm birth, Hypertension, Anemia, Delivery period

## บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) คือ การคลอดที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป และคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ เป็นภาวะ แทรกซ้อนทางสูติกรรม ที่เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของการดูแลมารดาและทารก จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่าในแต่ละปีมีการคลอดก่อนกำหนดเฉลี่ยสูงถึง 15 ล้านคน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดสูงถึง 1 ล้านคนต่อปี[1] สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 8-12 หรือประมาณ 80,000 รายต่อปี และเป็นสาเหตุการตายของทารกแรกเกิดถึงร้อยละ 75-80

โดยปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน แต่มีปัจจัยชักนำบางอย่างที่เป็นสาเหตุของการเจ็บครรภ์และคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ประวัติการแท้ง การตั้งครรภ์หลายครั้ง ตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปีหรืออายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ประวัติการใช้สาร เสพติด การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างตั้งครรภ์ ความผิดปกติทางกายวิภาคของมดลูกและปากมดลูก มีภาวะแทรกซ้อนระหว่าง

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

ตั้งครรภ์ ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดเรื้อรัง มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และต่อมธัยรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ และภาวะโลหิตจาง และทารกในครรภ์มีความผิดปกติ ผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนด ด้านผู้คลอด จะมีความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพทารกที่คลอดก่อนกำหนด ด้านทารก ทำให้ทารกมีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ ภาวะหายใจลำบากเนื่องจากขาดสาร surfactant ในถุงลมปอด ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะติดเชื้อในทางเดินอาหาร การติดเชื้อในกระแสเลือด และภาวะชัก[2] ด้านครอบครัว ทารกคลอดก่อนกำหนดมักเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายอย่าง ซึ่งต้องดูแลทารกเป็นพิเศษและต้องมาโรงพยาบาลหลายครั้ง ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ก็จะมากขึ้นตามภาวะแทรกซ้อนที่มากขึ้น[3]

งานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า มีบทบาทหน้าที่ให้บริการดูแลรักษาแก่หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป ที่มีอาการเจ็บครรภ์ คลอดและมีภาวะแทรกซ้อน ให้บริการทำคลอดปกติ และช่วยแพทย์ทำคลอดผิดปกติและหัตถการทาง สูติศาสตร์ โดยใช้คีม เครื่องดูดสุญญากาศช่วยคลอด ดูแลมารดาและทารก 2 ชั่วโมงหลังคลอด โดยในปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีหญิงตั้งครรภ์มาคลอด จำนวน 1,094, 1,002, และ 1,012 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดกำหนดร้อยละ 15.38 (168 คน), 17.17 (172 คน), และ16.00 (163 คน) ตามลำดับ และได้รับการรักษาโดยการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 58.92 (99 คน), 58.13 (100 คน), และ 68.71 (112 คน) ตามลำดับ โดยการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไม่สำเร็จ คิดเป็นร้อยละ 17.17 (17 คน) 18.00 (18 คน), และ 17.85 ( 20 คน)[4] ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนด จากการทบทวนปัญหาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและคลอดก่อนกำหนดพบว่า ส่วนใหญ่มีปัจจัยชักนำที่ทำให้คลอดก่อนกำหนด คือ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ร้อยละ 35.8 และในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์มีโรคเรื้อรังประจำตัวร้อยละ 2 จากข้อมูลผลกระทบและสถิติการเกิดอุบัติการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะโลหิตจาง โดยค้นหาปัญหา ความต้องการ เชื่อมโยงกับทฤษฎี และนำมาวางแผนการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาลอย่างครบถ้วน โดยผลของการศึกษานี้ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะโลหิตจางในระยะคลอด

**วิธีการศึกษา**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะโลหิตจางในระยะคลอด

**การวางแผนการพยาบาล**

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ระยะก่อนคลอด**<br>**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการคลอดกำหนด<br>**ข้อมูลสนับสนุน** หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ $34^{+3}$ สัปดาห์ มาด้วยอาการเจ็บครรภ์ 4 ชั่วโมง ก่อนมา | 1. ดูแลให้นอนพักผ่อนบนเตียง จำกัดกิจกรรม เพื่อลดการกระตุ้นให้มดลูกหดตัว<br>2. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและเสียงหัวใจทารกในครรภ์ ทุก 15 -30 นาที<br>3. แนะนำมารดาให้สังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอด ได้แก่ ปวดหลังส่วนล่าง ปวดเกร็งหน้าท้อง เลือดออกทางช่องคลอด มีน้ำเดิน ให้แจ้งพยาบาลทราบทันที<br>4. ให้นอนตะแคงซ้าย เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงทารกในครรภ์ได้ดี |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| โรงพยาบาล แรกรับที่ห้องคลอด pain scale = 6 คะแนน PV Cervix dilate 3 cm, effacement 50 %, MI, Station -2, Interval 3 นาที, Duration 30 วินาที ประวัติการเจ็บป่วยก่อนตั้งครรภ์เป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการตั้งครรภ์เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวัน (GDMA1) มีภาวะซีดขณะตั้งครรภ์<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด | 5. หลีกเลี่ยงการตรวจภายในโดยไม่จำเป็น<br>6. ดูแลให้ยายับยั้งการคลอดตามแผนการรักษา ได้แก่<br>6.1 ดูแลให้ Adalat (20 mg) 1 cap oral q 30 min x 2 dose<br>1) โดยวัด BP และ PR ก่อนให้ยาและทุก 30 นาทีหลังได้ยา loading dose หาก BP < 90/60 mmHg.หรือ PR > 120 beat/min ให้หยุดยาและรายงานแพทย์<br>2) เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยาด้านหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ร้อนวูบวาบ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ ความดันโลหิตต่ำ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ด้านทารกในครรภ์ หัวใจเต้นเร็ว<br>3) ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 - 60 นาที<br>6.2 ดูแลให้ 5%/D/W 500 ml + Bricanyl 5 amp Ⓥ drip ปรับ rate ตาม uterine contraction (หลังให้ Adalat ไม่ response)<br>1) ก่อนการให้ยา ซักประวัติความเจ็บป่วยโรคประจำตัวที่อาจเป็นข้อบ่งห้ามของการให้ยา อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงอาการข้างเคียงจากการให้ยา และ/หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้<br>2) เริ่มให้ยาที่ rate 30 ml/hr titrate ทีละ 5 ml/hr จนไม่มี uterine contraction<br>3) ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 - 60 นาที<br>4) ตรวจวัด ประเมินสัญญาณชีพของมารดาก่อนเริ่มให้ยาและต่อเนื่องทุกๆ 30 - 60 นาที ถ้าพบความผิดปกติ PR >120 beat/min, BP < 90/60 mmHg, RR >20 beat/min รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาปรับลดปริมาณหรือหยุดยาตามความเหมาะสม<br>5) ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารก (FHS) ทุก 30 -60 นาที ถ้าพบความผิดปกติ FHS > 160 beat/min หรือ < 110 beat/min รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาปรับลดปริมาณหรือหยุดยาตามความเหมาะสม<br>6) ซักถามอาการผิดปกติที่เกิดจากผลข้างเคียงของยา เช่น ใจสั่น มือสั่น ปวดศีรษะ หายใจเหนื่อย เจ็บหน้าอก เป็นต้น<br>7) บันทึกปริมาณน้ำเข้า ออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำในร่างกาย และเฝ้าระวังภาวะน้ำท่วมปอด<br>8) สังเกตอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่ามีภาวะน้ำท่วมปอดเฉียบพลัน ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย หายใจไม่สะดวกเวลานอนราบ ไอ แน่นหน้าอก ฟังเสียงการหายใจได้ยินเสียง Crepitation และ wheezing<br>7. ดูแลให้ Dexamethasone 6 mg q 12 hr x 4 dose เพื่อกระตุ้นการเจริญของปอดทารก และป้องกันไม่ให้ทารกมีปัญหาในการหายใจเมื่อคลอดออกมา<br>8. ประเมินและบันทึกความก้าวหน้าการคลอดโดยใช้ WHO Partograph<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ยับยั้งการคลอดไม่สำเร็จ หญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์มากขึ้น pain scale = 8 คะแนน PV พบ Cervix fully dilate effacement 100%, MI, Station 0 มีลมเบ่ง รายงานแพทย์ off 5%/D/W 500 ml + Bricanyl 5 amp Ⓥ drip และย้ายเข้าห้องคลอด |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อภาวะชักเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ประวัติการเจ็บป่วยก่อนตั้งครรภ์เป็นโรคความดันโลหิตสูง แรกรับที่ ห้องคลอด BP= 169/95 mmHg, urine albumin $1^+$ | 1. ประเมินและตรวจ Deep tendon reflex ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการตอบสนองของเส้นประสาทรับความรู้สึกและเส้น ประสาทที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ<br>2. ประเมิน อาการและอาการแสดงที่มีอาการนำของภาวะชัก เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว และจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ หรือบริเวณชายโครงขวา ปฏิกิริยาสะท้อน (DTR) เร็ว $3^+$ ขึ้นไป อาการกระตุกของกล้ามเนื้อบริเวณเข่า (Ankle clonus) |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ป้องกันการเกิดภาวะชักจากความดันโลหิตสูง | 3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุกๆ 1 ชั่วโมง ติดตามความรุนแรงของโรค ถ้า BP>160/110 mmHg รายงานแพทย์ทันที<br>4. ตรวจและบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย และเก็บปัสสาวะส่งตรวจ 24 ชั่วโมง เพื่อตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะและประเมินการทำงานของไต<br>5. จัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ลดสิ่งกระตุ้นอาการชัก เช่น เสียงแสง หรือสิ่งใดๆ<br>6. ให้นอนพักผ่อนบนเตียง ศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้เลือดดำไหลกลับได้สะดวก<br>7. ฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ทุก 30 - 60 นาที เพื่อประเมินสภาวะทารกในครรภ์ ตั้งแต่แรกรับและต่อเนื่อง หากพบว่ามีความผิดปกติให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและรายงานแพทย์<br>8. ดูแลให้ Methyldopa (250 mg) 2 x 3 oral pc ตามแผนการรักษา<br>9. ดูแลให้ Adalat (20 mg) 1 cap oral q 30 min x 2 dose ตามแผนการรักษา เพื่อใช้การออกฤทธิ์ของยาในการลดความดันโลหิต<br>10. ดูแลให้ $CaCO_3$ 1X1 oral pc ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยลดระดับฮอร์โมนพาราไทรอยดีและลดการหดตัวของหลอดเลือด<br>11. ตรวจวัดและบันทึกความดันโลหิตทุก 30 นาที จนกระทั่งคงที่ เปลี่ยนเป็น ทุก 1 ชั่วโมง จนคลอดหรือยับยั้งการคลอดสำเร็จ<br>**ประเมินผลการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว และจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ หรือบริเวณชายโครงขวา ปฏิกิริยาสะท้อน (DTR) เร็ว $2^+$ BP อยู่ระหว่าง 137/76 -152/78 mmHg ผลตรวจวิเคราะห์โปรตีนในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ได้ trace |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเนื่องจากความบกพร่องของการหลั่งฮอร์โมนอินซูลิน<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ประวัติการตั้งครรภ์เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวัน (GDMA1)<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ | 1. สังเกตติดตามอาการและอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้แก่ ใจสั่น เหงื่อออก ซึมลง<br>2. สังเกตติดตามอาการและอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ หิวบ่อย ปัสสาวะบ่อย ริมฝีปากแห้ง กระหายน้ำ หายใจเหนื่อย<br>3. ส่งตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ทางห้องปฏิบัติการ และตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วก่อนอาหารเช้า เพื่อเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดที่ผิดปกติ หากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ต้องรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้อินซูลิน<br>4. ดูแลให้ RLS 1,000 ml Ⓥ drip rate 80 ml/hr x 3 เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ<br>5. ดูแลควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 80 -120 mg%<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ DTX ก่อนอาหารเช้า อยู่ระหว่าง 108 mg%, FBS = 110 mg% |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** หญิงตั้งครรภ์ไม่ สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอดจากการหดรัดตัวของมดลูก<br>**ข้อมูลสนับสนุน** หญิงตั้งครรภ์บอกว่า “ตอนนี้ปวดท้อง มากเลย” สีหน้าถึงความเจ็บปวด กำมือเจ้าหน้าที่แน่น และมีอาการเกร็งตามแขนและขา ขณะที่มดลูกหดรัดตัว Pain score 6 คะแนน<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้เหมาะสม | 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี การคอยดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ รวมถึงการส่งเสริม สนับสนุนให้สามีหรือญาติมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกผ่อนคลาย อบอุ่นใจ<br>2. ประเมินความเจ็บปวด ลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวด เพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง<br>3. จัดท่านอนให้อยู่ในท่าตะแคงซ้ายหนุนหมอน เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกได้ดี และผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ<br>4. ดูแลเกี่ยวกับความสุขสบายทั่วไป โดยการทำความสะอาดร่างกาย การจัดสิ่งแวดล้อมให้ สงบ อุณหภูมิห้องเหมาะสม และมีการถ่ายเทอากาศที่ดี เช็ดหน้าและเช็ดตัวด้วยผ้าชุบน้ำเย็น เพื่อให้เกิดรู้สึกผ่อนคลาย<br>5. นวดบริเวณก้นกบ หลัง ต้นขา โดยใช้มือนวดลึกๆ เป็นวงกลมที่บริเวณดังกล่าว ขณะมดลูกมีการหดรัดตัว น้ำหนักมือให้คงที่สม่ำเสมอ เพื่อยับยั้งการส่งสัญญาณประสาทความปวดไปยังสมองทำให้การรับรู้ความปวดลดลง |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | 6. แนะนำการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดและวิธีการควบคุมความ เจ็บปวดด้วยตนเอง โดยการหายใจแบบล้างปอด (Cleansing breath) โดยเริ่มจากการหายใจเข้า-ออกลึกๆ ทางจมูก และหายใจออกทางปากช้าๆ 1 ครั้ง หลังจากนั้นหายใจแบบลึกๆ ช้าๆ (Slow-deep chest breathing) โดยหายใจเข้าลึกๆ ทางจมูกช้าๆ (พร้อมกับนับในใจ 1-4) แล้วผ่อนการหายใจออกทางปากช้าๆ (พร้อมกับนับในใจ 1-5) อัตราเฉลี่ย 6-9 ครั้งต่อนาที โดยทำในขณะที่มดลูกหดรัดตัว<br>7. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอดและทารกในครรภ์ เช่น ผลการตรวจภายใน ผลการฟังเสียงหัวใจของทารก ตลอดจนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวล และช่วยลดการรับรู้ความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอด<br>**ประเมินผลการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์ ระดับความรุนแรงของความปวดเท่าเดิม Pain score 6 คะแนน และสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ โดยใช้เทคนิคการหายใจทุกครั้งที่มดลูกหดรัดตัว |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** หญิงตั้งครรภ์มีภาวะซีดเนื่องจากได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อการสร้างเม็ดเลือดแดงไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ประวัติการตั้งครรภ์ มีภาวะซีดขณะตั้งครรภ์ แรกรับที่ห้องคลอด ผล CBC พบ Hemoglobin = 9.2 g/dl, Hematocrit = 28.4 %<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเพิ่มปริมาณเม็ดเลือดแดงในร่างกาย | 1. ดูแลให้ Ferrous Fumarate 1 x 2 oral pc, Triferdine 1X1 oral hs เพื่อเพิ่มธาตุเหล็กในกระบวนการสร้างเม็ดเลือดแดง<br>2. ดูแลให้ PRC 1 unit Ⓥ drip ตามแผนการรักษา โดยตรวจสอบความถูกต้องของชนิด หมู่เลือด ถูกคน ประเมินสัญญาณชีพ และอาการผิดปกติขณะได้รับเลือด เช่น เหนื่อยหอบ มีไข้ หนาวสั่น ผื่นคัน แน่นหน้าอก ปวดหลัง หากพบสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงและ/หรือมีอาการผิดปกติ ให้รายงานแพทย์ ตรวจสอบการไหลของเลือดเป็นระยะ เพื่อให้การให้เลือดได้ตามแผนการรักษาและเวลาที่กำหนด<br>3. ส่งตรวจ Hematocrit ซ้ำหลังให้เลือด<br>4. สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่ามีภาวะซีดที่รุนแรงขึ้น ได้แก่ หายใจเหนื่อย ชีพจรเร็ว pulse pressure กว้าง ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เป็นลม<br>5. ดูแลให้นอนพักผ่อนบนเตียง จำกัดกิจกรรม เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ผลตรวจ Hematocrit ซ้ำได้ 36% |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อเกิดภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงรกไม่ดีจาก ความดันโลหิตสูง ภาวะซีด มดลูกหดตัวถี่และนาน<br>**ข้อมูลสนับสนุน** แรกรับที่ห้องคลอด BP= 169/95 mmHg ผล CBC พบ Hemoglobin = 9.2 g/dl, Hematocrit = 28.4 % uterine contraction พบ Interval 3 นาที, Duration 30 วินาที<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันทารกในครรภ์เกิดภาวะขาดออกซิเจน | 1. ประเมินสภาพทารกในครรภ์ โดยการฟังอัตราการเต้นของหัวใจทารกทุก 30 - 60 นาที หรือทุกครั้งหลังมดลูกหดรัดตัวหรือหลังถุงน้ำทูนหัวแตก หากพบอัตราการเต้นของหัวใจทารก < 120 beat/min หรือ > 160 beat/min รายงานแพทย์ทันที<br>2.จัดท่าให้หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคงซ้าย เพื่อช่วยให้ลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกได้ดีขึ้น<br>3. ดูแลให้ $O_2$ Cannula 5 lit/min เพื่อให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ<br>4. สังเกตสี ปริมาณ กลิ่นน้ำคร่ำ เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน<br>5. แนะนำหญิงตั้งครรภ์ให้สังเกตการณ์ดิ้นของทารกในครรภ์ ถ้าดิ้นลดลงให้แจ้งพยาบาลทันที<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ทารกในครรภ์ดิ้นดี อัตราการเต้นของหัวใจทารก 140-156 beat/min ลักษณะน้ำคร่ำใส ไม่มีขี้เทาปน |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** หญิงตั้งครรภ์ วิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของทารกในครรภ์จากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และผลข้างเคียงของยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก<br>**ข้อมูลสนับสนุน** หญิงตั้งครรภ์มีสีหน้าแสดงความวิตกกังวล ถอนหายใจบ่อยครั้ง สอบถามว่า การให้ยายับยั้งการคลอด จะทำให้ทารกในครรภ์มีความ | 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับหญิงตั้งครรภ์ โดยการพูดคุยเป็นกันเอง ใช้คำพูดที่สุภาพ ชัดเจนเข้าใจง่าย ให้ความสนใจและเปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อข้องใจต่างๆ และยินดีตอบคำถามด้วยความเต็มใจ ใช้การสัมผัส เช่น บีบมือ แตะไหล่ เพื่อให้มารดาเกิดความอบอุ่นใจและมั่นใจ<br>2. อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เช่น การยับยั้งการคลอด |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| ผิดปกติหรือไม่ ผลการฟังอัตราการเต้นของทารกในครรภ์บ่อยครั้ง<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ | การช่วยคลอด และการดูแลทารกในครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการช่วยเหลือทารกในครรภ์เมื่อพบความผิดปกติ<br>3. อธิบายขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยสุขภาพทารกในครรภ์ และแจ้งผลการตรวจให้ทราบ ทุกครั้ง เพื่อช่วยในการลดความวิตกกังวล<br>4. อธิบายถึงผลข้างเคียงของยายับยั้งการคลอด และการพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา รวมถึงแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตและเฝ้าระวังอาการของผลข้างเคียง และหากมีอาการของผลข้างเคียงจากยา ให้แจ้งพยาบาลทันที<br>5. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูล ข้อสงสัย และระบายความรู้สึกด้วยท่าที่เป็นมิตร<br>6. ชี้แจงให้ทราบว่าทางโรงพยาบาลมีแพทย์ พยาบาลทั้งทางสูติกรรมและกุมารเวชที่จะให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกขณะรอคลอด ขณะคลอด และหลังคลอดเป็นอย่างดี เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจในความปลอดภัย<br>**ประเมินผลการพยาบาล** หญิงตั้งครรภ์มีสีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่มีอาการถอนหายใจ ให้ความร่วมมือในการสังเกตอาการของผลข้างเคียงจากยายับยั้งการคลอด |
| **ระยะคลอด**<br>**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8** หญิงตั้งครรภ์มีความก้าวหน้าของการคลอดเนื่องจากยับยั้งการคลอดไม่สำเร็จ<br>**ข้อมูลสนับสนุน** หญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์มากขึ้น pain scale = 6 คะแนน PV พบ Cervix fully dilate effacement 100%, MI, Station 0 มีลมเบ่ง<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการทำคลอดทารก | 1. รายงานสูติแพทย์ กุมารแพทย์ เตรียมอุปกรณ์ CPR รถเข็น transfer เพื่อความพร้อมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด<br>2. สอนวิธีเบ่งที่ถูกต้อง คือ เบ่งขณะเจ็บครรภ์และมดลูกมี การหดรัดตัวโดยเริ่มจาก สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึกๆ กลั้นหายใจ (Close glottis) แล้วเบ่ง (สูด-กลั้น-เบ่ง) โดย ให้ลมเบ่งไปที่ก้น เหมือนเบ่งถ่ายอุจจาระ เบ่งให้ได้อย่างน้อย 2-3 ครั้งต่อการหดรัดตัวของมดลูก 1 ครั้ง<br>3. สอนเทคนิคการลดความเจ็บปวด โดยหายใจเข้าทางจมูกให้ลึกที่สุดเท่าที่ จะทำได้ กลั้นลมหายใจ ปิดปากแน่น คางจรดหน้าอกพร้อมทั้งเบ่งลมไปทางช่องคลอด แล้วหายใจออกทางปาก หลังจากนั้นหายใจเข้าซ้ำ<br>เช่นเดิมอีก ทำทั้งหมดประมาณ 3-4 ครั้งต่อการหดรัดตัวของมดลูก 1 ครั้งเมื่อหยุดเบ่งให้อ้าปากหายใจเข้าออกทางปากตื้น ๆ เร็ว ๆ<br>4. จัดท่านอนหงาย ขาวางพาดบนขาหยั่ง (Lithotomy) ศีรษะสูงประมาณ 30-60 องศา เพื่อให้การเบ่งมีประสิทธิภาพ<br>5. ดูแลทำความสะอาดร่างกายโดยใช้ผ้าชุบน้ำเย็น เช็ดที่ใบหน้าและร่างกาย เพื่อผ่อนคลาย และบรรเทาความเจ็บปวด<br>6. ดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่าง โดยให้ผู้คลอดปัสสาวะ เพื่อไม่ให้ขัดขวางการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ การลอกตัวของรกและการหดรัดตัวของมดลูก ทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด<br>7. ให้กำลังใจ บอกความก้าวหน้าของการคลอด และแผนการดูแลเป็นระยะๆ<br>8. ดูแลให้งดอาหารและน้ำ และดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา เพื่อบรรเทาอาการกระหายน้ำ ปากคอแห้งจากการสูญเสียพลังงานที่ใช้ในการเบ่งคลอด<br>9. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดจาก แรงการหดรัดตัวของมดลูก แรงเบ่งของผู้คลอดการเคลื่อนลงต่ำของส่วนนำและระยะเวลาที่ใช้ในการเบ่งคลอดไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง<br>10. ดูแลให้ยา Ampicillin 2 gm q 6 hr เพื่อป้องกันทารกติดเชื้อ Group B streptococci (GBS) ในช่วงคลอด<br>11. ประเมินสภาวะของทารกในครรภ์ (Fetal condition) โดยติดเครื่อง Electronic Fetal Monitoring (EFM) เพื่อติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ (FHS) จาก central monitor ทุก 15 นาที ขณะมดลูกคลายตัวหรือผู้คลอดหยุดเบ่ง<br>12. เจาะถุงน้ำทูนหัว เพื่อช่วยเร่งการคลอด |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | 13. ช่วยทำคลอดปกติ ดังนี้<br>13.1 เตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ สถานที่ให้พร้อม ได้แก่ อุปกรณ์ทำคลอด ปรับอุณหภูมิในห้องคลอดให้เหมาะสม คือ 26-28 ℃ เพื่อป้องกันทารกแรกเกิดมีภาวะอุณหภูมิกายต่ำ เปิดเครื่อง radiant warmer ก่อนคลอดอย่างน้อย 15 นาที ตั้งอุณหภูมิที่ mode manual 36.5℃ วางผ้ารับทารกใต้ radiant warmer เพื่อให้ความอบอุ่นทารกแรกเกิด<br>13.2 เมื่อเห็น Head seen เตรียมทำคลอดโดยทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ผู้คลอด ปูผ้าทำคลอดคลุมหน้าท้องถึงหัวเหน่า สวมปลอกขาถึงโคนขาทั้ง 2 ข้าง และสวมถุงเท้า<br>13.3 พยาบาลช่วยเชียร์เบ่งตามจังหวะ สูด-กลั้น-เบ่ง<br>13.4 เมื่อเห็น head crown ฝีเย็บโป่งนูน บางใส ผู้ทำคลอดตัดฝีเย็บ เพื่อขยายช่องทางออกให้เหมาะสมกับส่วนนำ stop bleeding ถ้าผู้คลอดหยุดเบ่ง<br>13.5 ช่วยทำคลอดทารกตามขั้นตอนและแนวปฏิบัติการทำคลอด ได้แก่ ทำคลอดศีรษะ ทำคลอดไหล่และลำตัวทารก แขนและขา<br>13.6 ตัดสายสะดือทารก<br>13.7 ประเมิน Apgar score 1, 5, 10 นาที<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ทารกคลอดภายในเวลาเหมาะสม โดยระยะเวลาระยะที่ 2 การคลอด 20 นาที Apgar score 1, 5, 10 นาที = 8, 10, 10 คะแนน |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9** มารดาเสี่ยงต่อการตกเลือดเนื่องจากรกลอกตัวช้า<br>**ข้อมูลสนับสนุน** หลังจากทารกคลอดประมาณ 20 นาที ยังไม่มี signs ของรกลอกตัว มารดาได้รับยาคลายกล้ามเนื้อมดลูกในระยะก่อนคลอด (Adalat, Bricanyl)<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการ ตกเลือดจากรกลอกตัวช้า | 1. บันทึกสัญญาณชีพหลังทารกคลอด โดยประเมินเป็นระยะทุก 15 นาทีใน ระยะ 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และทุก 30 นาที ในชั่วโมงที่ 2 หลังคลอด ถ้าชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ และมีอาการแสดงของภาวะช็อก รายงานแพทย์และเตรียมให้ความช่วยเหลือ<br>2. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง โดยตรวจดูบริเวณเหนือหัวหน่าว ว่ามีกระเพาะปัสสาวะเต็มหรือไม่ ถ้ามีปัสสาวะดูแลสวนปัสสาวะทันที เพื่อไม่ให้ขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูก<br>3. สังเกตการหดรัดตัวของมดลูก โดยวางมือบนหน้าท้องเบาๆ ไม่ควรคลึงมดลูก เพราะจะทำให้ปากมดลูกเกร็งตัว จะทำให้รกคลอดไม่ได้กระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก<br>4. ประเมินอาการแสดงที่บ่งบอกว่ารกลอกตัว คือ uterine sign cord sign และ vulva sign ประเมินลักษณะรกมีความผิดปกติหรือไม่<br>5. ดูแลให้ LRS 1,000 ml+ Oxytocin 20 unit Ⓥ drip 120 ml/hr ตามแผนการรักษา |
| | 6. ดูแลช่วยทำคลอดรกภายใน 30 นาทีหลังทารกคลอด ด้วยวิธี Modified Crede' maneuver ภายหลังมีอาการแสดงของการลอกตัวของรกสมบูรณ์ เพื่อไม่ให้ขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูก<br>7. ตรวจรกและเยื่อหุ้มทารกเพื่อค้นหาความผิดปกติและการค้างของเศษรก<br>8. ภายหลังรกคลอด คลึงมดลูกให้แข็งและกดไล่ก้อนเลือดที่ค้างอยู่ในโพรงมดลูกและช่องคลอดออกเพื่อให้มดลูกหดรัดตัวดี<br>9. แนะนำมารดาให้คลึงมดลูกทุก 15 นาที และดูแลวาง cold pack บริเวณยอดมดลูก<br>10. สังเกตปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอดและแผลฝีเย็บ และประมาณจำนวนการเสียเลือดทั้งหมดตลอดระยะการคลอด<br>11. บันทึกสัญญาณชีพภายหลังรกคลอดทันที และบันทึกต่อทุก 30 นาที เพื่อประเมินอาการแสดงของภาวะช็อก |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | 12. ดูแลให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา หลังทารกคลอด ได้แก่ Oxytocin 10 unit Ⓜ และ LRS 1,000 ml+ Oxytocin 20 unit Ⓥ drip 120 ml/hr<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ในช่วงรอคลอดรก มดลูกหดรัดตัวไม่ดี รายงานแพทย์ให้เพิ่ม Oxytocin 20 unit ใน LRS Ⓥ drip หลังจากนั้นมดลูกหดรัดตัวดี รกปกติ มารดาสูญเสียเลือดออกจากช่องคลอดในระยะคลอดรก 300 ml BP = 137/76 mmHg, PR = 102 beat/min, RR = 20 beat/min, BT= 37°C |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10** มารดาสูญเสียเลือดจากแผลฝีเย็บ<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ขณะคลอดทารกได้รับการทำ right Episiotomy และขณะรอรกคลอดมีเลือดสดๆไหลออกมาจากแผลฝีเย็บ<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการ ตกเลือดจากแผลฝีเย็บ | 1. บันทึกสัญญาณชีพหลังทารกคลอด โดยประเมินเป็นระยะทุก 15 นาทีใน ระยะ 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และทุก 30 นาที ในชั่วโมงที่ 2 หลังคลอด ถ้าชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ และมีอาการแสดงของภาวะช็อก รายงานแพทย์และเตรียมให้ความช่วยเหลือ<br>2. เย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บอย่างรวดเร็วเพื่อป้องกันการสูญเสียเลือด<br>**ประเมินผลการพยาบาล** มารดาสูญเสียเลือดออกจากแผลฝีเย็บประมาณ 50 ml BP = 147/74 mmHg, PR = 108 beat/min, RR = 20 beat/min, BT = 37°C |
| **ระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง**<br>**ด้านมารดา**<br>**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11** มารดาเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี | 1. บันทึกสัญญาณชีพหลังทารกคลอด โดยประเมินเป็นระยะทุก 15 นาทีใน ระยะ 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และทุก 30 นาที ในชั่วโมงที่ 2 หลังคลอด ถ้าชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ และมีอาการแสดงของภาวะช็อก รายงานแพทย์และเตรียมให้ความช่วยเหลือ<br>2. ดูแลสวนปัสสาวะ เพื่อไม่ให้ขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูก<br>3. คลึงมดลูกให้แข็ง เพื่อกระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัวดี |
| **ข้อมูลสนับสนุน** มีเลือดไหลรินๆออกจากช่องคลอด ตลอดหลังรกคลอด หลังรกคลอดคลำบริเวณหน้าท้องพบว่ามดลูกนิ่ม กระเพาะปัสสาวะโป่งตึง<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการ ตกเลือดหลังคลอด | 4. ดูแลให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษาหลังทารกคลอด ได้แก่ Oxytocin 10 unit Ⓜ และ LRS 1,000 ml+ Oxytocin 40 unit Ⓥ drip 120 ml/hr<br>5. ประมาณจำนวนการเสียเลือดทั้งหมดตลอดระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง<br>**ประเมินผลการพยาบาล** หลังจากสวนปัสสาวะให้ 1 ครั้ง ได้ปัสสาวะ 200 ml มดลูกหดรัดตัวดี สูญเสียเลือดออกจากช่องคลอดในระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง 50 ml BP = 159/78 mmHg, PR = 100 beat/min, RR = 20 beat/min, BT = 37.1°C |
| **ด้านทารก**<br>**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12** ทารกแรกเกิดมีภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายขาดออกซิเจนเนื่องจากการทำงานของปอดและกล้ามเนื้อหายใจยังไม่สมบูรณ์<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ทารกคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ $34^{+3}$ สัปดาห์ หลังคลอด 15 นาที ตัวเย็น T=36 °C หายใจมี retention มี Flab nose ตัวเขียว ปลายมือ ปลายเท้าเขียว HR = 156 beat/min, RR =56 beat/min, $O_2$ sat 93%<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ | 1. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะทุกครั้งที่ฟังเสียงปอดได้เสียงเสมหะ ขณะดูดเสมหะสังเกตอาการทารก ถ้ามีอาการเขียว เหนื่อยหอบ ควรหยุดดูดเสมหะทันที<br>2. จัดท่านอนทารกให้ศีรษะสูงเล็กน้อย 15-30 องศา หน้าตรงหรือตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง โดยใช้ผ้าหนุนใต้ไหล่ให้หน้าเงยเล็กน้อย เพื่อช่วยเพิ่มการขยายตัวของปอด ระวังไม่ให้ผ้าเลื่อนมาอยู่บริเวณใต้ศีรษะ เพราะจะทำให้หลอดลมคอแคบลง<br>3. ให้ $O_2$ Box 10 lit/min เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนให้ทารก<br>4. ลดการใช้ออกซิเจนของร่างกายทารก โดยดูแลทารกให้ได้รับการนอนหลับและพักผ่อนอย่างเพียงพอ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ไม่รบกวนทารกบ่อยครั้งจนเกินไป ปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสมกับอุณหภูมิของทารก ประมาณ 26-27°C โดยรักษาอุณหภูมิกายให้อยู่ในช่วง 36.8-37.2 °C เปลี่ยนผ้าอ้อมทันทีหลังขับถ่าย เพื่อลดการใช้พลังงานจากความเย็น<br>5. ดูแลให้ทารกอยู่ใต้ radiant warmer ตั้งอุณหภูมิที่ mode manual 36.5°C เพื่อให้ความอบอุ่นทารกแรกเกิด<br>6. รายงานอาการและอาการแสดงให้กุมารแพทย์รับทราบ |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | 7. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ติดตามค่า $O_2$ sat ทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง พร้อมทั้งสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจนที่รุนแรงขึ้น ได้แก่ หายใจหน้าอกบุ๋ม (Retraction) หายใจออกมีลักษณะกลั้นหายใจ (Expiratory Grunting) หายใจมีเสียงคราง (Moaning) อาการเขียว (Cyanosis) $O_2$ sat ≤ 88%<br>**ประเมินผลการพยาบาล** กุมารแพทย์ให้ย้ายทารกไปดูแลที่หอผู้ป่วยกุมารเวช ก่อนย้ายทารกร้องเสียงดัง แขนขายกขยับได้ดี ตัวเขียว ปลายมือปลายเท้าเขียว หายใจสม่ำเสมอ HR = 156 beat/min $O_2$ sat 100% (ขณะ $O_2$ Box 10 lit/min) |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 13** ทารกมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเนื่องจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิร่างกายยังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ทารกคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ $34^{+3}$ สัปดาห์ หลังคลอด 15 นาที ตัวเย็น BT=36 ℃<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ความอบอุ่นทารกแรกเกิด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ | 1. จัดให้ทารกอยู่บน Radiant warmer และห่อตัวทารกให้ความอบอุ่นด้วยผ้าที่ผ่านการอุ่นใต้ Radian warm<br>2. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที<br>3. ประเมินภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ได้แก่ ซึมลง หัวใจเต้นช้าลง หายใจช้าลง ริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าเขียว แขน ขาเย็น<br>4. หลีกเลี่ยงการนำทารกออกจาก Radiant warmer หากมีความจำเป็น ต้องนำทารกออกจาก Radian warm ต้องห่อตัวทารก สวมหมวก ให้ความอบอุ่นอยู่ตลอดเวลา<br>5. ปฏิบัติกิจกรรมการตรวจร่างกาย ฉีดยา หยอดตา ป้ายสะดือ การตกแต่งสายสะดือ ภายใต้ Radiant Warmer<br>6. ปิดแอร์และไม่เปิดพัดลม<br>7. ดูแลย้ายทารกไปหอผู้ป่วยกุมารเวชด้วยคลิป transfer โดยใส่เสื้อห่มอุ่นและห่อตัวด้วยผ้าขนหนู และวางทารกลงในคลิป transfer ที่มีถุงถั่วเขียวพลังความร้อนรองอยู่ด้านล่าง<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยกุมารเวช BT=36.8 ℃ HR = 156 beat/min, RR= 56 beat/min |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 14** ทารกมีโอกาสเกิดติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังทำงานไม่สมบูรณ์<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ทารกคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ $34^{+3}$ สัปดาห์ หลังคลอด 15 นาที ตัวเย็น BT= 36 ℃<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย | 1. ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อทุก 15-30 ชั่วโมง ได้แก่ อุณหภูมิร่างกายต่ำหรือสูง ร้องกวน ซึม กระสับกระส่าย การเคลื่อนไหวลดลง<br>2. ให้การพยาบาลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนและหลังปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ทารก<br>3. ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป โดยเช็ดตัวและเปลี่ยนผ้าเมื่อทารกปัสสาวะหรืออุจจาระ และซับให้แห้งทุกครั้ง<br>4. ดูดเสมหะโดยใช้หลักปราศจากเชื้อในการ และเปลี่ยนสายยางดูดเสมหะใหม่ทุกครั้ง<br>5. ดูแลพลิกตะแคงตัวทารก เพื่อให้มีการระบายเสมหะออกจากปอด ทำให้มีการกระจายของออกซิเจนดีขึ้น<br>6. สังเกตและบันทึกลักษณะสี ปริมาณ และกลิ่นของเสมหะขณะดูดเสมหะทุกครั้ง<br>7. ป้ายตาด้วยยา Terramycin eye ointment เพื่อป้องกันเยื่อบุตาอักเสบ การติดเชื้อในลูกตา การติดเชื้อที่กระจกตา สังเกตผลข้างเคียงของยา ได้แก่ หนังตาบวมแดง เยื่อบุตาแดง<br>8. ทำความสะอาดสะดือและผิวหนังบริเวณรอบ ๆ สะดือ เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่สะดือ โดยใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ 75% เช็ดบริเวณโคนสะดือขึ้นมาจนถึงปลายสะดือให้รอบทุกด้าน และใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ 75% เช็ดบริเวณโคนสะดือที่เป็นผิวหนังโดยหมุนวนประมาณ 1-2 นิ้ว เพื่อการฆ่าเชื้อบริเวณผิวหนังรอบสะดือ<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยกุมารเวช ทารกเคลื่อนไหวร่างกายได้ดี ไม่ซึม ตอบสนองต่อการกระตุ้นดี ร้องเสียงดัง ผิวกายอุ่นขึ้น BT=36.8 ℃ HR = 156 beat/min, RR= 56 beat/min (สม่ำเสมอ) เสมหะสีน้ำตาลขุ่น |

**สรุปและอภิปรายผล**

จากผลการศึกษา พบว่าการพยาบาลที่ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ คือ ไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้สำเร็จ ทั้งนี้อาจเนื่องจากเมื่อแรกรับหญิงตั้งครรภ์รายนี้มีปากมดลูกที่เปิดขยายแล้ว จึงมีแนวโน้มที่จะเกิดการคลอดก่อนกำหนดมากกว่ารายที่ปากมดลูกไม่มีการเปิดขยาย โดยมีการศึกษาพบว่าการเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกรับมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดถึง 2.77 เท่า โดยเฉพาะ อย่างยิ่งหากการเปิดขยายของปากมดลูกที่ ≥3 เซนติเมตรเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดสูงถึง 41 เท่า ซึ่งการเพิ่มของการเปิดขยายของปากมดลูกทุก ๆ 1 เซนติเมตรจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 1.66 และ 2.81 เท่า เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ปากมดลูกไม่มีการเปิดขยาย นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์รายนี้ยังมีประวัติภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะซีด เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยชักนำที่เพิ่มความเสี่ยงทำให้เกิดการคลอดกำหนด[5]

**ข้อเสนอแนะ**

ประสานข้อมูลกับงานฝากครรภ์และทีมนำพัฒนาคุณภาพทางคลินิกสาขาสูติกรรม เพื่อทบทวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะซีด เบาหวานขณะตั้งครรภ์ และมีโรคประจำตัวเรื้อรัง เพื่อให้มีประเมินความเสี่ยง ตรวจคัดกรองและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงต่างๆ รวมถึงปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ เพื่อลดโอกาสการเกิดภาวะการคลอดก่อนกำหนด

**เอกสารอ้างอิง**

1. Kinney MV, Rhoda NR. Understanding the causes of preterm birth: solutions depend on context. The Lancet Global Health. 2019 ;7(8): e1000-e1.
2. ประไพรัตน์ แก้วศิริ, ศิริภรณ์ เหมะธุลิน, พิมลพรรณ อันสุข, และพรรณยุพา เนาว์ศรี. การส่งเสริมศักยภาพแก่สตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด:บทบาทพยาบาล. ศรีนครินทร์เวชสาร 2563; 35(2) : 238-245.
3. ประภัทร วานิชพงษ์พันธุ์. คลอดก่อนกำหนด [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 16 มิถุนายน2566]. เข้าถึงจาก: https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1346)
4. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2563 –2565[อินทราเน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงจาก:http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
5. กัญยา ทูลธรรม, และสุภาพร สุภาทวีวัฒน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด อัตราความถูกต้องครอบคลุมของแนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลมหาสารคาม.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2566; 20(2): 75-88.

# การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ : กรณีศึกษา

# Nursing care for mothers after cesarean section with Pregnancy-Induced Hypertension and Gestational Diabetes Mellitus: Case Study

(Received: April 5,2024 ; Revised: April 27,2024 ; Accepted: April 28,2024)

**พิพิศน์ อินทร์พันธุ์**[1]
**Phiphitt Inpan**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และได้รับการผ่าตัดคลอดบุตร โดยศึกษาในมารดาหลังคลอด อายุ 42 ปี อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ จากการศึกษาพบว่าด้านมารดาการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ ป้องกันการเกิดภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนจากสูญสียเลือดในระบบไหลเวียนเลือด ป้องกันการตกเลือดซ้ำจากมดลูกหดตัวไม่ดี ป้องกันมารดาเกิดภาวะชักในระยะหลังคลอด ป้องกันการเกิดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและเป็นโรคเบาหวานหลังคลอด ลดความวิตกกังวลในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดคลอดและการดูแลทารก ด้านทารกมีการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ ป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน ป้องกันการติดเชื้อ ป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

**คำสำคัญ:** มารดาหลังผ่าตัดคลอด, ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์, เบาหวานขณะตั้งครรภ์

**Abstract**

This study is a case study. The objective was to study nursing care for mothers after cesarean section with Pregnancy-Induced Hypertension and Gestational Diabetes Mellitus. The mother is 42-year-old gestational age 38 weeks at giving birth for the first time. This study found that important nursing care of the mother including preventing tissue hypoxia from the loss of blood from the circulatory system, preventing recurrent bleeding from uterine atony, preventing seizures in the postpartum period, preventing hypoglycemia and postpartum Diabetes Mellitus, reducing anxiety about taking care of yourself after cesarean section and taking care of neonatal. important nursing care of the neonatal including preventing tissue hypoxia, preventing infection, preventing hypoglycemia

**Keywords:** Mothers after cesarean section, Pregnancy-Induced Hypertension, Gestational Diabetes Mellitus

## บทนำ

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus; GDM) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่พบได้บ่อยในสตรีตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากปัจจัยด้านพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต เนื่องจากการผลิตฮอร์โมนที่มีฤทธิ์ต้านอินซูลินในขณะที่ตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินให้เพียงพอกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นตามอายุครรภ์ที่เพิ่มขึ้น โดยมักเกิดในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ และเพิ่มสูงสุดช่วงอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์[1] โดยจากผลการสำรวจของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International diabetes federation [IDF]) พบว่าในปี พ.ศ. 2558-2560 มีสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงถึง 20.9 ล้านคน หรือร้อยละ 16.2 โดยร้อยละ 85.1 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น GDM และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 อาจมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นถึง 313.3 ล้านคน[2] สำหรับประเทศไทย พบหญิงตั้งครรภ์ที่เป็น

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

เบาหวานร้อยละ 5-14 ของสตรีที่มาฝากครรภ์[3] ภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เช่น ตกเลือดหลังคลอด ทารกตัวโต การคลอดยาก และทารกพิการแต่กำเนิด ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้สามารถป้องกันได้ด้วยการการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ[4]

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Pregnancy-induced hypertension; PIH) เป็นภาวะแทรกซ้อน ที่พบได้บ่อยทางสูติกรรม และเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และการเสียชีวิตของทารกทั่วโลก โดยพบความชุกของภาวะนี้ทั่วโลก มากถึงร้อยละ 5-7 ของหญิงตั้งครรภ์ และเป็นสาเหตุให้มารดาเสียชีวิต 70,000 รายและทารกเสียชีวิต 500,000 ราย อุบัติการณ์สูงในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 26.38[5] เช่นเดียวกับประเทศไทยที่พบว่าภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข ปี 2562 พบว่าอัตราการตายที่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เท่ากับ 22 รายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากภาวะตกเลือดหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและต่อทารกในครรภ์ โดยผลกระทบที่รุนแรงต่อหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ รกลอกตัวก่อนกำหนด ตับวาย ภาวะไตวายเฉียบพลัน การแข็งตัวของหลอดเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ภาวะน้ำท่วมปอด การมองเห็นผิดปกติ ภาวะอาการเฮลพ์ (HELLP) และตกเลือดหลังคลอด รวมไปถึงการชัก และเสียชีวิตในที่สุด[6]ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ได้แก่ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกคลอด ก่อนกำหนด ภาวะพร่องออกซิเจนขณะคลอด และทารกเสียชีวิต[7,8]

หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าเป็นหน่วยงานที่ให้บริการดูแลรักษาพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนมารดาหลังคลอดปกติและที่มีภาวะแทรกซ้อนทารกแรกเกิดที่มีภาวะปกติ จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2563 -2565) พบมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ จำนวน 68, 42, และ 40 ราย ตามลำดับ และเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 1.5 - 5 มารดาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จำนวน 86, 75, และ 82 ราย ตามลำดับ และเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 3.6 - 6 มารดามีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร่วมกับเบาหวานขณะตั้งครรภ์จำนวน 6, 7,และ 4 ราย ตามลำดับ และเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ถึงร้อยละ 14.3- 33 จากข้อมูลผลกระทบของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากมารดาที่มีความดันโลหิตสูงและเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และสถิติการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยเฉพาะมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร่วมกับเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีอุบัติการณ์สูง ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษามารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นกรณีศึกษา เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาพัฒนาและปรับปรุงบริการการพยาบาล ถ่ายทอดความรู้ให้กับทีมการพยาบาล ซึ่งจะนำสู่การพัฒนาการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะดังกล่าว ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

**วิธีการวิจัย**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และได้รับการผ่าตัดคลอดบุตร

## ผลการวิจัย

### การวางแผนการพยาบาล

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ด้านมารดา**<br>**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** เสี่ยงต่อเกิดภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากปริมาณสารน้ำและเลือดในหลอดเลือดลดลงจากการสูญเสียเลือดขณะคลอดและหลังคลอด<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ขณะทำผ่าตัดคลอดทารก มารดาสูญเสียเลือด 500 ml และหลังคลอดรก 1,200 ml แพทย์วินิจฉัยว่ามารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage, PPH) จาก urine atony<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจน | 1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที x 2 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมง x 1 ครั้ง จนกว่าจะปกติและคงที่ เพื่อประเมินอาการแสดงที่บ่งชี้ว่าร่างกายมีภาวะขาดออกซิเจน<br>2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ตรวจวัดและประเมิน $O_2$ sat ทดสอบ Capillary refill time ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือดและประเมินว่าเนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอหรือไม่<br>3. ดูแลให้ $O_2$ cannular 3 lit/min เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในระบบไหลเวียนเลือด<br>4. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือ ปลายเท้าเขียว หายใจเร็วตื้น ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องกล้ามเนื้อคอช่วยในการหายใจ ริมฝีปากเขียวคล้ำ กระสับกระส่าย หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง ความแรงของชีพจรส่วนปลายลดลง อุณหภูมิของผิวหนังเย็นและชื้น $O_2$ sat < 90% Capillary refill time > 3 วินาที<br>5. ดูแลให้ IV Fluid ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเพิ่มสารน้ำในระบบไหลเวียนเลือด เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน ได้แก่ หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ไอมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation<br>6. ดูแลให้ PRC 2 unit Ⓥ drip ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อชดเชยปริมาณเลือดที่สูญเสียไป รวมทั้งสังเกต ติดตามผลข้างเคียงจากการให้เลือด เช่น ผื่นผิวหนัง แน่นหน้าอก หายใจลำบาก เป็นต้น<br>7. บันทึกน้ำเข้า - ออกจากร่างกาย โดยเฉพาะปริมาณปัสสาวะ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต<br>8. ส่งตรวจและติดตาม Hematocrit หลังเลือดหมด ถ้า Hematocrit < 30 % หรือลดลงจากเดิม 3% รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษา<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ชีด อ่อนเพลีย BP= 130/84 - 165/91 mmHg, PR = 96-100 beat/min, RR= 20 beat/min $O_2$ sat = 99 % Hematocrit= 29 % ได้ PRC อีก 1 unit (unit ที่ 3) Capillary refill time 1.5 วินาที urine flow foley's cath ออก 50 ml/hr |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** มารดาเสี่ยงต่อเกิดตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องซ้ำ เนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี<br>**ข้อมูลสนับสนุน** มารดา $G1P_0A_0$ post op C/S with TR due to CPD with large fetus ขณะทำผ่าตัดคลอดทารก มารดาสูญเสียเลือด 500 ml และหลังคลอดรก 1,200 ml Hemoglobin = 9.1 g/dl แพทย์วินิจฉัยว่ามารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage, PPH) จาก urine atony | 1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที x 2 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมง x 1 ครั้ง จนกว่าจะปกติและคงที่ เพื่อประเมินอาการแสดงที่บ่งชี้ว่ามีการสญเสียเลือดผิดปกติ<br>2. บันทึกและสังเกตสี ลักษณะ จำนวนเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัด<br>3. ประเมินเลือดหรือน้ำคาวปลาออกทางช่องคลอด ทั้งลักษณะ สี และปริมาณ ให้การดูแลเปลี่ยนผ้าอนามัยเพื่อประมาณการเลือดที่ออกและความสุขสบายของมารดาหลังคลอด และรายงาน สูติแพทย์ทันที ที่พบการมีเลือดออกมากผิดปกติ<br>4. ประเมินและบันทึกลักษณะและปริมาณเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัด<br>5. ตรวจประเมินอาการและอาการแสดงทางหน้าท้องที่บ่งชี้ว่ามีเลือดออกในโพรงมดลูก ได้แก่ ท้องอืด กดเจ็บ หน้าท้องแข็งตึง เป็นต้น |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการ ตกเลือดซ้ำจากมดลูกหดตัวไม่ดี | 6. ตรวจดูการหดรัดตัวของมดลูก และคลึงมดลูกเบาๆ<br>7. ดูแลให้ 5%D/N/2 1,000 ml + Syntocinon 40 unit Ⓥ drip rate 60 ml/hr<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอดมดลูกหดรัดตัวดี แผล C/S with TR ไม่มีเลือดซึม น้ำคาวปลาสีแดง เปลี่ยนผ้าอนามัย 3 ครั้ง แต่ละครั้งน้ำคาวปลาชุ่มผ้าอนามัยประมาณ ½ ผืน ท้องไม่อืด ไม่แข็งตึง BP= 130/84 - 165/91mmHg, PR= 96-100 beat/min, RR = 20 beat/min แพทย์ off 5%D/N/2 1,000 ml + Syntocinon 40 unit Ⓥ drip |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** มารดาเสี่ยงต่อเกิดอาการชักในระยะหลังคลอดเนื่องจากความดันโลหิตสูง<br>**ข้อมูลสนับสนุน** มารดามีความดันโลหิตสูง BP 155/93 - 165 /91 mmHg<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันมารดาเกิดภาวะชักในระยะหลังคลอด | 1. อธิบายให้มารดาทราบถึงพยาธิสภาพของโรคอาการนำสู่ภาวะชักอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการชักที่จะส่งผลแก่มารดา ตลอดจนความจำเป็นในการให้ยา $MgSO_4$ และอาการข้างเคียงของการได้รับยา ซึ่ง<br>อาจพบได้ เช่น อาการร้อนบริเวณที่ฉีดร้อนวูบวาบทั่วตัว<br>2. ประเมินอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มองเห็นภาพไม่ชัด ปวดจุกแน่นบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรืออาการเจ็บชายโครงขวา Deep tendon reflex เร็วเกินไป ถ้าตรวจพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ต้องรายงานแพทย์ทันที<br>3. ตรวจวัดสัญญาณชีพและประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 1 ชั่วโมงโดยเฉพาะความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ รายงานแพทย์เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ<br>4. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ และลดสิ่งกระตุ้น เพื่อให้มารดาได้พักผ่อน ร่วมกับจัดให้มารดานอนในท่าที่สบาย เพื่อให้การไหลเวียนเลือดช้าลง ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง และลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย<br>5. ดูแลให้ Apresoline 5 mg Ⓥ ถ้า BP ≥ 160/105 mmHg<br>6. ดูแลให้ 5%/D/W 1,000 ml + 50% $MgSO_4$ 20 gm Ⓥ drip rate 50 ml/hr ตามแผนการรักษา<br>**ประเมินผลการพยาบาล** มารดาไม่มีอาการนำของภาวะชัก ในระยะหลังผ่าตัดคลอดช่วง 12 - 24 ชั่วโมง ได้รับ Apresoline 5 mg Ⓥ 1 dose BP อยู่ระหว่าง 140/70 – 130/84 mmHg แพทย์ off 5%/D/W 1,000 ml + 50% $MgSO_4$ 20 gm Ⓥ drip |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** มารดามีโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยา $MgSO_4$<br>**ข้อมูลสนับสนุน** มารดาได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง (Severe preeclampsia) และได้รับยา $MgSO_4$ เพื่อป้องกันการชักตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดคลอด ระยะผ่าตัดคลอด และหลังผ่าตัดคลอด โดยแพทย์สั่งให้ 5%/D/W 1,000 ml + 50% $MgSO_4$ 20 gm Ⓥ drip rate 50 ml/hr จนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดเกิดผลข้างเคียงจากยา $MgSO_4$ | 1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง<br>2.ตรวจ Deep tendon reflex โดยดู knee jerks reflex ทุก 4 ชั่วโมง<br>3. บันทึก urine output ทุก 4 ชั่วโมง<br>4. ติดตามผลการตรวจ EKG 12 lead เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะ arrhythmia ได้แก่ bradycardia, PR prolong, widened QRS, QT prolong, complete heart block<br>5. ติดตามระดับ Mg ในเลือด เพื่อเฝ้าระวังภาวะ Hypermagnesemia<br>6. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมกรณีมารดาหยุดหายใจ รวมทั้ง Antidote ของ $MgSO_4$ คือ 10% Calcium gluconate<br>7. หากพบความผิดปกติดังนี้ต้องรายงานแพทย์ทันที BP < 90/60 mmHg หรือ > 160/110 mmHg, HR < 60 beat/min หรือ >120 beat/min, RR < 14 beat/min, urine output < 30 mL/hr deep tendon reflex < 2+ หรือลดลง Serum Mg > 2.5 mg/dL ถ่ายเหลวมากกว่า 3 ครั้ง/วัน EKG มีลักษณะผิดปกติแสดงภาวะ arrhythmia อาการชัก มือเท้าจีบ<br>8. ดูแลความสุขสบายของมารดา เช่น เช็ดตัว ประคบเย็นเพื่อบรรเทาอาการร้อนวูบวาบตามร่างกาย |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | 9. ดูแลให้ 5%/D/W 1,000 ml + 50% $MgSO_4$ 20 gm Ⓥ drip rate 50 ml/hr ตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด โดยควบคุมปริมาณด้วย Infusion pump<br>**ประเมินผลการพยาบาล** มารดารู้สึกตัวดี ไม่มีอาการชัก ในระยะหลังผ่าตัดคลอดช่วง 12 - 24 ชั่วโมง BP อยู่ระหว่าง 140/70 – 130/84 mmHg, PR= 96-100 beat/min, RR = 20 beat/min, DTR 3+ EKG monitor show normal sinus rhythm urine output 50 ml/hr หลังคลอดครบ 24 ชั่วโมง off 5%/D/W 1,000 ml + 50% $MgSO_4$ 20 gm Ⓥ drip |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** มารดามีโอกาสเกิดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองต่ออินซูลิน และมารดามีโอกาสเป็นโรคเบาหวานหลังคลอด<br>**ข้อมูลสนับสนุน** มารดาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus; GDM) ตั้งแต่อายุครรภ์ 33 สัปดาห์<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ป้องกันการเกิดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และเป็นโรคเบาหวานหลังคลอด | 1. เจาะ DTX tid ac ในช่วง 3 วันหลังผ่าตัดคลอด เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากเป็นช่วงที่ความไวของอินซูลินจะเพิ่มมากขึ้นอาจทำให้มารดาเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้<br>2. ดูแลให้ 5%D/N/2 1,000 ml + Syntocinon 40 unit Ⓥ drip rate 60 ml/hr เพื่อให้ร่างกายได้รับน้ำตาลจาก IV fluid<br>3. ดูแลให้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ<br>4. กระตุ้นให้มารดาเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา เพื่อเพิ่มการเผาพลาญอาหารในร่างกายของมารดา ทำให้ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด<br>5. ประเมินและสังเกตอาการแสดงของการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ มือสั่น ใจสั่น เหงื่อออก เป็นลม<br>6. ให้คำแนะนำในการป้องกันการเป็นโรคเบาหวาน ได้แก่ การควบคุมอาหาร น้ำหนักตัว ออกกำลังกายสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงยาที่มีความทนต่อกลูโคส เช่น Thiazide<br>7. นัดตรวจความทนของกลูโคส (Oral glucose tolerance test; OGTT) โดยรับประทานน้ำตาล 75 กรัม หลังคลอด 6 สัปดาห์<br>**ประเมินผลการพยาบาล** มารดาไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผล DTX ช่วง 3 วันแรกหลังผ่าตัดคลอด อยู่ในช่วง 76-94 mg% จากการ ติดตามหลังคลอด 6 สัปดาห์ ผล FBS 87 mg % Blood sugar 75 gm 2 hour ได้ 112 mg% |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** มารดาเสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกด้วยวิธี Spinal block<br>**ข้อมูลสนับสนุน** มารดาได้รับการทำผ่าตัด Cesarean section (C/S) under Spinal Block ระดับ T4 ด้วย 0.5% Heavy Marcaine 2.2 ml + Morphine 0.2 mg<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันและ เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกด้วยวิธี Spinal block | 1. ดูแลให้นอนราบหลังผ่าตัดคลอด 6 – 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ intracranial hypotension จาก low CSF pressure<br>2. สังเกตอาการ intracranial hypotension ได้แก่ ปวดศีรษะอย่างรุนแรงเมื่ออยู่ในท่านั่งหรือยืน ตำแหน่งของการปวดศีรษะพบในบริเวณด้านหน้า ขมับทั้ง 2 ข้าง ปวดคอ คอแข็ง คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน เสียงดังรบกวนในหู การทรงตัวไม่มั่นคง ชาที่ใบหน้า<br>3. สังเกตอาการ Post Dural Puncture Headache ในช่วง 24-72 ชั่วโมง หลังทำผ่าตัดคลอด โดยจะมีอาการปวดศีรษะร้าวไปท้ายทอย จะเป็นเมื่อลุกนั่ง<br>4. ดูแลให้ IV Fluid ตามแผนการรักษา เพื่อให้ได้รับสารน้ำชดเชยน้ำไขสันหลังที่สูญเสียไประหว่างทำ Spinal block<br>5. ประเมิน Neurological deficit ในช่วง 12-24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด ได้แก่ อาการชา และอาการอ่อนแรงของขาทั้ง 2 ข้าง ถ้ามีอาการชา และกล้ามเนื้ออ่อนแรง รายงานแพทย์ทันที<br>**ประเมินผลการพยาบาล** หลังผ่าตัดคลอด 2 ชั่วโมง มารดาไม่มีอาการชาขาและเท้า เคลื่อนไหวขาทั้ง 2 ข้างได้ กำลังปกติ ไม่มีอาการปวดศีรษะขณะลุกนั่งหรือยืน |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** มารดาไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและปวดมดลูกจาก | 1. ประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือ Numeric Rating Scale (NRS) q 1-2 hr และประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่ามีอาการปวด เช่น คิ้ว |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด และคันตามร่างกายจากผลข้างเคียงยาระงับความรู้สึก<br>**ข้อมูลสนับสนุน** มารดาได้รับการทำผ่าตัด Cesarean section (C/S) under Spinal Block ระดับ T4 ด้วย 0.5% Heavy Marcaine 2.2 ml + Morphine 0.2 mg โดย Morphine มีผลข้างเคียงทำให้เกิดอาการคันตามผิวหนัง มารดาบอกว่าปวดแผลผ่าตัด pain scale 3 คะแนน คันตามร่างกาย นอนไม่หลับ<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อลดอาการปวดแผลผ่าตัดและอาการคันตามร่างกาย | ขมวด กระสับกระส่าย ฝืนตัวเวลาเปลี่ยนท่า กำมือแน่น เหงื่อออก หน้าซีด ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว<br>2. แนะนำเทคนิคการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ หายใจเข้า - ออกลึกๆ ช้าๆ ทำสมาธิ<br>3. ให้การพยาบาลอย่างเบามือและนิ่มนวล และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการเปลี่ยนท่าหรือเคลื่อนไหวร่างกาย<br>4. เมื่อครบเวลานอนราบ จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา งอเข่า 30 องศา เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว<br>5. แนะนำวิธีการประคองแผลผ่าตัดด้วยมือหรือหมอนขณะเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อลดการ กระทบกระเทือนแผล<br>6. ดูแลให้ยาระงับความปวด Pethidine 25 mg Ⓥ prn q 2-4 hr ถ้าระดับความปวดปานกลางถึงรุนแรง ให้ Paracetamol (500 mg) 1 tab q 4 -6 hr ถ้าระดับความปวดเล็กน้อย<br>7. ดูแลให้ยา CPM 10 mg Ⓥ prn q 6 hr ตามแผนการรักษา<br>8. ประคบเย็นตามผิวหนัง เพื่อลดอาการคัน<br>**ประเมินผลการพยาบาล** มารดาได้รับ Paracetamol 1 dose และ CPM 10 mg 1 dose ทุเลาอาการปวดแผลผ่าตัด และปวดมดลูก pain scale 0 -1 คะแนน ไม่มีอาการคันตามร่างกาย นอนหลับได้ |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8** มารดามีภาวะซีดจากการสูญเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัดคลอด<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ขณะทำผ่าตัดคลอดทารกมารดาสูญเสียเลือด 500 ml และหลังคลอดรก 1,200 ml แพทย์วินิจฉัยว่ามารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage, PPH) จาก urine atony ได้รับ PRC 2 unit หลัง PRC หมด เจาะ Hematocrit ผลได้ 29% มารดาดูอ่อนเพลีย<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเพิ่มปริมาณ เม็ดเลือดแดงในร่างกาย | 1. ดูแลให้เลือด PRC 1unit ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มความเข้มข้นของเลือด<br>2. ดูแลให้ Triferdine 1x1pc, Ferrous Fumarate 1x3 pc ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มธาตุเหล็กสำหรับช่วยสร้างเม็ดเลือดแดง<br>3. ดูแลให้รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ ผักใบเขียว เป็นต้น เพื่อเพิ่มธาตุเหล็กสำหรับช่วยสร้างเม็ดเลือดแดง<br>4. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง เพราะการพักผ่อนบนเตียงเพื่อช่วยลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย<br>5. ติดตามผล Hematocrit เพื่อประเมินความเข้มข้นของเลือดในร่างกาย<br>6. สังเกตและซักถามอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ถ้ารุนแรงต้องรายงานแพทย์ทราบ เพื่อพิจารณาให้การรักษา<br>7. แนะนำญาติในการช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อลดอาการอ่อนเพลียและอาการเหนื่อย<br>**ประเมินผลการพยาบาล** มารดามีสีหน้าสดชื่นขึ้น อาการอ่อนเพลียลดลง หายใจไม่เหนื่อย RR = 20 beat/min หลังให้ PRC ส่งตรวจHematocrit ซ้ำ ผลได้ 32.4% % แพทย์ยอมรับได้และให้ยาเสริมธาตุเหล็กต่อไป |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9** มารดาเสี่ยงต่อเกิดความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่<br>**ข้อมูลสนับสนุน** มารดางดอาหารและน้ำทางปาก 8 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดมีอาการคลื่นไส้อาเจียน<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันร่างกายขาดสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ | 1. ดูแลให้ IV Fluid ตามแผนการรักษา เพื่อให้ได้รับสารน้ำเข้าร่างกายและชดเชยสารน้ำ เกลือแร่ที่สูญเสียไปจากอาเจียน<br>2. ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ<br>3. ดูแลให้มารดาบ้วนปากหรือแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร<br>4. สังเกตอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะขาดน้ำ ได้แก่ ริมฝีปากแห้ง ผิวแห้ง ความตึงตัวผิวหนังลดลง ปัสสาวะสีเข้ม ออกน้อย<br>5. บันทึกปริมาณน้ำเข้า ออกจากร่างกาย ทุก 8 hr เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำในร่างกาย<br>6. ดูแลให้ Ondansetron 8 mg prn for N/V q 8 hr ตามแผนการรักษา |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | **ประเมินผลการพยาบาล** หลังมารดาได้รับ Ondansetron 1 dose ทุเลาอาการคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้ ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอด ปริมาณน้ำเข้าร่างกาย 2,450 ml ปริมาณน้ำออกจากร่างกาย 2,350 ml |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10** มารดามีโอกาสเกิดแผลผ่าตัดและแผลในโพรงมดลูกติดเชื้อ<br>**ข้อมูลสนับสนุน** มารดาได้รับการทำผ่าตัด C/S with TR มีแผลในโพรงมดลูกจากการลอกตัวของรก มีน้ำคาวปลาไหลออกมาทางช่องคลอด<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันแผลผ่าตัดและแผลในโพรงมดลูกติดเชื้อ | 1. ประเมินลักษณะแผลผ่าตัด โดยสังเกตอาการที่บ่งชี้ว่าแผลผ่าตัดติดเชื้อ ได้แก่ แผลบวม แดง สีผิวที่เขียวช้ำ ปวด ผิวหนังบริเวณแผลผ่าตัดร้อน มีสารคัดหลั่งเป็นหนอง<br>2. แนะนำการดูแลแผลผ่าตัดให้สะอาด ไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่แกะเกาแผล ถ้าแผลเปียกชุ่มสารคัดหลั่งให้แจ้งพยาบาลทราบเพื่อทำแผลให้ใหม่<br>3. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบ 5 หมู่ โดยเน้นอาหารโปรตีนสูง วิตามินซีเพื่อส่งเสริมการหายของแผล<br>4. สังเกตและประเมินลักษณะของน้ำคาวปลา สี กลิ่นและปริมาณ<br>5. แนะนำการรักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ และทำความสะอาด ทุกครั้งหลังการถ่าย อุจจาระและปัสสาวะ<br>6. ดูแลให้ Cefazolin 1 gm Ⓥ q 6 hr x 8 dose และ Ibllex (500 mg) 1 x 3 pc<br>**ประเมินผลการพยาบาล** แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีสารคัดหลั่งซึม น้ำคาวปลาสีแดงปกติ ไม่มีกลิ่นเหม็น ไม่มีไข้ BT= 36.5 -37 °C หลังผ่าตัดครบ 7 วัน นัดตัดไหม แผลผ่าตัดแห้ง ติดดี |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11** มารดาเสี่ยงต่อเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเนื่องจาก<br>**ข้อมูลสนับสนุน** มารดาได้รับการ retained foley's cath ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ | 1. ดูแลให้สายสวนปัสสาวะอยู่ในระบบปิด แขวนถุงรองน้ำปัสสาวะ อยู่ต่ำกว่าตัวผู้ป่วย<br>2. เทปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมงหรือเมื่อมีน้ำปัสสาวะ ¾ ของถุงรองน้ำปัสสาวะ สังเกตลักษณะผิดปกติของปัสสาวะ เช่น สีขุ่น มีตะกอน กลิ่นฉุนหรือกลิ่นเหม็น<br>3. ดูแลและจัดตรึงสายสวนปัสสาวะไม่ให้หัก พับ งอ<br>4. ทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะเช้า-เย็น และทุกครั้งหลังการขับถ่าย 5. ประเมินข้อบ่งชี้ในการใส่คาสายสวนปัสสาวะทุกวัน<br>6. ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique<br>7. ตรวจวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะไข้<br>**ประเมินผล**<br>**การพยาบาล** มารดาไม่มีไข้ BT= 36.5 - 37°C ปัสสาวะออกดี สีเหลืองใส หลังผ่าตัดวันแรก off foley's cath หลัง off ปัสสาวะเองได้ ไม่มีแสบ ขัด |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12** มารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดคลอดและดูแลทารกเมื่อกลับไปบ้าน<br>**ข้อมูลสนับสนุน** มารดาถามว่า ต้องดูแลตนเองอย่างไรไม่เคยคลอดบุตร บอกว่า ไม่เคยเลี้ยงเด็กมาก่อน มีสีหน้าวิตกกังวล<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดคลอดและดูแลทารกของมารดา | 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี แสดงความเป็นมิตร ปลอบโยนให้ความรู้สึกอบอุ่น เพื่อคลายความวิตกกังวลความกลัว และมั่นใจว่ามีผู้คอยให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มใจ<br>2. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ การหายใจและการไออย่างถูกวิธี เพื่อขับเสมหะ วิธีผ่อนคลายหรือบรรเทาความเจ็บปวด การลุกนั่งและการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ลำไส้เคลื่อนไหว การดูแลแผลผ่าตัด การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ตลอดจนการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เลือดออกจากแผลผ่าตัดและออกทางช่องคลอดมาก หน้ามืดเป็นลม ใจสั่น เป็นต้น<br>3. เปิดโอกาสให้มารดาได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ ได้เล่าความรู้สึกกังวล กลัว พร้อมทั้งรับฟังอย่างตั้งใจและตอบข้อซักถามอย่างชัดเจน<br>4. ให้กำลังใจและส่งเสริมให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลมารดาหลังคลอด<br>5. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลทารกเรื่องการให้นมมารดา พัฒนาการของทารก การตรวจสุขภาพ การได้รับวัคซีนป้องกันโรค และอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | 6. อธิบายและสาธิตวิธีการอุ้มทารก การให้นมมารดา การอาบน้ำ สระผม เช็ดตา เช็ดสะดือ และการทำความสะอาดหลังขับถ่าย<br>7. กระตุ้นให้มารดาและสามีปฏิบัติการดูแลทารกเองโดยพยาบาลให้การช่วยเหลือแนะนำ ให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดความมั่นใจมากขึ้นและสามารถดูแลทารกได้อย่างถูกต้อง<br>**ประเมินผลการพยาบาล** หลังจากได้รับคำแนะนำ พูดคุย ตอบข้อซักถามต่างๆ จนเข้าใจแล้ว มารดามีสีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความวิตกกังวลลง |
| **ด้านทารก**<br>**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ทารกเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการหายใจยังไม่มีประสิทธิภาพ<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ทารกแรกเกิดหายใจมีเสียงครืดคราดจากสารคัดหลั่งในลำคอ<br>ปลายมือ ปลายเท้าเขียวเล็กน้อย<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันทารกเกิดภาวะพร่องออกซิเจน | 1. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดน้ำคร่ำ เมือก เลือด ออกจากปากคอและจมูกด้วยลูกยาง เพื่อป้องกันการสูดสำลัก สารคัดหลั่งเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ ขณะดูดสังเกตอาการทารก ถ้ามีอาการเขียว เหนื่อยหอบ ควรหยุดดูดเสมหะทันที<br>2. จัดท่านอนทารกให้ศีรษะสูงเล็กน้อย 15-30 องศา หน้าตรงหรือตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง โดยใช้ผ้าหนุนใต้ไหล่ให้หน้าเงยเล็กน้อย เพื่อช่วยเพิ่มการขยายตัวของปอด ระวังไม่ให้ผ้าเลื่อนมาอยู่บริเวณใต้ศีรษะ เพราะจะทำให้หลอดลมคอแคบลง<br>3. ลดการใช้ออกซิเจนของร่างกายทารก โดยดูแลทารกให้ได้รับการนอนหลับและพักผ่อนอย่างเพียงพอ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ไม่รบกวนทารกบ่อยครั้งจนเกินไป ปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสมกับอุณหภูมิของทารก ประมาณ 26-27 $^{o}$C โดยรักษาอุณหภูมิกายให้อยู่ในช่วง 36.8-37.2$^{o}$C เปลี่ยนผ้าอ้อมทันทีหลังขับถ่าย เพื่อลดการใช้พลังงานจาก ความเย็น<br>4. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ติดตามค่า $O_2$ sat ทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง พร้อมทั้งสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน ได้แก่ หายใจหน้าอกบุ๋ม (Retraction) หายใจออกมีลักษณะกลั้นหายใจ (Expiratory Grunting) หายใจมีเสียงคราง (Moaning) อาการเขียว (Cyanosis) $O_2$ sat ≤ 88% หากพบอาการและอาการแสดงดังกล่าวรายงานแพทย์ทันที<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ทารกตัวแดง ปลายมือ ปลายเท้าไม่เขียว ร้องเสียงดัง แขน ขา 2 ข้าง มีการเคลื่อนไหวได้ดี HR =148 - 156 beat/min (สม่ำเสมอ), RR = 46 - 52 beat/min (สม่ำเสมอ), $O_2$ sat= 95 % |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** ทารกมีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากมีอินซูลินสูงในเลือดจากมารดาเป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์<br>**ข้อมูลสนับสนุน** มารดาขณะตั้งครรภ์ 33 สัปดาห์ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM)<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันทารกเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ | 1. ประเมินสภาพทั่วไปของทารกเกี่ยวกับอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น หายใจเร็ว<br>2. ประเมินอาการทางสมองจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ชัก ซึม เป็นต้น หากพบรายงานแพทย์ทันที<br>3. ติดตามผลการเจาะเลือดเพื่อตรวจดูค่าน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง จนกว่าระดับน้ำตาลในเลือดจะ อยู่ในเกณฑ์ปกติและคงที่<br>4. กระตุ้นมารดาให้นมทารก (Breast feeding) เร็วที่สุด<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ทารกมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด 77 mg% อยู่ในเกณฑ์ปกติ |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** ทารกมีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เนื่องจากสูญเสียความร้อนออกจากร่างกาย<br>**ข้อมูลสนับสนุน** ทารกแรกเกิดศูนย์ควบคุมความร้อนยังทำงานได้ไม่ดี มีไขมันใต้ผิวหนังน้อยเมื่อเทียบกับผิวร่างกาย<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันทารกเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ | 1. ประเมินภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ได้แก่ ซึมลง หัวใจเต้นช้าลง หายใจช้าลง ริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าเขียว แขน ขาเย็น<br>2. ห่อตัวทารก สวมหมวก ให้ความอบอุ่นอยู่ตลอดเวลา<br>3. ดูแลทำความสะอาดร่างกายทารก และเปลี่ยนผ้ารองก้น ผ้าปูทุกครั้งที่ทารกถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ทารกไม่เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ BT= 36.7 - 36.9$^{o}$C, HR =148 - 156 beat/min (สม่ำเสมอ), RR = 46 -52 beat/min (สม่ำเสมอ), $O_2$ sat = 95 % ขยับแขน ขาได้ดี ร้องเสียงดัง ผิวกายแดง ปลายมือ ปลายเท้าแดง และอุ่น |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** ทารกมีโอกาสเกิดติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังทำงานไม่สมบูรณ์<br>**ข้อมูลสนับสนุน** เป็นทารกแรกเกิด full termระบบภูมิคุ้มกันยังทำงานไม่สมบูรณ์<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันทารกเกิดการติดเชื้อในร่างกาย | 1. ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อทุก 4 ชั่วโมง เช่น อุณหภูมิร่างกายต่ำหรือสูง ร้องกวน ซึม กระสับกระส่าย การเคลื่อนไหวลดลง<br>2. ให้การพยาบาลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนและหลังปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ทารก<br>3. ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป โดยเช็ดตัวและเปลี่ยนผ้าเมื่อทารกปัสสาวะหรืออุจจาระ และซับให้แห้งทุกครั้ง<br>4. ใช้เทคนิคปราศจากเชื้อในการดูดเสมหะ และเปลี่ยนสายยางดูดเสมหะใหม่ทุกครั้ง<br>5. ดูแลพลิกตะแคงตัวทารก ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อให้มีการระบายเสมหะออกจากปอด ทำให้มีการกระจายของออกซิเจนดีขึ้น<br>6. สังเกตและบันทึกลักษณะสี ปริมาณ และกลิ่นของเสมหะขณะดูดเสมหะทุกครั้ง<br>7. ทำความสะอาดสะดือและผิวหนังบริเวณรอบ ๆ สะดือ เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่สะดือ โดยใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ 75% เช็ดบริเวณโคนสะดือขึ้นมาจนถึงปลายสะดือให้รอบทุกด้าน และใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ 75% เช็ดบริเวณโคนสะดือที่เป็นผิวหนังโดยหมุนวนประมาณ 1-2 นิ้ว เพื่อการฆ่าเชื้อบริเวณผิวหนังรอบสะดือ<br>**ประเมินผลการพยาบาล** ทารกไม่เกิดการติดเชื้อในร่างกาย เคลื่อนไหวร่างกายได้ดี ไม่ซึม ตอบสนองต่อการกระตุ้นดี ร้องเสียงดัง ผิวหนังอุ่น BT= 36.7-36.9 °C, HR =148 - 156 beat/min (สม่ำเสมอ), RR = 46 - 52 beat/min (สม่ำเสมอ) |

## สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษามารดาหลังคลอดรายนี้ พบเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ได้แก่ มีภาวะความดันโลหิตสูงและเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และในระยะคลอดเกิดภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ได้รับยาป้องกันการชักคือ $MgSO_4$ ประกอบกับมารดามี CPD แพทย์จึงพิจารณายุติการตั้งครรภ์โดยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และในระยะหลังคลอดเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยของภาวะความดันโลหิตสูงและเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งมารดาหลังคลอดได้รับการวางแผนการพยาบาลเพื่อแก้ไข และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างครอบคลุม รวมทั้งให้การดูแล เพื่อกำจัดสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด คือ ภาวะมดลูกหดรัดตัว ไม่ดี ทำให้มารดาหลังคลอดไม่เกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดและไม่เกิดการตกเลือดซ้ำ นอกจากนี้มารดายังได้รับการเฝ้าระวังการเกิดภาวะชักหลังคลอดจากระดับความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจเกิดได้ในช่วง 24 -48 ชั่วโมงหลังคลอด ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในช่วง 24 -72 ชั่วโมงหลังคลอด อีกทั้งการให้คำแนะนำในการมาตรวจตามนัดเพื่อประเมินและติดตามระดับความดันโลหิตในช่วง 7 วัน 6 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์หลังคลอด หากพบระดับความดันโลหิตสูง แพทย์จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง[10] ให้คำแนะนำในการประเมินและติดตามระดับน้ำตาลในเลือดในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด และตรวจซ้ำทุกๆ 1-3 ปี หากพบระดับน้ำตาลในเลือดสูง จะได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาจากอายุรแพทย์[11] จากผลให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดรายนี้ในระหว่างอยู่โรงพยาบาลและติดตาม 6 สัปดาห์หลังคลอด พบว่าการพยาบาลสอดคล้องกับปัญหาเฉพาะโรค เฉพาะราย จึงทำให้ทุกปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป

## ข้อเสนอแนะ

1. จัดให้มีระบบการติดตามและประเมินผลการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่องจนถึงระยะหลังคลอด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ ซึ่งจะส่งผลให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด และไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานหลังจากคลอดบุตร

2. พัฒนากระบวนการเรียนรู้ของพยาบาลหอผู้ป่วยสูตินรีเวช เกี่ยวกับการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์แบบ case method โดยนำกรณีศึกษานี้ มาใช้สำหรับศึกษากระบวนการพยาบาลจากสถานการณ์การดูแลที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งจะทำให้พยาบาลมีความรู้ และเกิดความเข้าใจดีขึ้น สามารถนำไปใช้ในการดูแลมารดากลุ่มนี้ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

## เอกสารอ้างอิง

1. ชญาดา เนตรกระจ่าง. การเสริมสร้างความเข็มแข็งในการจัดการภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์. วารสารศูนย์การแพทย์ศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2560; 36(2): 168-177.
2. International Diabetes Federation [IDF]. Care & prevent gestational diabetes [internet].2017. [cited 2023 March 20] Available from https://www.idf.org/our activities/care prevention/gdm.html
3. กนกอร ปัญญาโส, ศิริวรรณ แสงอินทร์, และอุษา เชื้อหอม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของหญิงตั้งครรภที่มีภาวะเบาหวานในโรงพยาบาลรัฐบาล เขตภาคเหนือตอนบน. วารสารคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยบูรพา 2563; 28(3): 27-40.
4. วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, มลิวัลย์ บุตรดำ, ทัศณีย์ หนูนารถ, และเบญจวรรณ ละหุการ. ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์: บทบาทพยาบาลกับการดูแล. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์ 2562; 9(2): 100-113.
5. Makwana M. Gestational diabetes mellitus with its maternal and fetal outcome: a clinical study International. Journal of Advances in Medicine 2017; 4(4): 919-925.
6. Butalia S., Audibert F., Cote AM., Firoz, T., Logan AG., & Magee LA. Guidelines for the Management of Hypertension in Pregnancy. Canadian Journal of Cardiology 2018; 34(5): 526-531.
7. รุจิรา ภารพบ. ผลลัพธ์ของการรักษาประคับประคองเทียบกับการรักษาแบบเร่งรัดให้คลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2559; 30(1): 7-14.
8. นิสาชล สุขแก้ว, วรางคณา ชัชเวช, สุรีย์พร กฤษเจริญ. ประสบการณ์การดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2564; 8(3): 117-129.
9. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2563 - 2565 [อินทราเน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2566]. เข้าถึงจาก: http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
10. รังสรรค์ เดชนันทพิพัฒน์. ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertension in Pregnancy) [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 16 มีนาคม 2566]. เข้าถึงจาก: https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/6655/
11. กาญจนา ศรีสวัสดิ์, และอรพินท์ สีขาว. การดูแลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลทหารบก 2557; 15(2): 50-59.

# การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุด้วยกระบวนการโรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองวังสะพุง
# The development of Elderly care Model among Elderly School in Wangsaphung Subdistrict.

(Received: April 4,2024 ; Revised: April 26,2024 ; Accepted: April 27,2024)

**เกศรา โกมาสถิตย์**[1]
**Kesara Komasathit**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยในครั้งนี้ มีรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อพัฒนาหลักสูตร และรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้กลไกในโรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองวังสะพุง 2) เพื่อศึกษาผลการใช้หลักสูตร และรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้กลไกในโรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองวังสะพุง ประชากรที่ใช้ในการวิจัยได้แก่กลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลเมืองวังสะพุง และตำบลวังสะพุง รวมทั้งหมด 3,057 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกลไกโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 32 คน 2) กลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้กลไกในโรงเรียนผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น แบบสอบถามความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าร้อยละ (Percentage) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ค่าฐานนิยม (Mode) และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ก่อน หลังการใช้รูปแบบฯ ด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า 1. รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยกลไกโรงเรียนผู้สูงอายุที่เหมาะสมประกอบไปด้วยองค์ประกอบ คือ 1) กระบวนการดำเนินงาน เช่น การกำหนดกลไกการบริหารโรงเรียน การจัดตั้งคณะกรรมการ การจัดทำหลักสูตร การประชาสัมพันธ์ 2) คณะกรรมการ เช่น คณะผู้บริหารและบุคลากรโรงเรียนผู้สูงอายุ คณะจัดทำหลักสูตร และคณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ 3) สถานที่ในการจัดการเรียนการสอน 4) งบประมาณในการดำเนินงาน และ 5) ส่วนประกอบของหลักสูตร 2. ระดับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**คำสำคัญ:** การพัฒนารูปแบบ, โรงเรียนผู้สูงอายุ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, คุณภาพชีวิต

**Abstract**

This Action Research with the objectives were 1) Developing a curriculum and healthcare model for the elderly using the mechanism within the Elderly School of Wangsaphung municipality and 2) Studying the outcomes of implementing the curriculum and healthcare model for the elderly using the mechanism within the Elderly School of Wangsaphung Municipality. The population involved in the research consists of elderly individuals in Wangsaphung Municipality and Wangsaphung Sub-District totaling 3,057 people. They are divided into two sample groups 1) A group used for developing the healthcare model for the elderly within the Elderly School, comprising 32 individuals, and 2) A group used for implementing the healthcare model for the elderly within the Elderly School comprising 40 individuals. The research tools include the developed healthcare model within the Elderly School, questionnaires on knowledge, behavior, and quality of life related to healthcare, and statistical analysis using mean, percentage, standard deviation, mode, and pre- and post-implementation correlation analysis using the Paired t-test.

[1] โรงพยาบาลวังสะพุง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

The study findings 1. The healthcare model for the elderly within the Elderly School is comprised of the following components 1) Operational processes, such as establishing school management mechanisms, forming committees, developing curricula, and conducting publicity. 2) Committees, including school management and personnel, curriculum development, and senior citizen school committees. 3) Teaching and learning facilities. 4) Budget for operations. 5) Components of the curriculum. 2. The levels of knowledge about healthcare, health-related behaviors, and quality of life among the elderly significantly increased after participating in the Elderly School activities at a statistical significance level of 0.05.

**Keywords**: Model Development, Elderly School, Health Literacy, Health Behavior, Life Quality

**บทนำ**

ทุกประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญกับสถานการณ์ภาวะประชากรสูงอายุ (Population Ageing) กล่าวคือ สัดส่วนของประชากรวัยเด็ก และวัยผู้ใหญ่ตอนต้นลดลง และสัดส่วนประชากรที่มีอายุ60 ปี และมากกว่า 60 ปีเพิ่มขึ้น ตามเกณฑ์ของสหประชาชาติได้กำหนดว่าเมื่อประชากรมีสัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมดจัดว่าเป็นภาวะประชากรสูงอายุ[1] สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) เป็นแนวโน้มของทุกชาติทั่วโลกที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยองค์การสหประชาชาติได้คาดการณ์ไว้ว่าทั่วโลกจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เป็นจำนวนถึง 1,200 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 และเพิ่มปริมาณเป็น 2,000 ล้านคนในปี พ.ศ. 2593 หรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรโลกทั้งหมด[2] สำหรับประเทศไทยได้เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2548 และได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ในปี พ.ศ. 2565 แล้วโดยมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี กว่า 12.9 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 20 จากประชากรทั้งหมด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2565) และมีการคาดคะเนว่าอีกไม่เกิน 15 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super Aged Society) เมื่อสัดส่วนของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี สูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด[3] สถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) พบว่าในปี พ.ศ. 2566 เขตสุขภาพที่ 8 มีผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี รวมทั้งหมด 769,055 คน คิดเป็นร้อยละ 17.70 ของประชากรทั้งหมด โดยในพื้นที่จังหวัดเลยมีผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี รวมทั้งหมด 111,568 คิดเป็นร้อยละ 21.96 ซึ่งในพื้นที่อำเภอวังสะพุงมีผู้สูงอายุจำนวน 21,557 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.69 ซึ่งสัดส่วนผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอวังสะพุงกำลังก้าวข้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการตามนิยามที่กรมกิจการผู้สูงอายุได้ให้ไว้ว่าสังคมผู้สูงอายุเป็นสังคมที่มีประชากรอายุมากกว่า 60 ปีอาศัยอยู่เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 10

ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ กลุ่มแรกคือ กลุ่มโรคสามัญทั่วไปที่เป็นได้แม้ยังไม่เข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เช่น เบาหวาน ความดัน หัวใจ ไต ซึ่งเกิดได้กับคนทุกวัย แต่พออายุมากขึ้น ก็ยิ่งมีโอกาสเป็นมากขึ้น ส่วนกลุ่มที่สองเป็นกลุ่มอาการที่เกิดเฉพาะกับผู้สูงอายุ คือเกิดจากความชราภาพของร่างกายหรือจากผลข้างเคียงจากโรคที่มารุมเร้าทำให้การดูแลตนเองถดถอยลง ประเทศไทยมีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี 2525 โดยเริ่มต้นจากแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525-2544) จากนั้นมีการจัดทำแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติที่กำหนดทิศทางการพัฒนาและดำเนินงานผู้สูงอายุในภาพรวม[4]

โรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบหนึ่งในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต การจัดการศึกษา การพัฒนาทักษะเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุจะเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจ และมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต ช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทักษะชีวิตที่จำเป็น โดยวิทยากรจิตอาสา หรือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขณะเดียวกันก็เป็นพื้นที่ที่ผู้สูงอายุจะได้แสดงศักยภาพ โดยการ

ถ่ายทอดภูมิความรู้ ประสบการณ์ที่สั่งสมแก่บุคคลอื่น เพื่อสืบสานภูมิปัญญาให้คงคุณค่าคู่กับชุมชน การดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุต้องอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆทั้งใน และนอกชุมชนในการร่วมคิด ร่วมทำร่วมสร้าง และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการจัดการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขเกิดทักษะในการดูแลตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยกิจกรรมภายในโรงเรียนผู้สูงอายุประกอบไปด้วยการให้ความรู้ด้านต่าง ๆ กิจกรรมนันทนาการ การฝึกอาชีพ การถ่ายทอดภูมิปัญญา การศึกษาศิลปวัฒนธรรม การเสริมทักษะการใช้สมุนไพร ธรรมชาติบำบัด และกิจกรรมภายนอกโรงเรียน ประกอบด้วย การศึกษาด้านศาสนา ประเพณี การทัศนศึกษา กิจกรรมอาสาสมัคร และบำเพ็ญประโยชน์ เป็นต้น[5]

ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC) พบว่าในพื้นที่เทศบาลเมืองวังสะพุงมีประชากรอาศัยอยู่จำนวน 10,429 ราย เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 3,057 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.31 ซึ่งเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) ตามแนวโน้มของประเทศไทย และเขตสุขภาพที่ 8 จากการสำรวจข้อมูลเชิงคุณภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลเมืองวังสะพุงพบว่ามีผู้สูงอายุบางคนเป็นโสด ไม่มีลูกหลาน คู่สมรสเสียชีวิตก่อน หรือลูกหลานมีภารกิจในต่างถิ่น ทำให้อยู่ตามลำพัง ส่งผลให้เกิดการขาดผู้ดูแลยามเจ็บป่วย ไม่มีเพื่อนทำให้รู้สึกเหงา โดดเดี่ยว และมีความเสี่ยงต่อปัญหาทางสุขภาพโดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคที่เกี่ยวข้องกับตา โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และภาวะสมองเสื่อม ด้วยเหตุนี้สะท้อนความจำเป็นที่ผู้สูงอายุจะต้องเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จำเป็นอย่างยิ่งต้องมีสถานที่สำหรับจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทั้งนี้ผู้วิจัยในบทบาทหน้าที่พยาบาลผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกัน การสร้างเสริมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของการดำเนินการศึกษาในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงด้วยกระบวนการโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดรูปแบบ โครงสร้างหลักสูตร และรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ามาร่วมในโครงการ เพื่อจะนำไปสู่การเรียนการสอนที่เชื่อมโยงให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง และเพื่อพัฒนาให้นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองวังสะพุง ไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อพัฒนาหลักสูตร และรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้กลไกในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองวังสะพุง

2. เพื่อศึกษาผลการใช้หลักสูตร และรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้กลไกในโรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองวังสะพุง

**วิธีการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง One group Pretest – Posttest Design

**ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปที่อาศัยในพื้นที่เทศบาลเมืองวังสะพุง และตำบลวังสะพุง ในปี 2566 จำนวน 3,057 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวน 2 กลุ่ม คือ

2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้มีบทบาทในการขับเคลื่อนงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ และ ผู้นำชุมชนในพื้นที่ โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 32 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก ประกอบด้วย กลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองวังสะพุง จำนวน 40 คน จาก 9 หมู่บ้าน

**เกณฑ์การคัดเข้า** 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในพื้นที่เทศบาลเมืองวังสะพุง 2) เป็นผู้ที่มีความสามารถในการอ่านหนังสือ และแปลความหมายได้ 3) เป็นผู้ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม ได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย เป็นระยะเวลา 3 เดือน และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ไม่น้อยกว่าระยะเวลาร้อยละ 80 ของการจัดกิจกรรม 4) มีความยินยอมที่จะเข้าเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัย

**เกณฑ์การคัดออก** 1) อาสาสมัครไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด 2) อาสาสมัครเกิดการป่วย หรือการบาดเจ็บ ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโรงการวิจัยต่อได้ หรือเกิดความบากลำบากในการเข้าร่วมโครงการวิจัย 3) อาสาสมัครมีความประสงค์ยุติบทบาทการเข้าร่วมโครงการวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาหลักสูตร และรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง สำหรับใช้ในการเก็บข้อมูลจากผู้มีบทบาทในการขับเคลื่อนงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ และ ผู้นำชุมชน โดยองค์ประกอบของแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยประเด็นสำคัญเกี่ยวกับ สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน ความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เหมาะสมของเทศบาลเมืองวังสะพุง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ได้แก่ หลักสูตรและรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งเป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการขจัดความเครียด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลการใช้หลักสูตรและรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้กลไกในโรงเรียนผู้สูงอายุ ในรูปแบบแบบสอบถาม และแบบทดสอบ ประกอบไปด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะทางประชากร และสังคมของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือก ได้แก่ ทำเป็นประจำ ทำเป็นบางครั้ง และไม่เคยทำเลย จำนวนรวมทั้งหมด 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เลือกตอบมีลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือก ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่เลย จำนวนรวมทั้งหมด 26 ข้อ

โดยคำถามส่วนที่ 2 – 4 กำหนดเกณฑ์การแปลผลข้อมูล อ้างอิงตาม Bloom[6] โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง และต่ำ โดยมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ3 อย่าง ได้แก่ 1) การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.91 2) การทดสอบค่าความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้ มีค่าระหว่าง 0.37 – 0.77 และ 3) การทดสอบค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ค่าที่ได้เท่ากับ 0.71 สามารถนำไปใช้ได้

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดขั้นตอนการเก็บข้อมูลตามแนวทางวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามกระบวนการ PAOR ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning: P)

ดำเนินการศึกษา และทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนาหลักสูตรและรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยกลไกโรงเรียนผู้สูงอายุ และกลไกรูปแบบการดำเนินงานอื่น ๆ เช่น การมีส่วนร่วมของชุมชน พร้อมทั้งวางแผนในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะจากผู้มีบทบาทในการขับเคลื่อนงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ และ ผู้นำชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติการ (Acting: A)

1. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้มีบทบาทในการขับเคลื่อนงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ และ ผู้นำชุมชน โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้เวลา 2 วัน ซึ่งผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล และร่วมกันนำมาสรุปเป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางการจัดการ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์คือ ร่างรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยกลไกโรงเรียนผู้สูงอายุ

2. นำร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุด้วยกระบวนการโรงเรียนผู้สูงอายุที่ มาจัดทำเป็นฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปใช้ในกระบวนการถ่ายทอดความรู้ในโรงเรียนผู้สูงอายุ สำหรับการเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาผลการใช้หลักสูตร และรูปแบบฯ

3. จัดกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้กลไกในโรงเรียนผู้สูงอายุใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมจำนวน 90 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 3 (Observing: O)

ดำเนินการสังเกต และประเมินผลการจัดกิจกรรม โดยใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ในการวัดผลการใช้หลักสูตร และรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้กลไกในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflecting: R)

ดำเนินการนำข้อมูลในแต่ละขั้นตอน มาจัดทำเป็นสรุปการดำเนินงานโครงการ และจัดแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อคืนข้อมูลให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และหาข้อเสนอแนะ รวมทั้งจัดทำสรุปภาพรวมการดำเนินงาน และเผยแพร่ผลการวิจัย

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และใช้สถิติ ดังนี้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

**จริยธรรมการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่โครงการ ECLOEI0105/2566

**ผลการศึกษา**

**1. สถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลเมืองวังสะพุง และตำบลวังสะพุง** ในปี 2566 สถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลเมืองวังสะพุง และตำบลวังสะพุง พบการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคเบาหวาน (Diabetes) จำนวน 802 คน คิดเป็นร้อยละ 26.23 รองลงมาคือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 1.28 โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 0.79 และโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.07

**2. รูปแบบการดำเนินงานระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในปี 2566** รูปแบบการดำเนินงานระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในปี 2566 ในพื้นที่อำเภอวังสะพุงพบว่าบุคลากรผู้ปฏิบัติงานหลักในเขตเทศบาลได้แก่ บุคลากรกลุ่มงานบริการปฐมภูมิ และองค์รวมโรงพยาบาลวังสะพุง ส่วนในพื้นที่ตำบลอื่น ๆ มีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ปฏิบัติงานหลัก และมีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคการศึกษา ภาคเอกชน ในการสนับสนุนในการดำเนินงาน ในส่วนวัสดุ อุปกรณ์และงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นงบประมาณที่ได้จากงบประมาณตามแผนการดำเนินงานประจำปีของโรงพยาบาลวังสะพุง และส่วนที่ 2 เป็นงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากเทศบาลเมืองวังสะพุง ด้านระบบการดำเนินงานในปี 2566 มีการจัดทำแผนปฏิบัติงานพัฒนาสุขภาพโรงพยาบาลวังสะพุง มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองวังสะพุงและศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุเทศบาลเมืองวังสะพุง จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบปัญหา อุปสรรคคือ รูปแบบการดำเนินงานยังไม่มีความชัดเจนในเรื่องหลักสูตร และกิจกรรม ยังเป็นการดำเนินงานตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

โดยทั่วไป และการดำเนินงานยังขาดการให้ความรู้และเสริมสร้างทักษะในการในการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ จึงควรมีการพัฒนาให้เป็นรูปแบบที่มีมาตรฐาน เช่น การพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุหรือหลักสูตรอื่น ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นมาตรฐาน

**3. รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เหมาะสมของเทศบาลเมืองวังสะพุง** จากการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยกลไกโรงเรียนผู้สูงอายุที่เหมาะสมประกอบไปด้วยองค์ประกอบ คือ 1) กระบวนการดำเนินงาน เช่น การกำหนดกลไกการบริหารโรงเรียน การจัดตั้งคณะกรรมการ การจัดทำหลักสูตร การประชาสัมพันธ์ 2) คณะกรรมการ เช่น คณะผู้บริหารและบุคลากรโรงเรียนผู้สูงอายุ คณะจัดทำหลักสูตร และคณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ 3) สถานที่ในการจัดการเรียนการสอน 4) งบประมาณในการดำเนินงาน และ 5) ส่วนประกอบของหลักสูตร ส่วนประกอบของหลักสูตรประกอบไปด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ส่วนนำ ประกอบด้วย ความนำ จุดมุ่งหมาย วิสัยทัศน์โรงเรียน คำขวัญและปรัชญา สีของโรงเรียน สมรรถนะสำคัญของผู้เรียน และคุณลักษณะอันพึงประสงค์

ส่วนที่ 2 โครงสร้างหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุประกอบไปด้วยหน่วยการเรียนรู้ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการนันทนาการ 2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย 3) ด้านสังคม 4) ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นและอาชีพ 5) ด้านศาสนาและการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมประเพณี 6) ด้านการศึกษาส่วนที่ 3 คำอธิบายรายวิชาประกอบด้วย คำอธิบายรายวิชาชั้นต้น คำอธิบายรายวิชาชั้นกลาง และคำอธิบายรายวิชาชั้นสูง

**4. ผลการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุด้วยกลไกโรงเรียนผู้สูงอายุ** ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุด้วยกลไกโรงเรียนผู้สูงอายุหลัก มาใช้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดลอง และประเมินผลการจัดกิจกรรม โดยมีผลการวิจัย ดังนี้

**4.1 ข้อมูลทั่วไป** กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุด้วยกลไกโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวนทั้งหมด 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 มีอายุเฉลี่ย 66.92 ปี จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดในช่วงอายุ 60 – 65 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.50 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.50 ด้านลักษณะการอยู่อาศัยภายในครอบครัวพบว่า กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่คนเดียว และอาศัยร่วมกับพี่น้อง เครือญาติ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 60.00 ส่วนในรายที่มีโรคประจำตัว พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.50 ด้านการมีผู้ดูแลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 60.00

**4.2 ระดับความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ** พบว่าก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบด้วยกลไกโรงเรียนผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนับสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนการใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพ 13.93 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง หลังจากใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นเป็น 16.05 คะแนน อยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพ

| ความรอบรู้ด้านสุขภาพ | $\bar{X}$ | Mean Difference | SD. | 95% CI | | T | Df | P-Value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Lower | Upper | | | |
| ก่อนการใช้รูปแบบ | 13.93 | -2.13 | 1.324 | -2.55 | -1.70 | -10.150 | 39 | 0.000* |
| หลังการใช้รูปแบบ | 16.05 | | | | | | | |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**4.3 ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ** พบว่าระดับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาองกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบด้วยกลไกโรงเรียนผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนการใช้รูปแบบฯมีคะแนนเฉลี่ย 1.31 อยู่ในระดับปานกลาง หลังจากใช้รูปแบบฯกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นเป็น 1.53 คะแนน อยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 2)

**ตารางที่** 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ

| พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ | $\bar{X}$ | Mean Difference | SD. | 95% CI | | T | Df | P-Value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Lower | Upper | | | |
| ก่อนการใช้รูปแบบ | 27.05 | -2.00 | 4.326 | -3.39 | -0.61 | -2.900 | 39 | 0.006* |
| หลังการใช้รูปแบบ | 29.05 | | | | | | | |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**4.4 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ** พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบด้วยกลไกโรงเรียนผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนการใช้ รูปแบบมีคะแนนเฉลี่ย 59.00 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง หลังจากใช้รูปแบบฯกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นเป็น 71.13 คะแนน อยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ

| คุณภาพชีวิต | $\bar{X}$ | Mean Difference | SD. | 95% CI | | T | Df | P-Value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Lower | Upper | | | |
| ก่อนการใช้รูปแบบ | 59.00 | -12.10 | 12.763 | -16.21 | -8.04 | -6.009 | 39 | 0.000* |
| หลังการใช้รูปแบบ | 71.13 | | | | | | | |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**สรุปและอภิปรายผล**

รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยกลไกโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมือวังสะพุง ที่เหมาะสมประกอบไปด้วยองค์ประกอบ คือ 1) กระบวนการดำเนินงาน เช่น การกำหนดกลไกการบริหารโรงเรียน การจัดตั้งคณะกรรมการ การจัดทำหลักสูตร การประชาสัมพันธ์ 2) คณะกรรมการ เช่น คณะผู้บริหารและบุคลากรโรงเรียนผู้สูงอายุ คณะจัดทำหลักสูตร และคณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ 3) สถานที่ในการจัดการเรียนการสอน 4) งบประมาณในการดำเนินงาน และ 5) ส่วนประกอบของหลักสูตรและเนื้อหาที่ถูกบรรจุในหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุในครั้งนี้ ประกอบไปด้วย หน่วยการเรียนรู้ด้านการนันทนาการ ด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย ด้านสังคม ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นและอาชีพ ด้านศาสนาและการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมประเพณี และด้านการศึกษา ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานทางการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุที่ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์[7] ได้ให้แนวทางไว้ว่าโรงเรียนผู้สูงอายุคือสถานที่ที่มุ่งเน้นให้บริการการศึกษาและการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ โดยโรงเรียนเหล่านี้มักจะมีการเน้นการเรียนรู้ที่เป็นเอกลักษณ์ และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ รวมถึงการเสริมสร้างทักษะชีวิต และการเรียนรู้ที่มีประโยชน์ในชีวิตประจำวัน

ของผู้สูงอายุ ซึ่งองค์ประกอบในกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุจะประกอบไปด้วย การให้บริการด้านการแพทย์และพยาบาล กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและความเคลื่อนไหว การให้บริการด้านการสันทนาการ และการเรียนรู้ การให้การสนับสนุนทางสังคม และจิตใจ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และการให้บริการทางโภชนาการ และจากรูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุในครั้งนี้ การดำเนินงานประกอบไปด้วยการจัดตั้งคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบไปด้วยบุคลากรสาธารณสุข ตัวแทนภาคการศึกษา ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงตัวแทนจากองค์กรเอกชน นับว่าเป็นการดำเนินงานที่อาศัยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการดำเนินงานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ได้ให้แนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพที่ว่า การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง เพราะมีผลต่อความเข้มแข็งและความยั่งยืนของโครงสร้างที่สนับสนุนการสร้างสุขภาพของประชาชนในชุมชนให้ยั่งยืนได้

ด้านความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพ หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบด้วยกลไกโรงเรียนผู้สูงอายุมีระดับที่เพิ่มขึ้น โดยมีความแตกต่างกันกับก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องมาจากการจัดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นมีการบรรจุเนื้อหาวิชาที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ และมีวิธีการถ่ายทอด รวมถึงมีวิทยากรถ่ายทอดความรู้ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการจัดการความรู้ที่ว่าการเรียนรู้ที่ดีจะประกอบไปด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ส่วน ได้แก่ องค์ประกอบด้านคน คือผู้ถ่ายทอด และผู้เรียนรู้ องค์ประกอบด้านกระบวนการ คือการจัดกิจกรรมขั้นตอนการถ่ายทอดความรู้ และการเรียนรู้ องค์ประกอบด้านเนื้อหาหรือเทคโนโลยีสารสนเทศ และองค์ประกอบด้านกลยุทธ์ กลวิธีในการถ่ายทอด[8] ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ วิจิตร อาวะกุล[9] ที่ว่าการฝึกอบรมให้ความรู้เป็นกระบวนการที่ช่วยเพิ่มพูนความถนัด ความรู้ ทักษะหรือความชำนาญ และสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญเรือน ชัยนันท์ และคณะ[10] ที่ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี พบว่าหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากที่พัฒนาขึ้นผู้สูงอายุมีคะแนนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบด้วยกลไกโรงเรียนผู้สูงอายุมีระดับที่เพิ่มขึ้น โดยมีความแตกต่างกันกับก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามทฤษฎีด้านพฤติกรรมที่ว่าการเกิดพฤติกรรมในมนุษย์จะเกิดขึ้นจากกระบวนการเรียนรู้ รับทราบข้อมูลจนเกิดเป็นความรู้และนำมาคิด วิเคราะห์ และตัดสินใจปฏิบัติตนเพื่อแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของพรนิภา วิชัย และคณะ[11] ที่ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตำบลแม่สูน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูง

ด้านคุณภาพชีวิต พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบด้วยกลไกโรงเรียนผู้สูงอายุมีระดับที่เพิ่มขึ้น โดยมีความแตกต่างกันกับก่อนการใช้รูปแบบมีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งผลผลมาจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุในครั้งนี้ มีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับในการเข้าเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ มีโอกาสได้พบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการใช้ชีวิตกับผู้สูงอายุคนอื่น ๆ ที่เข้ามาเรียนทำให้เกิดประสบการณ์ในการใช้ชีวิต เกิดทักษะในการใช้ชีวิต ส่งผลให้มีคุณภาพ

ชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ให้ข้อมูลไว้ว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสามารถดำเนินการได้โดยการจัดหากิจกรรม หรือสถานที่ให้สูงอายุได้รวมกลุ่มในการจัดกิจกรรมและบริการที่ ครอบคลุมทุกมิติทางด้านสุขภาพ สังคม จิตใจ และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะมิติด้านเศรษฐกิจที่เน้นการสร้างรายได้ และการมีงานทำที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อยกระดับการจัดบริการ และสวัสดิการทางสังคมในการคุ้มครอง ส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบครบวงจร สามารถตอบสนองปัญหาและ ความต้องการของผู้สูงอายุ และชุมชนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุทิน อ้อนอุบล[12] ที่ได้ทำการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ความต้องการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คือการพัฒนาการออกกำลังกายที่มีความหลากหลายโดยให้ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วม ความต้องการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้สูงอายุคือ การให้ลูกหลานเอาใจใส่ดูแลการไปทำบุญในวันสำคัญต่าง ๆ และการเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ และชุมชน ความต้องการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ การจัดกิจกรรมสังสรรค์ของผู้สูงอายุ การจัดสวัสดิการต่าง ๆ และการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนในโรงเรียนผู้สูงอายุ

ดังนั้นสามารถอภิปรายโดยสรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบด้วยกลไกโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองวังสะพุง ที่พัฒนาขึ้น มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต และการพัฒนาองค์ความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยไม่เพียงแต่ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะเท่านั้น แต่ยังส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชนและการเชื่อมโยงกับคนรุ่นอื่น ๆ อีกด้วย การมีโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชนจึงมีความสำคัญอย่างมากในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต และการเชื่อมโยงระหว่างคนในชุมชนที่แตกต่างกันในวัย วิถีชีวิต และประสบการณ์ชีวิต โรงเรียนผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการพัฒนาของชุมชนในทุก ๆ ด้าน และช่วยสร้างสังคมที่เข้มแข็ง และสนับสนุนกันอย่างแท้จริง

**ข้อเสนอแนะ**

1. การดำเนินกิจกรรม โรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ประสบผลสำเร็จ ต้องจัดทำข้อมูลเพื่อค้นหาความต้องการ และความสุขของผู้สูงอายุ ประกอบบริบทของชุมชนและผู้สูงอายุเพื่อจัดกิจกรรมให้สอดคล้อง และตรงเป้าหมาย รวมถึงการให้สมาชิกชุมชนที่มีศักยภาพและมีจิตสานึกเพื่อส่วนรวมเข้ามาร่วมคิดร่วมดำเนินการร่วมรับผิดชอบในทุกกระบวนการ

2. ควรนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบด้วยกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ ไปพัฒนาและปรับใช้ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลข้างเคียงในพื้นที่ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อเป็นการกระจายรูปแบบที่เหมาะสมให้พื้นที่ได้ใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการนำผลการวิจัยครั้งนี้เป็นพื้นฐานในการศึกษาครั้งต่อไปในประเด็นกลยุทธ์ หรือกลวิธีในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เช่น การใช้เทคนิคนวัตกรรมใหม่ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ หรือการจัดกิจกรรมอื่น ๆที่มีความเหมาะสมนอกหรือจากการใช้รูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ ได้รับการดูแล และเข้ารับบริการเพิ่มมากขึ้น

**เอกสารอ้างอิง**

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2558). ทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
2. กรมอนามัย. (2566). โครงการเฝ้าระวัง และพัฒนาสารสนเทศสุขภาพผู้สูงอายุ. [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 4 ตุลาคม 2566. แหล่งข้อมูล : https://doc.anamai.moph.go.th/index.php?r=str-project/view&id=6238
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
4. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560) สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
5. กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2560). คู่มือโรงเรียนผู้สูงอายุ. (ออนไลน์). เข้าถึงเมื่อ 4 ตุลาคม 2566. แหล่งข้อมูล : https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1605680859-197_0.pdf
6. Bloom,Benjamin S.,et al. (1971). Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company.
7. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2560). สรุปผลสำคัญการทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย. (ออนไลน์). เข้าถึงเมื่อ 4 ตุลาคม 2566. แหล่งข้อมูล : https://www.m-society.go.th/news_view.php?nid=22144
8. สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ. (2567). องค์ประกอบการจัดการความรู้. [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 4 ตุลาคม 2566. แหล่งข้อมูล : https://www.nstda.or.th/home/knowledge
9. วิจิตร อาวะกุล. (2540). การฝกอบรม : คูมือการฝกอบรมและพัฒนาบุคคล. พิมพครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย.
10. ขวัญเรือน ชัยนันท์ และคณะ. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 5 (1). 91 – 107.
11. พรนิภา วิชัย และคณะ. (2564). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลแม่สูน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 10 (2), 26 – 35.
12. สุทิน อ้อนอุบล. (2564). รูปแบบการมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กรณีศึกษาโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลหนองโรง อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์. 8 (2), 68 – 87.

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอุบลราชธานี

# Factors associated of obesity among lower secondary school students, Ubon Ratchathani Province.

(Received: April 5,2024 ; Revised: April 26,2024 ; Accepted: April 27,2024)

**บัณฑิตา พัฒนี[1], นิยม จันทร์นวล[2]**
**Buntita Patanee[1], Niyom Junnual[2]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง 334 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.76 – 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกส์

ผลการวิจัย พบว่า นักเรียนมีภาวะอ้วนร้อยละ 12.28 พฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนระดับดีร้อยละ 51.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคอ้วนอยู่ในระดับไม่เพียงพอร้อยละ 97.6 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคอ้วน ได้แก่ พันธุกรรม ($OR_{adj}$ = 3.1 , 95% CI: 1.56 – 6.17) และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ($OR_{adj}$ = 0.37 , 95% CI: 0.18 – 0.75)

**คำสำคัญ** : ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคอ้วน พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

**ABSTRACT**

The objective of this survey research by cross-sectional study was to study the level of knowledge in obesity, health literacy, and associated factors of obesity among lower secondary school students in Ubon Ratchathani Province. A sample group of 334 students was randomly selected using multistage sampling. Students with specified criteria were chosen, and data were collected using a questionnaire with a confidence interval between 0.76 and 0.83. The data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression.

The research results indicated that student of obesity was 12.28 % obesity prevention behaviors against obesity at a good level of 51.2%, obesity health literacy at an inadequate level of 97.6 %. These factors are heredity ($OR_{adj}$ = 3.1, 95 % CI: 1.56 – 6.17) and decision-making skills for appropriate practices ($OR_{adj}$ = 0.37, 95% CI: 0.18 – 0.75).

**Keywords:** Obesity health literacy, Obesity prevention behavior, Lower secondary school student

## บทนำ

โรคอ้วนเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญนับได้ว่าเป็นวิกฤตด้านสาธารณสุขของประชาคมโลกเปรียบเสมือนฆาตกรเงียบใกล้ตัวคร่าชีวิตประชากรทั่วโลกไปกว่า 4 ล้านคน และคาดการณ์ว่าประชากรโลกจะมีภาวะน้ำหนักเกินมากขึ้น ในทุกๆ ปี และมีแนวโน้มเลวร้ายลงในอีกหลายปีข้างหน้า ซึ่งประชากรทั่วโลกเกือบ 2,000 ล้านคน มีภาวะน้ำหนักเกิน 671 ล้านคนเป็นโรคอ้วน และมีเด็กที่เป็นโรคอ้วนมากถึง 124 ล้านคน เพิ่มขึ้น 10 เท่าในช่วง 40 ปีที่ผ่านมา โดยอัตราโรคอ้วน ในเด็กอายุ 5-19 ปีเพิ่มขึ้นจาก 11 ล้านคนในปี พ.ศ. 2518 เป็น 124 ล้านคนในปี พ.ศ. 2559[1] สถานการณ์ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่นเป็นปัญหาทาง

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

สาธารณสุขที่สำคัญของโลก [2] และคุกคามสุขภาพของวัยเรียนและวัยรุ่นทั่วโลก [3] โรคอ้วนในเด็กนักเรียนเป็นปัญหาที่สำคัญและมีแนวโน้มสูงมากขึ้น และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 มีประชากรเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินมากถึงจำนวน 224 ล้านคนทั่วโลก [4] อุบัติการณ์ของโรคอ้วนในเด็กนักเรียนกำลังเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา [5] และจากการสำรวจข้อมูลในระดับนานาชาติ พบว่า ประเทศไทยมีความชุกของภาวะโรคอ้วนสูงเป็นอันดับ 2 ในกลุ่มประเทศอาเซียนรองจากมาเลเซีย และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง [6] สอดคล้องกับสถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กไทยในฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข พบเด็กอ้วนสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ ไม่เกินร้อยละ 10 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - 2563 จากร้อยละ 11.1, 11.7, 13.6 และ 12.5 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าโรคอ้วนในประเทศไทยมีทิศทางที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน [7] เช่นเดียวกันกับสถานการณ์ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินของนักเรียนในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง เขตสุขภาพที่ 10 พบว่าร้อยละของนักเรียนชั้น ม.1-ม.3 ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ปีการศึกษา 2563 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.36 เป็นร้อยละ 24 [8] จะเห็นได้ว่าสถิติการเกิดโรคอ้วนในนักเรียนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก

อุบัติการณ์โรคอ้วนในนักเรียนที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้คนไทยป่วยเป็นโรคเบาหวานมากถึง 4.8 ล้านคน และเสียชีวิตไปแล้วกว่า 200 รายต่อวัน โดยเฉพาะในกลุ่มของเด็กและเยาวชนที่มีปัญหาน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 13.1 เด็กที่มีค่า BMI สูง เมื่อเป็นผู้ใหญ่มีแนวโน้มจะเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันเลือดสูง โรคไขมันในเลือดสูง นำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อนอย่างรวดเร็ว [9] ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเมื่อเกิดในวัยเรียนและวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กได้โดยตรง ทั้งสุขภาพร่างกายและจิตใจเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า วิตกกังวล ความเชื่อมั่นในตนเองน้อย ทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง [5] รวมถึงยังส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาและยังก่อผลเสียในระดับประเทศ ทำให้เกิดต้นทุนทางเศรษฐกิจรวมสูงถึง 12.14 พันล้าน เมื่อเด็กอ้วนมากขึ้นและไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาโรคอ้วนจะทวีความรุนแรงมากขึ้น เพราะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายเกิดผลร้ายต่อสุขภาพเด็กในระยะยาว [10] เด็กที่มีโรคอ้วนมีความเสี่ยงที่จะกลายเป็นผู้ใหญ่อ้วน และเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต การจัดการปัญหาโรคอ้วนในเด็กจึงสอดคล้องตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง [11] และคาดว่าภายในปี พ.ศ. 2567 การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านอาหารและโภชนาการจะสามารถลดภาวะอ้วนในนักเรียนลงได้ร้อยละ 0.5 ต่อปี [12] โรคอ้วนในเด็กทางการแพทย์ถือว่าเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและอาจเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้ ซึ่งไม่ควรเกิดขึ้นในวัยเด็กนี้ [1] จากความสำคัญดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าโรคอ้วนในเด็กนักเรียนเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน ได้แก่ เพศ [13] ระดับการศึกษา [14] อาชีพของผู้ปกครองจำนวนเงินที่ได้มาโรงเรียน ในแต่ละวัน ประวัติโรคอ้วนของบิดามารดา [14] แต่บางงานวิจัยกลับพบว่าปัจจัยเหล่านี้ไม่มีความสัมพันธ์กับโรคอ้วน [15] ทำให้เกิดความขัดแย้งกัน เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ไม่ทราบปัจจัยที่แน่ชัด และอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสำคัญ คือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย [16] พฤติกรรมการบริโภคอาหาร [14] ซึ่งวัยรุ่นไทยในปัจจุบันมีวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างจากในอดีต [17] โดยการดำเนินชีวิตมีความสะดวกสบายมากขึ้น การเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง หรือขาดการออกกำลังกายรวมถึงมีค่านิยมในการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปตามกระแสสังคม นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มการบริโภคอาหารสะดวกซื้อมากขึ้น [18] เลือกรับประทานอาหารที่ไม่มีเส้นใยอาหารจะส่งผลให้เกิดอาการท้องผูก และเป็นโรคอ้วนได้เพราะการเลือกรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะทำให้เกิดภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสม [19] ซึ่งแนวทางแก้ไขอย่างยั่งยืนต้องเน้นที่การพัฒนา

ความสามารถของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองและส่งเสริมให้ทุกกลุ่มวัยมีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพของไทยตามที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ว่าต้องยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของคนไทยในเรื่องการออกกำลังกายการบริโภคอาหาร[20] จากการสำรวจระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของกลุ่มวัยเรียน อายุ 7-14 ปี ภาพรวมประเทศพบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 65.42 เมื่อจำแนกรายองค์ประกอบ พบว่าเมื่อพิจารณารายองค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มวัยเรียน ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ และการสำรวจระดับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ คือ พฤติกรรมการกิน ส่วนพฤติกรรมที่อยู่ในระดับไม่ดี คือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย [21] ซึ่งเด็กวัยเรียนเป็นวัยแห่งการเรียนรู้จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญโดยที่บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพย่อมมีการเข้าถึงการใช้ข้อมูลข่าวสารและเข้ารับการบริการสุขภาพสามารถดูแลโรคภัยไข้เจ็บได้ด้วยตนเอง [22] การมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะของเด็กและวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กันมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ใหญ่ [23] ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำย่อมจะส่งผลต่อสุขภาพในภาพรวม ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองลดลง มีผลต่อการเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น [24] จะเห็นได้ว่าโรคอ้วนส่งผลกระทบมากมายต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กัน ทำให้ไม่สามารถใช้แนวทางใดแนวทางหนึ่งในการหยุดยั้งอุบัติการณ์นี้ได้ แต่ต้องใช้หลายมิติในการจัดการร่วมกัน

ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาโรคอ้วนในนักเรียน อันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งจากการศึกษาที่ได้กล่าวมาข้างต้นชี้ให้เห็นว่า อุบัติการณ์โรคอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งโรคอ้วนเป็นจุดเริ่มต้นปัญหาตามมาอีกมากมาย การที่จะแก้ปัญหานี้ได้จะต้องรู้สาเหตุเพื่อที่จะนำไปเป็นแนวทางป้องกันโรคอ้วน อย่างไรก็ตามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคอ้วนยังมีความขัดแย้งกันอยู่ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพฤติกรรมสุขภาพ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสำคัญกับโรคอ้วน การที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้นมีความเกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับโรคอ้วน และความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคอ้วน จากการศึกษายังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและโรคอ้วนโดยตรง อีกทั้งยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนที่ชัดเจนว่าแท้จริงแล้วโรคอ้วนเกิดจากปัจจัยด้านใด ซึ่งในการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขจำเป็นต้องทราบปัญหาที่กำลังประสบอย่างแน่ชัด และในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี เป็นหนึ่งในพื้นที่ที่พบความชุกของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงจัดทำวิจัยขึ้น เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งสามารถนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าและพัฒนาการทำวิจัยครั้งต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอุบลราชธานี

**วิธีการศึกษา**

**ประชากรและตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ( Cross-sectional analytical study)

ประชากรเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ที่กำลังศึกษาอยู่โรงเรียนในจังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามสังกัดของโรงเรียนออกเป็น 2 สังกัด คือ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 29 และสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี ปีการศึกษา 2565 จำนวน 49,586 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ใช้สูตรการคำนวณแบบการถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ทดสอบใน family ของ Z tests ได้ผลกำหนดขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ เท่ากับ 167 คน หลักจากนั้นใช้สูตรการคำนวณ effect size Cohen (1992) ค่า design effect เท่ากับ 2 จะได้ขนาดตัวอย่าง 167 x 2 เท่ากับ 334 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยเลือกนักเรียนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ เป็นเพศชายและเพศหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3 ปีการศึกษา 2565 โรงเรียนในจังหวัดอุบลราชธานี ไม่พิการหรือมีปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจที่ส่งผลกระทบต่อการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สมัครใจให้ความร่วมมือ และได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง เป็นตัวแทนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอุบลราชธานี การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขใบรับรอง UBU-REC-34/2565 ลงวันที่ 31 มีนาคม 2565

**เครื่องมือวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามที่ให้นักเรียนตอบด้วยตนเอง (Self-Administered Questionnaire) แบ่งเป็น 4 ส่วน รวม 64 ข้อ ดังนี้

**ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล** ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนเงินที่นำมาใช้จ่ายในโรงเรียน อาชีพของผู้ปกครอง พันธุกรรม และเขตพื้นที่ตั้งโรงเรียน วัดโดยใช้แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ

**ส่วนที่ 2 พฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน** ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ประกอบด้วย 5 ตัวเลือกในการปฏิบัติโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์ โดยให้ผู้ตอบเลือกคำตอบเพียงข้อเดียว แปลผลคะแนนใช้การพิจารณา แบ่งออกเป็น 2ระดับ คือ ปรับปรุง ดี

**ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคอ้วน** ประยุกต์จากคู่มือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน [25] จำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วย 6 ทักษะ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วน และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วน แปลผลคะแนนใช้การพิจารณา แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ เพียงพอ ไม่เพียงพอ

**ส่วนที่ 4** การประเมินโรคอ้วน จำนวน 1 ข้อ โดยการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง และนำค่าน้ำหนักและส่วนสูงที่ได้มาวิเคราะห์ คิดจากเกณฑ์การประเมินภาวะโภชนาการโดยอ้างอิงตามเกณฑ์การเจริญเติบโตน้ำหนักตามความสูง (Weight – for– height) [26] แปลผลเป็น 2 ระดับ ไม่อ้วน และอ้วน

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** การหาความตรง โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Congruence: IOC) โดยหาค่าเฉลี่ยของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ซึ่งมีค่าระหว่าง 0.67 - 1 สามารถนำไปวัดผลได้ และการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปไปทดลองใช้ (Try out) กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เพศชายและเพศหญิง กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3 ปีการศึกษา 2565

โรงเรียนในจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน โดยประเมินความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) พบว่าความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนได้ค่าความเที่ยงโดยค่า Kr20 เท่ากับ 0.784 และแบบสอบถามส่วนอื่นๆ มีค่าความเที่ยงโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคระหว่าง 0.759 – 0.865

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยและผู้ปกครองยินยอม ตอบแบบสอบถามที่ห้องเรียนใช้เวลาประมาณ 30 นาที จากนั้นให้นักเรียนชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงในสถานที่ที่โรงเรียนจัดไว้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยบันทึกผลการชั่งน้ำหนักและส่วนสูงลงในแบบสอบถาม และรับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนนักเรียนที่ตอบแบบสอบถามครบ

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้**

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนเงินที่นำมาใช้จ่ายในโรงเรียน อาชีพของผู้ปกครอง พันธุกรรม เขตที่ตั้งโรงเรียน พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน และความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยสถิติการแจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตามของข้อมูล ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับโรคอ้วน โดยการใช้สถิติการถดถอยพหุโลจิสติกส์ (Multiple Logistic Regression) ด้วยวิธี Forward LR ระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.5

**ผลการศึกษา**

**1. ลักษณะข้อมูลทั่วไป** นักเรียนจำนวน 334 คน พบว่า ส่วนมากเป็นเพศหญิงร้อยละ 61.7 มีอายุเฉลี่ย 13.46 ปี (S.D. = 0.92) กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มากที่สุดร้อยละ 34.1 ได้รับเงินมาใช้จ่ายในโรงเรียนเฉลี่ย 59.70 บาท (S.D. = 26.84) ผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 46.4 บุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีภาวะอ้วน ร้อยละ 62.9 และเขตพื้นที่ตั้งโรงเรียนส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตเมือง ร้อยละ 59.9 นักเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนระดับดี ร้อยละ 51.2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคอ้วนโดยรวมอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 97.6 เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน ระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 73.1 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 86.5 ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน ระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 97.3 ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน ระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 86.8 ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วน ระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 87.4 ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วน ระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 76.0

**2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน** ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ พบว่ามีเพียง 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ได้แก่ พันธุกรรมโดยบุคคลในครอบครัวที่มีภาวะอ้วน มีโอกาสเป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นเป็น 2.7 เท่า เมื่อเทียบกับนักเรียนที่มีบุคคลในครอบครัวที่ไม่มีภาวะอ้วน ($OR_{adj}$ = 3.1, 95% CI: 1.56 – 6.17) และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพียงพอ มีโอกาสเป็นโรคอ้วนลดลงร้อยละ 57 (ORadj = 0.37, 95% CI: 0.18 – 0.75) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นจังหวัดอุบลราชธานี การวิเคราะห์ Multiple Logistic Regression

| ปัจจัย | โรคอ้วน จำนวน (ร้อยละ) | OR Crude | OR Adjusted | 95%CI | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| **บุคคลในครอบครัวที่มีภาวะอ้วน** | | | | | 0.001 |
| - ไม่มี | 17 (8.1) | 2.72 | 3.10 | 1.560 – 6.168 | |
| - มี | 24 (12.3) | 1 | - | - | |
| **การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง** | | | | | 0.006 |
| - เพียงพอ | 16 (20.0) | 0.43 | 0.37 | 0.180 – 0.751 | |
| - ไม่เพียงพอ | 25 (9.8) | 1 | - | - | |

**สรุปและอภิปรายผล**

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคอ้วน ร้อยละ 12.28 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุขกำหนด อาจเนื่องจากนักเรียนมีบุคคลในครอบครัวที่มีภาวะอ้วนมากถึงร้อยละ 37.1 ซึ่งปัจจัยทางพันธุกรรมส่งผลให้เกิดโรคอ้วนในวัยเด็ก วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ [27] ซึ่งสอดคล้องกับ กับสถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กไทย ในฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข พบเด็กอ้วนสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ ไม่เกินร้อยละ 10 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - 2563 จากร้อยละ 11.1, 11.7, 13.6 และ 12.5 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าโรคอ้วนในประเทศไทยมีทิศทางที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน [7]

2. พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี อาจเนื่องมากจากนักเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองป้องกันโรคอ้วนได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่สม่ำเสมอ และยังพบบางพฤติกรรมที่ไม่ควรปฏิบัติแต่นักเรียนยังปฏิบัติอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ของเด็กวัยเรียนที่เริ่มอ้วนและอ้วนในโรงเรียนที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนโดยภาพรวมและรายด้านพบว่าอยู่ในระดับถูกต้องเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่สม่ำเสมอ[28] ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างพอมีความรู้ที่จะนำไปปฏิบัติอยู่บ้าง แต่ยังไม่เห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ทำให้ขาดความตระหนักที่จะปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และจากผลการศึกษาจำแนกรายด้านพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดี แต่ก็ยังพบการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน และไม่ควบคุมการรับประทานโดยคำนึงถึงพลังงานอาหารที่ได้รับพอดีกับร่างกายตนเอง และจากอิทธิพลของอาหารในปัจจุบันที่เด็กๆ สามารถเข้าถึงได้ง่ายผ่านสื่อโฆษณาต่างๆ ตลอดจนชนิดของอาหารที่มีน้ำตาลสูง เครื่องดื่มต่างๆ อาหารสำเร็จรูปที่ มีคาร์โบไฮเดรต ไขมันและเกลือสูง การบริโภคที่เปลี่ยนไปในยุคสมัยที่เต็มไปด้วยอาหารฟาสต์ฟู้ดมีพลังงานสูง เกิดความไม่สมดุลของพลังงานระหว่างแคลอรี่ที่บริโภคและแคลอรี่ที่ใช้ไป ทำให้เป็นสาเหตุของการเกิดโรคอ้วน[5] และในส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่นักเรียนมีการได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่สม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษา พฤติกรรมการออกกำลังกายไม่สมดุลกับพลังงานที่ได้รับในแต่ละวัน และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป ทำให้เด็กๆ มีกิจกรรมทางกายน้อยลง และใช้อุปกรณ์สื่ออิเล็กทรอนิกส์มากขึ้นกว่าในอดีต ส่งผลให้เกิดโรคอ้วนได้ง่ายขึ้น[29] ซึ่งทั้งพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายเป็นวิถีการดำเนินชีวิตสมัยใหม่ก่อให้เกิดปัญหา ด้านสุขภาพจากการมีกิจกรรมทางกายลดลง

และมีการเลือกรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูง แต่คุณค่าทางโภชนาการต่ำ เป็นสาเหตุให้เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ เกิดโรควิถีชีวิต ภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน[3]

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคอ้วนของนักเรียน ส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน ซึ่งอยู่ในระดับไม่ดีพอ ประกอบด้วย 6 ทักษะ ดังนี้

ทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจระดับน้อย อาจเนื่องมาจากนักเรียนยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคอ้วน โดยนักเรียนส่วนใหญ่มีความเข้าใจด้านการรับประทานอาหาร แต่ในขาดความรู้ด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ที่เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคอ้วน สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนในวัยรุ่นตอนต้น พบว่า กลุ่มวัยรุ่นตอนต้นมีความรู้และเข้าใจในการป้องกันโรคอ้วนที่ถูกต้องบ้างไม่ถูกต้องบ้าง ถึงแม้ว่านักเรียนจะสามารถประเมินรูปร่างตนเองได้ว่าตนนั้นเป็นโรคอ้วน แต่กลับมีการจัดการเกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ไม่ดี ทำให้ไม่ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องมากนัก [30]

ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรค พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพระดับไม่เพียงพอ ซึ่งนักเรียนยังมีปัญหาในการแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือเพียงพอต่อการตัดสินใจ สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนระดับประถมศึกษา โรงเรียนในสังกัดเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอายุ 9 – 14 ปี พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพของนักเรียนอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องจากนักเรียนมีการค้นหาข้อมูลด้านโภชนาการจากสื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต และหนังสือ สอบถามข้อมูลภาวะโภชนาการเกินจากครู หรือพ่อแม่ รวมถึงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนักเรียนปฏิบัตินานๆ ครั้ง [31]

ทักษะการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีการสื่อสารระดับไม่เพียงพอ ซึ่งยังมีปัญหาในด้านทักษะการเขียนและการเล่าเรื่องโน้มน้าวผู้อื่นให้เข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนระดับประถมศึกษา โรงเรียนในสังกัดเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอายุ 9 – 14 ปี พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ ด้านทักษะการสื่อสารของนักเรียนระดับประถมศึกษาอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากเด็กนักเรียนสามารถรับฟัง และอ่านหนังสื่อเกี่ยวกับโรคอ้วนได้เข้าใจ แต่ไม่สามารถบอกข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคอ้วนให้คนอื่นเข้าใจได้ [31]

ทักษะการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพระดับไม่เพียงพอ ซึ่งนักเรียนมีการจัดการเงื่อนไขต่างๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเอง และจัดการสภาพแวดล้อมล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองไม่ค่อยได้ สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนในวัยรุ่นตอนต้น พบว่า ในด้านทักษะการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน พบว่าแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตัวที่ดี แต่ไม่นำมาใช้ในการเลือกและพิจารณาสังเกตถึงคุณค่าทางโภชนาการของ การรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับตนเองได้ [30]

ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วน พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศระดับไม่ดีพอ ซึ่งนักเรียนส่วนใหญ่ยังขาดความสนใจในการหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นเพื่อ

ประเมินความน่าเชื่อถือ ตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจซื้อสินค้า โดยมีส่วนน้อยมากที่มีการวิเคราะห์ประเมินเนื้อหานั้นโดยไม่เชื่อในทันที และใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย แลกเปลี่ยนพูดคุยวิพากษ์วิจารณ์แนวทางการป้องกันโรคอ้วนกับผู้อื่นโดยวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้รับก่อนตัดสินใจเชื่อและปฏิบัติตาม เพื่อเลือกรับข้อมูล สุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนจากสื่อนั้นก่อนที่จะปฏิบัติตาม สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนในวัยรุ่นตอนต้น พบว่า ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วน พบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างเห็นการโฆษณา สินค้าแล้วเกิดความสนใจนาน ๆ ครั้งเท่านั้นที่จะมีการหาข้อมูลเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสินค้า [30]

ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วน พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องระดับไม่เพียงพอ ซึ่งนักเรียนมีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพตนเองป้องกันโรคอ้วนที่เกิดผลดีเฉพาะต่อสุขภาพของตนเองเท่านั้น และสอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนระดับประถมศึกษา โรงเรียนในสังกัดเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอายุ 9 – 14 ปี พบว่า นักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยมากมีความรู้ในเรื่องโภชนาการอยู่ในระดับสูง สามารถแนะนำถึงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคอ้วนได้ แต่ยังไม่สามารถตัดสินใจในการปฏิเสธพฤติกรรมที่สามารถนำไปสู่โรคอ้วนได้ [31]

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคอ้วน ได้แก่ พันธุกรรม และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วน ปัจจัยด้านพันธุกรรมมีความสัมพันธ์กับโรคอ้วน ซึ่งโรคอ้วนเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ตั้งแต่พฤติกรรมการกิน การใช้พลังงานระหว่างวัน การออกกำลังกายที่ไม่สมดุล ซึ่งสังเกตได้จากการเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง มีสัดส่วนกิน หมายความว่าระบบเผาผลาญในร่างกายเริ่มต่ำลง หรือประเมินเบื้องต้นได้จากดัชนีมวลกาย (BMI) อีกหนึ่งสาเหตุที่สำคัญและยังไม่ค่อยมีการกล่าวถึงคือ กรรมพันธุ์ คือ ถ้าพ่อแม่เป็นโรคอ้วน ลูกที่เกิดมาก็มักจะเป็นโรคอ้วนด้วยเช่นกัน [32]ดังผลการวิจัยพบว่า หากมีพ่อหรือแม่ คนใดคนหนึ่งอ้วน ลูกจะมีโอกาสอ้วน 3 เท่า แต่ถ้าหากมีญาติพี่น้องอ้วนจะมีโอกาสอ้วนเพิ่มเป็น 3 –7 เท่า แต่หากเด็กที่ทั้งพ่อและแม่อ้วนจะมีโอกาสอ้วนมากถึง 10 เท่า แต่ถึงแม้พันธุกรรมจะมีผลทำให้อ้วนจริง แต่ก็ไม่ใช่ปัจจัยหลักที่ทำให้อ้วน 100% (มีผลแค่ 40-70% เท่านั้น) ดังนั้นลูกที่เกิดจากครอบครัวที่มีพ่อแม่อ้วนสามารถมีน้ำหนักปกติได้ [33]

ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับโรคอ้วน โดยจากผลการศึกษาพบว่านักเรียนส่วนใหญ่จะมีทักษะในการปฏิเสธ และสามารถอธิบายเหตุผลพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคอ้วนได้ แต่ยังขาดการตัดสินใจเลือกที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอ้วน ซึ่งอาจนำไปสู่การปฏิบัติตนที่จะทำให้เกิดโรคอ้วนตามมาได้ สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้สุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนในวัยรุ่นตอนต้น พบว่า ด้านทักษะการตัดสินใจ กลุ่มตัวอย่างจะสามารถแนะนำถึงการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคอ้วนได้ แต่ยังไม่สามารถตัดสินใจในการปฏิเสธพฤติกรรมที่สามารถนำไปสู่โรคอ้วนได้ อาจอธิบายได้ว่าในการตัดสินใจของวัยรุ่นนั้นอาจมีอิทธิพลมาจากกลุ่มเพื่อนมากกว่า [30]

**ข้อเสนอแนะ**

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรมีการส่งเสริมการ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วนของครอบครัวที่มีภาวะอ้วน

2. สถานศึกษา ครูและหน่วยงานด้านสาธารณสุขควรส่งเสริมการเรียนรู้โดยการสอดแทรกเนื้อหาในบทเรียนหรือหลักสูตรเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนเพื่อให้นักเรียนมีความรู้ที่ถูกต้อง และเพิ่มทักษะการเรียนรู้ในการแสดงออกในการพูด สามารถสื่อสารข้อมูล

ด้านสุขภาพเพื่อให้คนอื่นเข้าใจได้ และสามารถตัดสินใจเลือกที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอ้วนได้

3. สถานศึกษา ครูและหน่วยงานด้านสาธารณสุขควรสนับสนุนด้านการใช้เทคโนโลยีสื่อออนไลน์ เพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จัดกิจกรรมการเลือกใช้สื่อที่เหมาะสม เพื่อกระตุ้นให้นักเรียนมีการรู้เท่าทันสื่อ เข้าถึงข้อมูลได้ง่าย รวมถึงการตรวจสอบประเมินความน่าเชื่อถือ เพื่อเลือกรับข้อมูลก่อนตัดสินใจเชื่อและปฏิบัติตาม

4. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมในการควบคุมน้ำหนักในกลุ่มนักเรียนที่มีโรคอ้วนเป็นพันธุกรรม โดยครอบครัวมีส่วนร่วม

5. การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาเชิงเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคอ้วน ก่อน-หลัง กิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยสร้างโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กนักเรียน

6. ควรมีการศึกษาในประเด็นการศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับนักเรียน เพื่อให้มีภาวะโภชนาการที่ดีเพื่อใช้เป็นแนวทางในการควบคุมและป้องกันการเกิดโรคอ้วน

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงเรียน คณะครูโรงเรียนในจังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียน ในจังหวัดอุบลราชธานีที่ได้ให้ความร่วมมือ และเสียสละเวลาเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยจนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

**เอกสารอ้างอิง**

1. World Health Organization. (2018). “Taking Action on Childhood Obesity”, Word obesity. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/106 65/274792/WHO-NMH-PND-ECHO-18.1-eng.pdf. May 2, 2021.
2. Centers for Disease Control and Prevention. (2019). “Defining Adult Overweight and Obesity”, National Center for Health Statistics. https://www.cdc.gov /obesity/adult/defining.html. September 28, 2021
3. Karnik, S. and Kanekar, A. “Childhood obesity: a global public health crisis”, International Journal of Preventive Medicine. 3(1): 1–7; January, 2012.
4. World obesity. (2017). “Prevalence of child overweight, including obesity”, International Obesity Task Force.http://www.worldobesity.org/ data/aboutobesity. March 2, 2021.
5. เปรมฤดี ภูมิถาวร. (2560). “โรคเบาหวานในเด็กและวัยรุ่น”, นิตยสารวาไรตี้เพื่อสุขภาพ. https://med.mahidol.ac.th /atrama/issue030/health-station /png. 20 มีนาคม, 2565.
6. Ahmad Ali Zainuddin, Mala A Manickam, Azli Baharudin, Rusidah Selamat, Chee Cheong Kee, Noor Ani Ahmad, Hatta Mutalip, Rashidah Ambak, Siew Man Cheong, Mohamad Hasnan Ahmad, Safiah Md Yusof, and Tahir Aris. “Prevalence and Socio-Demographic Determinant of Overweight and Obesity among Malaysian Adult.” International Journal of Public Health Research. 6(1):661–69, 2016.
7. สำนักโภชนาการ. แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2557.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2564). “ร้อยละของนักเรียน ชั้น ม.1-ม.3 ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนได้รับการคัดกรองความเสี่ยง เขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ปีการศึกษา 2563”, ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. https://ubn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/format1.php&cat _id=67f8b1657bc8c796274fb9b6ad5a701d&id=831c88ecc3dc0db28836a1e18d985cfe. 10 ธันวาคม, 2564.
9. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2562). “สถิติเบาหวาน”, โรคเบาหวานhttps://www.dmthai.org/ index.php/

knowledge/the-chart/the-chart-1. 20 พฤษภาคม, 2564.

10. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. (2562). “เด็กอ้วน น่ารักหรือน่าเป็นห่วง ?”, HITAP: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. https://www. hitap.net/175144. 14 ธันวาคม, 2563.

11.United Nations. (2015). “17 Goals to Transform the World for Persons with Disabilities”, Envision

2030. https://www.un.org/development/desa/ disabilities/Envision2030.html. March 10, 2021.

12.กรมอนามัย. (2557). “การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านอาหารและโภชนาการ”, การพัฒนาคุณภาพอาหารเพื่อเด็กไทย. https://www.old.anamai.moph.go. th/ewt_news.php?nid=6554&filename=index. 14 ธันวาคม, 2564.

13. Wang, J.J., Gao, Y. and Lau, P.W.C. (2017). “Prevalence of overweight in Hong Kong Chinese children: Its associations with family, early-life development and behaviors-related factors”, Journal of exercise science and fitness. 15(2): 89–95; December, 2017.

14.สารภี จันทร์มุณี และสุชาดา นวนทอง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ในอำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง. พัทลุง:สำนักงานสาธารณสุขอำเภอป่าบอน อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง, 2560.

15.สุภาวดี อรรคพัฒน์. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนกับภาวะอ้วนของเด็กวัยเรียนเขตพื้นที่การศึกษาที่ 2 จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยบูรพา, 2558.

16.ณัฐชยา พวงทอง และธนัช กนกเทศ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กรณีศึกษาโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดภาคกลาง ประเทศไทย. พิษณุโลก: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2560.

17.กัลยาณี โนอินทร์. “ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยเรียนและวัยรุ่นไทย”, วารสารพยาบาลทหารบก. 18 (ฉบับพิเศษ): 1-18; พฤษภาคม-สิงหาคม, 2560.

18.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). “รู้เท่าทัน 10 ความเสี่ยงสุขภาพคนไทยปี 2564”, ทันกระแสสุขภาพ. http://www.thaihealth. or.th/Content/53817-รู้เท่าทัน 10 ความเสี่ยงสุขภาพคนไทย ปี 2564.html. 3 มีนาคม, 2564.

19.มณิภัทร์ ไทรเมฆ. “ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารเช้ากับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน”, วารสารการจัดการธุรกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา. 4(2): 22–33; ตุลาคม, 2559.

20.กรมอนามัย. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2559.

21.กองสุขศึกษา กรมส่งเสริมบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2560.

22. National Assessment of Adult Literacy. (2003). “The 2003 National Assessment of Adult Literacy (NAAL)”, Health Literacy. https://nces. ed.gov/naal/Health. asp. December 16, 2021.

23. Michou, M., Panagiotakos, D.B. and Costarelli, V. “Low health literacy and excess body weight: a systematic review”, Central European Journal of public health. 26(3): 234-241; September, 2018.

24. Mayagah Kanj, Wayne Mitic. Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap. World Health Organization: the Eastern Mediterranean Region, 2009.

25.Intarakamhang, U., & Intarakamhang, P. (2017). Health Literacy Scale and Causal Model of Childhood Overweight. Journal of Research in Health Sciences, 17(1), 368.

26.กรมอนามัย. (2564). “มาตรฐานน้ำหนักส่วนสูงเด็ก 0-18 ปี”, เกณฑ์อ้างอิงภาวะการเจริญเติบโตของเด็ก 6-19 ปี กรมอนามัย. http://doh.hpc.go.th/bs/issueDisplay.
php?id=73&category=A11&issue=Child%20Deve lopment#a1. 20 สิงหาคม, 2564

27. มรกต สุวรรณการ. “สาเหตุทางพันธุกรรมของโรคอ้วน”, วารสารโภชนบำบัด. 29(1): 14-23; มกราคม - มิถุนายน, 2564.

28.จามจุรี แซ่หลู่ และนภาวรรณ วิริยะศิริกุล. “ความ สัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของเด็กวัยเรียนที่เริ่มอ้วนและอ้วนในโรงเรียน”, วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์. 7(11): 1-15; พฤศจิกายน, 2563.

29.อรพร ดำรงวงศ์ศิริ. (2563). “โรคอ้วนในเด็กความน่ารักที่แฝงด้วยอันตราย”, โรคอ้วนในเด็ก. https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article/fat-kid/. 21 สิงหาคม, 2565

30.วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ, จุฬาพร ภิรมย์ไกรภักดิ์ และวิจิตรา นวนันทวงศ์. “ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนของเด็กวัยรุ่นตอนต้น”, วารสารเครือข่ายวิทยาลัย พยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 6(ฉบับพิเศษ): 80–90; พฤศจิกายน, 2562.

31.วลัยพร กาฬภักดี และคณะ. “ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนระดับประถม ศึกษาโรงเรียนในสังกัดเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี”, วารสารสาธารณสุขล้านนา.18(1): 80-91; มกราคม-มิถุนายน, 2565.

32.ภัทรเดช เจียมสว่างพร. (2565). “สาเหตุการเกิดโรคอ้วน”, แนะคนอ้วนให้พบแพทย์ หากเกิดจากกรรมพันธุ์ต้องรักษา. https://www.khaosod.co.th/pr-news/ news_6829840.3 ธันวาคม, 2565.

33.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2562). “ห่วงภาวะอ้วน-เตี้ย ปัญหาเด็กวัยเรียน”, ข่าวสุขภาพ. http://www.thaihealth.or.th/Content/50891-ห่วงภาวะอ้วน-เตี้ย ปัญหาเด็กวัยเรียน.html. 29 พฤศจิกายน, 2564.

# การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

# Development of health literacy on malaria surveillance and prevention among people in the Thai-Cambodia border area, Khunhan district, Sisaket province.

(Received: April 6,2024 ; Revised: April 27,2024 ; Accepted: April 28,2024)

**วิสิฐศักดิ์ พิริยานนท์[1], พุทธิไกร ประมวล[2],**
**Wisitsak Piriyanon[1], Putthikrai Pramual[2]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบฯ ตามกระบวนการของ PDCA และระยะที่ 3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อประเมินประสิทธิผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Multivariable linear regression การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และ Independent t-test พบว่า มี 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย ได้แก่ ความรู้และความรอบรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย โดยประชาชนที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียในระดับดี จะมีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย มากกว่าประชาชนที่มีความรู้ระดับไม่ดี 3.73 คะแนน (Adjusted mean diff = 3.73, 95% CI: 1.68 to 5.78) และประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมาลาเรียในระดับดี จะมีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย มากกว่าประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่ดี 7.60 คะแนน (Adjusted mean diff = 7.60, 95% CI: 5.50 to 9.71) รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสร้างชุมชนต้นแบบในการป้องกันโรคมาลาเรีย 2) กิจกรรมสร้างความรู้และทักษะในการป้องกันโรคมาลาเรีย 3) กิจกรรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมาลาเรีย 4) การสนับสนุนด้านวิชาการ วัสดุ อุปกรณ์ และงบประมาณ 5) การสร้างคุณค่าและบุคคลต้นแบบในการป้องกันโรคมาลาเรีย และ 6) การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และพบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**คำสำคัญ :** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, มาลาเรีย, ชายแดนไทย-กัมพูชา, อำเภอขุนหาญ

**Abstracts**

This study aimed to develop health literacy on malaria surveillance and prevention among people in the Thai-Cambodia border area, Khun Han district, Sisaket province. The research consisted of three phases: phase 1, an analytical cross-sectional study aimed to demonstrate factors associated with the behavior of malaria surveillance and prevention; phase 2, the action research aimed to develop health literacy on malaria surveillance and prevention based on the PDCA model; and phase 3, a quasi-experimental study aimed to assess the effect of the developed model from phase 2. Data were analyzed using multivariable linear regression, content analysis, and independent t-test statistics. The results indicated 2 predicted factors of the behavior of malaria surveillance and prevention including a good level of malaria knowledge (Adjusted mean diff = 3.73, 95% CI: 1.68 to 5.78) and a good level of malaria health literacy (Adjusted mean diff = 7.60, 95% CI: 5.50 to 9.71). A model for developing health literacy on malaria surveillance and prevention among people in the Thai-Cambodia border area contained building a model community for malaria prevention, a knowledge & skill-Based, health literacy skill, social support, empowerment & role modeling, and monitoring & evaluation. After an

experiment, the score of knowledge, perception of the health belief model, malaria health literacy, and behavior of malaria surveillance and prevention in the experimental group was significantly more than the comparison group.
**Keywords:** Health literacy, Malaria, Thai-Cambodia border, Khun Han district

**บทนำ**

โรคมาลาเรีย เป็นโรคติดต่อที่สำคัญที่คร่าชีวิตประชาชนไทยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และภายหลังจากการได้ดำเนินการด้วยมาตรการต่างๆ ในการควบคุมโรคมาเป็นเวลานาน มีความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ในการพัฒนาสารเคมีที่มีผลต่อยุงที่เป็นพาหะนำเชื้อมาลาเรีย ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มียาต้านเชื้อมาลาเรียที่มีประสิทธิภาพดีขึ้น ทำให้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคลดลง แต่อย่างไรก็ตามโรคมาลาเรียยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากยังมีอัตราการเกิดโรคมาลาเรียอย่างต่อเนื่องและรุนแรง โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดที่มีอาณาเขตติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่ พม่า ราชอาณาจักรกัมพูชา และมาเลเซีย การเคลื่อนย้ายแรงงานต่างชาติ สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ชายแดนในบางจังหวัด การลักลอบตัดไม้ทำลายป่า และอาชีพหาอาหารป่าหรือของป่าในพื้นที่แนวชายแดน ยังเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อการแพร่ระบาดโรคมาลาเรียในพื้นที่ชายแดน [1] และการพบเชื้อมาลาเรียชนิดฟัลซิปารัมที่ดื้อต่อยาหลายขนานสามารถแพร่กระจายเชื้อและเกิดการระบาดที่ทำให้การควบคุมโรคมาลาเรียยุ่งยากมากขึ้น ซึ่งประเทศไทยมีพื้นที่การดื้อยาผสมอนุพันธุ์อาร์ติมิซินินของเชื้อมาลาเรียชนิดฟัลซิปารัม (P. falciparum) ใน 6 จังหวัด ได้แก่ สุรินทร์ ศรีสะเกษ ตราด ระนอง กาญจนบุรี และตาก[2]

โรคมาลาเรีย เป็นโรคติดต่อนำโดยแมลงที่มียุงก้นปล่อง (Anopheles spp.) เป็นพาหะนำเชื้อพลาสโมเดียม (Plasmodium spp.) หรือเชื้อมาลาเรียติดต่อมาสู่คน ยุงพาหะมักชุกชุมตามป่าและแหล่งน้ำ โดยเฉพาะตามแนวป่าหรือเทือกเขาบริเวณพื้นที่ชายแดนประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน เมื่อยุงก้นปล่องที่มีเชื้อมาลาเรียไปกัดคน ทำให้คนที่ถูกยุงกัดเป็นโรคมาลาเรียหลังจากถูกยุงกัดประมาณ 10-14 วัน อาการที่สำคัญได้แก่ มีอาการไข้หนาวสั่น ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ปวดท้อง ท้องร่วง หากการตรวจวินิจฉัยและการเข้าถึงระบบการรักษาที่ถูกต้องล่าช้าเกินไป จะทำให้มีอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้[(3)] ก่อให้เกิดการสูญเสียภาวะสุขภาพเจ็บป่วยร่างกาย โดยเฉพาะเชื้อมาลาเรียชนิดที่สามารถหลบซ่อนในเซลล์ตับเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยกลับมาป่วยซ้ำด้วยโรคมาลาเรีย และหากเกิดการติดเชื้อรุนแรงอย่างเฉียบพลันอาจจะทำให้ถึงขั้นเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องประสบกับความสูญเสียทางด้านจิตใจ ขาดกำลังในการทำงานหาเลี้ยงชีพ บางรายอาจจะถึงขั้นหยุดงาน สูญเสียรายได้สำหรับจุนเจือสมาชิกในครอบครัว และมีรายจ่ายเพิ่มจากค่าใช้จ่ายต่างๆ ระหว่างที่ผู้ป่วยรักษา รวมทั้งรัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการป้องกันควบคุมโรคและการรักษาผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก[3,4]

องค์การอนามัยโลก ได้บังคับใช้ยุทธศาสตร์การป้องกันโรคและการรักษาภายใต้โครงการโลกต้านมาลาเรียโลก (Global malaria program) ตามยุทธศาสตร์หลัก คือ การควบคุมพาหะนำโรค การใช้สารเคมีป้องกัน และการดูแลรักษาผู้ป่วย ทำให้ลดความรุนแรงและการเสียชีวิตได้ และได้ปรับเป้าหมายมุ่งสู่การกำจัดโรคมาลาเรีย ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2573 และผลักดันให้ประเทศที่มีอัตราป่วยด้วยโรคมาลาเรียน้อยกว่า 1 ต่อพันประชากร ยกระดับนโยบายจากการควบคุมโรค (Malaria control) เป็นนโยบายการกำจัดโรคมาลาเรีย (Malaria Elimination) เป็นเป้าหมายหนึ่งของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals-SDGs) ตามแนวทางขององค์การสหประชาชาติ และประเทศไทยได้ตั้งคณะกรรมการเพื่อพัฒนาที่ยั่งยืน

ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2558 เพื่อขับเคลื่อนนโยบายกำจัดโรคมาลาเรีย โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาแผนยุทธศาสตร์กำจัดโรคมาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569 โดยมีวิสัยทัศน์ให้ประเทศไทยปลอดจากโรคมาลาเรียภายในปี พ.ศ. 2567 ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) เร่งรัดกำจัดเชื้อมาลาเรียในประเทศไทย 2) พัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม มาตรการ และรูปแบบที่เหมาะสมในการกำจัดโรคมาลาเรีย 3) สร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายระดับประเทศและระดับนานาชาติ เพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคมาลาเรีย และ 4) ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองจากโรคมาลาเรีย มีงบประมาณทั้งสิ้นประมาณ 2,283 ล้านบาท[2]

สำหรับประเทศไทย มีอัตราป่วยและอัตราตายลดลงอย่างต่อเนื่องจากปี 2549-2558 โดยอัตราป่วยของโรคมาลาเรียต่อประชากรพันคน (Annual Parasite Incidence-API) ลดลงจาก 0.57 ในปี 2557 เป็น 0.38 ในปี 2558 และอัตราตายโรคมาลาเรียต่อประชากรแสนคน (Malaria Mortality Rate-MMR) ลดลงจาก 0.07 ในปี 2556 เป็น 0.06 ในปี 2557 ปัจจุบันมีแนวโน้มสัดส่วนของเชื้อมาลาเรียชนิดไวแวกซ์ (P. vivax) สูงกว่าเชื้อมาลาเรียชนิดฟัลซิปารัม (P. falciparum) การกระจายของผู้ป่วยโรคมาลาเรีย มีผู้ป่วยคนไทยคิดเป็นร้อยละ 57.69 ผู้ป่วยต่างชาติ คิดเป็นร้อยละ 43.38 ส่วนใหญ่พบในกลุ่มวัยทำงาน (15-60 ปี) ซึ่งประกอบอาชีพหรือปฏิบัติหน้าที่ในป่า สวน ไร่ ในเวลากลางคืนมากกว่าร้อยละ 58 แนวโน้มผู้ป่วยจะพบมากขึ้นระหว่างเดือน พฤษภาคม-สิงหาคม จังหวัดที่พบผู้ป่วยด้วยโรคมาลาเรียมากที่สุด 10 อันดับแรก ได้แก่ จังหวัดตาก อุบลราชธานี ยะลา กาญจนบุรี แม่ฮ่องสอน ศรีสะเกษ นราธิวาส สงขลา สุราษฎร์ธานี และสุรินทร์ คิดเป็นร้อยละ 87.69 ของผู้ป่วยทั้งประเทศ มีหมู่บ้านที่มีการแพร่เชื้อมาลาเรียทั้งหมด 2,755 หมู่บ้าน (5,552 กลุ่มบ้าน) ซึ่งกระจายตัวอยู่ใน 220 อำเภอ จากจำนวนทั้งหมด 928 อำเภอ/เขต[(2)] และสถานการณ์โรคมาลาเรีย ปี 2560-2564 มีแนวโน้มลดลง พบผู้ป่วยมาลาเรีย 14,955, 7,379, 5,858, 4,427 และ 2,950 ราย ตามลำดับ แต่กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2565 -2566 พบผู้ป่วยมาลาเรีย 8,499 และ 16,522 ราย[5] โดยในปี 2561 ราย จาก 54 จังหวัด อัตราป่วย 3.18 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 1 ราย จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันแรก ได้แก่ จังหวัดยะลา ตาก แม่ฮ่องสอน ศรีสะเกษ และอุบลราชธานี อัตราป่วย 57.48, 51.17, 27.96, 26.88 และ 14.51 ต่อแสนประชากรตามลำดับ พบมากในเพศชาย อายุระหว่าง 25-34 ปี อาชีพนักเรียนนักศึกษา รองลงมาคืออาชีพทำการเกษตร ชนิดเชื้อที่พบคือ Plasmodium vivax[6]

สถานการณ์โรคมาลาเรียในจังหวัดศรีสะเกษตั้งแต่ปี 2557-2562 มีแนวโน้มพบผู้ป่วยมาลาเรียสูงจำนวน 815, 1,019, 831, 827, 872 และ 386 ราย ตามลำดับ และเริ่มลดลงในปี 2563-2566 ที่พบผู้ป่วยมาลาเรีย 66, 21, 10 และ 3 ราย ตามลำดับ โดยอำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ อำเภอภูสิงห์ อำเภอขุนหาญ และอำเภอกันทรลักษ์ ตามลำดับ ผู้ป่วยที่พบใน 3 อำเภอชายแดนนี้คิดเป็นร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคมาลาเรียทั้งหมดในจังหวัดศรีสะเกษ[7] โดยปี 2561 จังหวัดศรีสะเกษ พบผู้ป่วย 871 ราย มากเป็นอันดับ 4 ของประเทศ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 25-34 ปี อาชีพเกษตรกรรม รองลงมาคือ กลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐที่ปฏิบัติงานด้านความมั่นคงและเจ้าหน้าที่อุทยานแห่งชาติ ที่ปฏิบัติหน้าที่ตามแนวป่าบริเวณเทือกเขาพนมดงรักชายแดนประเทศไทย-กัมพูชา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรคมาลาเรียในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ และยังพบว่า มีประชาชนและเจ้าหน้าที่รัฐที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านความมั่นคง และทำหน้าที่ดูแลรักษาสัตว์และป่าไม้มีการติดเชื้อมาลาเรียซ้ำและกระจายไปยังพื้นที่ต่างๆ ในภูมิภาคเนื่องจากมีการ

ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนชุดปฏิบัติการของเจ้าหน้าที่รัฐที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านความมั่นคง[8]

ถึงแม้จังหวัดศรีสะเกษจะมีการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคมาลาเรีย ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ แต่สถานการณ์โรคมาลาเรียก็ยังคงมีแนวโน้มที่ยังพบรายงานผู้ป่วยมาลาเรียในพื้นที่ชายแดนติดประเทศกัมพูชาอย่างต่อเนื่อง เพราะเขตพื้นที่รอยต่อระหว่างประเทศไทย-กัมพูชา เป็นเทือกเขาพนมดงรัก เป็นแหล่งที่อยู่ของยุงพาหะ และมีการบุกคืบเข้าไปทำสวนยางพาราหรือการเข้าไปหาของป่ามาขายของประชาชนในพื้นที่ ทำให้มีโอกาสสัมผัสกับยุงพาหะที่มีเชื้อมาลาเรียเดิมอยู่ในพื้นที่ป่า ทำให้เกิดการระบาดของโรคซ้ำเดิมในพื้นที่ ตลอดจนประชาชนบางส่วนยังขาดความตระหนักระมัดระวังป้องกันตนเองจากโรคมาลาเรีย ซึ่งการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในชุมชนนั้น ประชาชนในพื้นที่เอง คือ บุคคลที่สำคัญที่จะต้องมีการดูแล จัดการด้านสุขภาพของตนเอง เพื่อให้ปลอดภัยจากโรคมาลาเรีย เพราะมีความจำเป็นต้องเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงของโรคมาลาเรียในการทำมาหากินดำรงชีพ ประชาชนในชุมชนต้องเป็นตัวหลักในการจัดการตนเองในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวกับค่อยสนับสนุนส่งเสริมด้านพฤติกรรมอย่างเหมาะสม

ดังนั้น หากประชาชนมีความตระหนัก ความรู้ความเข้าใจอย่างแตกฉานในเฝ้าระวังและป้องกันโรคมาลาเรีย ก็จะสามารถให้คำแนะนำ ให้ความรู้ ทักษะการปฏิบัติ และเป็นแบบอย่างที่ดีในการป้องกันโรคมาลาเรียให้กับประชาชนคนอื่นๆ ในชุมชน ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเพื่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเป็นการวางรากฐานด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียให้ประชาชนในชุมชน เพื่อให้มีการจัดการตนเองด้านสุขภาพ และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเป็นตัวแบบที่ดีในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียที่เหมาะสมให้กับประชาชนในชุมชนอย่างยั่งยืนต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

3. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนความรู้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ

**วิธีดำเนินการวิจัย**

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) โดยใช้วิธีการของรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 197 คน ที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณความแม่นยำในการ

ประมาณค่าพารามิเตอร์ (Accuracy Parameter Estimated: AIPE)[9] โดยกำหนดค่าพารามิเตอร์จากวิจัยของลำพูน วรจักร และคณะ[10] ทำการสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) เพื่อให้ได้ประชาชนที่เป็นตัวแทนอย่างที่ดีในการทำการศึกษา ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) สุ่มเลือกประชาชนอายุ 15 ปี ตามพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา ในอำเภอขุนหาญ 3 ตำบล ตามสัดส่วนของประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไปในแต่ละตำบล (Proportion to size) ขั้นตอนที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) สุ่มเลือกตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไปแต่ละหมู่บ้าน และขั้นตอนที่ 3 ใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยเรียงรายชื่อประชาชนอายุ 15 ปี ในแต่ละหลังคาเรือน เรียงตามบ้านเลขที่ จากนั้นสุ่มหยิบหมายเลขแรกเพื่อเป็นจุดเริ่มต้น จากนั้นทำการสุ่มคนถัดไปตามช่วงการสุ่มที่คำนวณได้ เว้นช่วงวนไปจนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ 197 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 6 ข้อ ส่วนที่ 2 สถานะสุขภาพ 3 ข้อ ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย 10 ข้อ ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม 10 ข้อ ส่วนที่ 5 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 20 ข้อ ส่วนที่ 6 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 40 ข้อ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย 15 ข้อ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัยด้านการแพทย์และด้านระบาดวิทยา และด้านการสร้างเครื่องมือและสถิต 3 ท่าน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในอำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ และนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยแบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียใช้วิธีการของ Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.81 และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย ใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77, 0.83, 0.86 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและการวัดระดับความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และการวิเคราะห์เพื่อปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย โดยใช้สถิติ Multivariable linear regression นำเสนอขนาดความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Adjusted mean difference) และช่วงความเชื่อมั่น 95%

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมกแทกการ์ด[11] ร่วมกับการนำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจและสมรรถนะแห่งตน การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ตามแบบความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และยุทธศาสตร์กำจัดโรคมาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569 มาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามวงล้อของ DEMMING CYCLE (PDCA 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมาลาเรียของประชาชนในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ 50 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ตัวแทนครัวเรือน กลุ่ม

ที่ 2 ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและประชาชนที่เคยป่วยเป็นโรคมาลาเรีย และกลุ่มที่ 3 กลุ่มสนับสนุนเพื่อจัดกระบวนการในสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคมาลาเรีย ได้แก่ อสม. เจ้าหน้าที่หน่วยควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง (นคม.) เจ้าหน้าที่มาลาเรียคลินิกชุมชน (Malaria post: MP) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมาลาเรียประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาล ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เครื่องที่ใช้ในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การสังเกตในการเข้ากิจกรรม และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ และด้านการการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของเครื่องมือวัดข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้หลักการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation Techniques) ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูล (Data Triangulation) ด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล (Methodology Triangulation) และด้านผู้สืบค้น เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์และความน่าเชื่อถือของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหา (Content analysis) ของข้อมูลอย่างเป็นระบบ รวบรวม ตรวจสอบและจัดกลุ่มของข้อมูล จัดหมวดหมู่ โดยทำการตรวจสอบตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูลความครบถ้วนตรงตามที่ผู้ให้ข้อมูลให้มา

การวิจัยระยะที่ 3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi–Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อน-หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น (Two group pre-posttest design) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา ที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในประชากร 2 กลุ่มที่อิสระต่อกัน [12] กำหนดค่าพารามิเตอร์จากงานวิจัยของธีรศักดิ์ คันธศร และคณะ[13] ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 112 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบักดอง อำเภอขุนหาญ 56 คน ที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลโดนเอาว์ อำเภอกันทรลักษ์ 56 คน ที่ได้รับการส่งเสริมให้ความรู้ตามปกติ สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอน (Two stage random sampling) โดยขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) เพื่อเลือกประชาชนในเขตพื้นตำบลในเขตพื้นที่ชายแดน 2 อำเภอๆ ละ 1 ตำบล และขั้นตอนที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยเรียงรายชื่อประชาชนอายุ 15 ปี ในแต่ละหลังคาเรือน เรียงตามบ้านเลขที่ จากนั้นสุ่มหยิบหมายเลขแรกเพื่อเป็นจุดเริ่มต้น จากนั้นทำการสุ่มคนถัดไปตามช่วงการสุ่มที่คำนวณได้ เว้นช่วงวนไปจนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการวิจัยระยะที่ 1 วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย โดยใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test นำเสนอขนาดความแตกต่างค่าเฉลี่ย (Mean difference) และช่วงความเชื่อมั่น 95%

การนำรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา ไปขยายผลต่อเนื่องในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดนเอาว์ ตำบลรุง อำเภอกันทรลักษ์

จำนวน 2 หมู่บ้าน คือ บ้านโดนเอาว์ หมู่ที่ 4 และบ้านโดนเอาว์ใต้ หมู่ที่ 10 ซึ่งเป็นพื้นที่ B1 คือ หมู่บ้านที่ไม่มีผู้ป่วยติดเชื้อมาลาเรียในหมู่บ้านอย่างน้อย 3 ปีติดต่อกัน แต่ยังสำรวจพบยุงพาหะ โดยมีการนำรูปแบบกิจกรรมและกระบวนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมาลาเรียให้กับประชาชนทั้ง 2 หมู่ จากนั้นทำการตัวอย่างประชาชนที่เป็นตัวแทนครัวเรือน จำนวน 100 คน เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนก่อน-หลังดำเนินการ โดยใช้สถิติ Paired t-test นำเสนอขนาดความแตกต่างค่าเฉลี่ย (Mean difference) และช่วงความเชื่อมั่น 95%

**จริยธรรมการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่SPPH 2023-012 เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

**ผลการวิจัย**

**ผลการวิจัยระยะที่ 1** การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีประวัติเคยป่วยเป็นโรคมาลาเรีย ร้อยละ 10.15 และเคยได้รับการตรวจคัดกรองมาลาเรีย ร้อยละ 45.18 ดังตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.45 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ในระดับสูง ร้อยละ 59.90 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.99 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.45 และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย อยู่ในระดับสูง 77.15 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ มีอยู่ 2 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้ และความรอบรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย โดยประชาชนที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียในระดับดี จะมีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย มากกว่าประชาชนที่มีความรู้ระดับไม่ดี 3.73 คะแนน (Adjusted mean diff = 3.73, 95% CI: 1.68 to 5.78) และประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมาลาเรียในระดับดี จะมีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย มากกว่าประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่ดี 7.60 คะแนน (Adjusted mean diff = 7.60, 95% CI: 5.50 to 9.71) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แล้ว

| ตัวแปร | n | mean | SD | Un-adjusted Mean difference | Adjusted Mean difference | 95% CI | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย** | | | | | | | <0.0001 |
| ระดับไม่ดี (ต่ำ/ปานกลาง) | 72 | 57.43 | 7.39 | 0 | 0 | | |
| ระดับดี (สูง) | 125 | 63.89 | 7.42 | 6.46 | 3.73 | 1.68 to 5.78 | |
| **2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย** | | | | | | | <0.0001 |

**ตารางที่ 1** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แล้ว

| ตัวแปร | n | mean | SD | Un-adjusted Mean difference | Adjusted Mean difference | 95% CI | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ระดับไม่ดี | 72 | 55.56 | 7.55 | 0 | 0 | | |
| ระดับดี | 125 | 64.97 | 6.03 | 9.41 | 7.60 | 5.50 to 9.71 | |

**ผลการวิจัยระยะที่ 2** การพัฒนารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ ผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ (PAOR) จำนวน 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล ได้รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

1. การสร้างชุมชนต้นแบบในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย (Building a model community for malaria prevention)

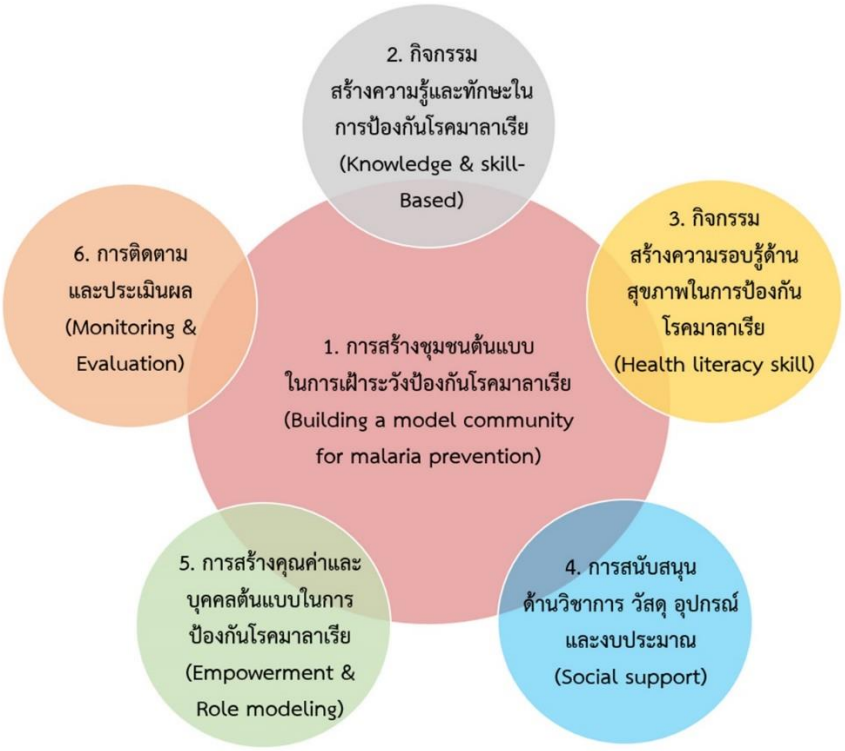
2. กิจกรรมสร้างความรู้และทักษะในการป้องกันโรคมาลาเรีย (Knowledge & skill-Based)

3. กิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมาลาเรีย (Health literacy skill)

4. การสนับสนุนด้านวิชาการ วัสดุ อุปกรณ์ และงบประมาณ (Social support)

5. การสร้างคุณค่าและบุคคลต้นแบบในการป้องกันโรคมาลาเรีย (Empowerment & Role modeling)

6. การติดตามและประเมินผล (Monitoring & Evaluation) ดังภาพที่ 1




**ภาพประกอบ 1** รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

**ผลการวิจัยระยะที่ 3** การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถติที่ 0.05 โดยกลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.90 คะแนน (Mean diff = 0.90, 95% CI: 0.47 to 1.33), 5.29 คะแนน (Mean diff = 5.29, 95% CI: 3.61 to 6.97), 13.68 คะแนน (Mean diff= 13.68, 95% CI: 7.97 to 19.38) และ 4.43 คะแนน (Mean diff= 4.43, 95% CI: 2.59 to 6.29) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรมฯ

| ช่วงเวลา | ตัวแปร | กลุ่มทดลอง (n=56) | | กลุ่มเปรียบเทียบ (n=56) | | Mean difference | 95% CI | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Mean | SD | Mean | SD | | | |
| หลังได้รับโปรแกรม | ความรู้ | 9.25 | 0.97 | 8.35 | 1.29 | 0.90 | 0.47 to 1.33 | 0.0001 |
| | การรับรู้ | 54.86 | 4.01 | 49.57 | 4.92 | 5.29 | 3.61 to 6.97 | <0.0001 |
| | ความรอบรู้ | 180.10 | 11.75 | 166.42 | 18.06 | 13.68 | 7.97 to 19.38 | <0.0001 |
| | พฤติกรรม | 70.91 | 3.00 | 66.48 | 6.26 | 4.43 | 2.59 to 6.29 | <0.0001 |
| ก่อนได้รับโปรแกรม | ความรู้ | 7.57 | 1.78 | 7.89 | 1.38 | -0.32 | -0.92 to 0.28 | 0.2900 |
| | การรับรู้ | 48.64 | 6.34 | 50.52 | 4.30 | -1.88 | -3.91 to 0.15 | 0.0690 |
| | ความรอบรู้ | 158.94 | 19.35 | 164.92 | 19.32 | -5.98 | -13.22 to 1.26 | 0.1046 |
| | พฤติกรรม | 62.00 | 8.10 | 65.00 | 7.56 | -3.00 | -5.93 to -0.07 | 0.0452 |

ผลการดำเนินการขยายผลรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดนเอาว์ ตำบลรุง อำเภอกันทรลักษ์ คือ บ้านโดนเอาว์ หมู่ที่ 4 และบ้านโดนเอาว์ใต้ หมู่ที่ 10 ตามรูปแบบกิจกรรมและกระบวนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมาลาเรีย พบว่า หลังดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ตัวแทนหลังคาเรือน 100 คน มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียมากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย มากกว่าก่อนดำเนินการ 1.71 คะแนน (Mean diff = 1.71, 95% CI: 1.45 to 1.97), 2.87 คะแนน (Mean diff =2.87, 95% CI: 1.78 to 3.96), 19.42 คะแนน (Mean diff= 19.42, 95% CI: 16.37 to 22.4) และ 3.59 คะแนน (Mean diff= 3.59, 95% CI: 2.38 to 4.79) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย ระหว่างในพื้นที่ขยายผล ก่อนและหลังดำเนินการตามรูปแบบฯ

| ตัวแปร | จำนวน (n) | หลังดำเนินการ | | ก่อนดำเนินการ | | Mean difference | 95% CI | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Mean | SD | Mean | SD | | | |
| ความรู้ | 100 | 8.72 | 0.83 | 7.01 | 1.04 | 1.71 | 1.45 to 1.97 | <0.0001 |
| การรับรู้ | 100 | 53.69 | 2.74 | 50.82 | 4.81 | 2.87 | 1.78 to 3.96 | <0.0001 |
| ความรอบรู้ | 100 | 187.72 | 9.03 | 168.30 | 12.53 | 19.42 | 16.37 to 22.4 | <0.0001 |
| พฤติกรรม | 100 | 72.41 | 2.45 | 68.82 | 5.62 | 3.59 | 2.38 to 4.79 | <0.0001 |

**สรุปและอภิปรายผล**

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา ได้แก่ ความรู้ และความรอบรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย โดยประชาชนที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียในระดับดี จะมีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย มากกว่าประชาชนที่มีความรู้ระดับไม่ดี ความรู้ เป็นคุณลักษณะพื้นฐานที่จะบ่งชี้ถึงความพร้อมในการทำความเข้าใจ และการรับรู้ต่างๆ ด้านสุขภาพ การใช้ดุลยพินิจในการพิจารณา วิเคราะห์ และตัดสินเลือกวิธีการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันตนเองต่อการป่วยเป็นโรคมาลาเรีย ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ที่ทำงานอยู่ในพื้นที่ป่ายางพาราหรือเชิงเขาพนมดงรักที่เป็นพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา เป็นเกษตรกรทำสวนยางพารา และหาของป่าตามฤดูกาล ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ดังนั้นหากประชาชนมีประสบการณ์และความรู้ในการป้องกันโรคมาลาเรียที่ดีและถูกต้อง ก็จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ดีด้วย[14,15,16] การมีความรู้จะเป็นพื้นฐานนำไปสู่การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และมีทัศนคติที่ดีในการป้องกันและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองในการป้องกันโรคมาลาเรียได้ดีกว่า และประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมาลาเรียในระดับดี จะมีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียมากกว่าประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่ดี ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้วัดทักษะ 6 ทักษะ ได้แก่ ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลและระบบบริการ ทักษะด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม ทักษะด้านการตัดสินใจในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการป้องกันโรคมาลาเรีย ทักษะการจัดการตนเองในการเข้ารับการตรวจคัดกรองและการรักษา และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งหากประชาชนที่ในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา มีคุณสมบัติทั้ง 6 ทักษะ อยู่ในระดับดีแล้ว ก็ส่งผลให้พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียดีตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ วีระ กองสนั่น และคณะ[17] พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาแนวคิดด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[18] และวัชราพร เชยสุวรรณ[(19)] ที่ระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของตนเองในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพเพื่อพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของตนเอง และแนะนำผู้อื่น เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในตลอดช่วงอายุ

2. รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอขุนหาญ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ที่ได้จากการระดมความสมองจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจากภาคส่วนต่างๆ ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีรูปแบบการจัดการในระดับต้นน้ำ คือ การส่งเสริมพัฒนาความรู้ ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการจัดการอุปสรรคในการเข้าถึงบริการคัดกรองโรค ผ่านกิจกรรมและสื่อการสอน ระดับกลางน้ำ คือ การสนับสนุนทั้งด้านสื่อการเรียนรู้ วัสดุ อุปกรณ์ตรวจคัดกรอง และงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันโรคในชุมชน ตลอดจนการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และระดับปลายน้ำ คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงในการติดเชื้อมาลาเรีย และการขับเคลื่อนการดำเนินงานชุมชนต้นแบบในการป้องกันโรคมาลาเรียโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน เพื่อเป็นการสร้างพลังและสร้างคุณค่าให้กับชุมชนที่สามารถดำเนินการได้ดี และขยายผลต่อยอดไปยังชุมชนอื่นๆ

ต่อไป สอดคล้องการวิจัยเชิงพัฒนารูปแบบและโปรแกรมสร้างเสริมพลังชุมชนในการป้องป้องกันโรคมาลาเรียกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่า การระดมความคิดจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้อง จะทำให้การดำเนินการป้องกันควบคุมโรคในชุมชนมีผลความสำเร็จไปในทิศทางที่ดีและมีความยั่งยืน[10,20,21]

3. รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชนในเขตพื้นที่ติดชายแดนไทย-กัมพูชา หลังได้รับโปรแกรมจากรูปแบบกิจกรรม 6 กิจกรรม จำนวน 12 สัปดาห์ พบว่า ประชาชนในกลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรียมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เนื่องจากประชาชนในกลุ่มทดลองได้รับการอบรมให้ความรู้ การฝึกทักษะ (Skill) ตามกรอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมาลาเรีย จากวิทยากรผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยควบคุมโรคติดต่อมนำโดยแมลงโดยตรง ทำให้ทราบถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมาลาเรีย ความรุนแรงของโรคมาลาเรีย และประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมาลาเรีย และได้ฝึกประสบการณ์การตรวจคัดกรองมาลาเรียร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีเครือข่ายในการสื่อสาร แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้คำปรึกษากันได้ตลอดเวลา ประกอบกับมีการสนับสนุนที่ดีจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้มีกิจกรรมการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีแรงจูงใจและความภาคภูมิจากการประเมินและคัดเลือกชุมชนต้นแบบในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย จึงทำให้ประชาชนทุกคนในชุมชนมีความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ และส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคมาลาเรียในทิศทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ระบุว่า การที่บุคคลมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคจะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น Rosenstock[22] และเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับงานวิจัยที่ผ่านมา[10,20,23]

**ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย**

1. ปัจจัยด้านความรู้ และทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ควรนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมด้านความรู้ ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ และกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของประชาชน และแกนนำสุขภาพในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่รัฐที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ชายแดนที่มีการระบาดของโรคมาลาเรีย

2. การขับเคลื่อนการดำเนินงานชุมชนต้นแบบในการเฝ้าระวังป้องกันโรคมาลาเรีย เป็นยุทธศาสตร์การสร้างพื้นที่ปลอดโรคมาลาเรียที่สามารถสร้างแรงจูงใจ สร้างคุณค่าให้กับประชาชนและชุมชนได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการรวมกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้ ทักษะ และฝึกประสบการณ์ในการป้องกันโรคมาลาเรีย ทำให้ประชาชนเกิดการตื่นตัว ความตระหนักและสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนได้เป็นอย่างดี

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ หน่วยควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนด้านความรู้ทางวิชาการและการดำเนินกิจกรรมการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอบคุณ

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอขุนหาญที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมาลาเรียให้กับประชาชนในพื้นที่ ขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนตำบลโดนเอาว์ อำเภอกันทรลักษ์ ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย และขอบคุณผู้นำชุมชน อสม. ประชาชนอำเภอขุนหาญทุกคนที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. ประยุทธ สุดาทิพย์, เสาวนิต วิชัยขัทคะ, และสุธีรา พูลลิน. (2554). การประเมินผลการดำเนินงานควบคุมโรคมาลาเรียโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 43 จังหวัด ภายใต้โครงการกองทุนโลกรอบที่ 7: การประเมินเชิงนโยบายและผลกระทบการดำเนินงาน. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 7(3), 225-239.
2. สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค. (2559). ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569 แผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
3. สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง. (2558). รายงานประจำปี 2558 สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิค แอนด์ ดีไซน์.
4. รุ่งระวี ทิพย์มนตรี และนารถลดา ขันติกุล. (2557). ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ปรมัตถ์การพิมพ์ จำกัด.
5. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 10.1 อุบลราชธานี. (2567). เอกสารบรรยายยุทธศาสตร์การกำจัดโรคมาลาเรียและสถานการณ์โรคมาลาเรีย. [เอกสารอัดสำเนา]. อุบลราชธานี: ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 10.1 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี.
6. สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลงกรมควบคุมโรค. (2561). รายงานประจำปี 2561 สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
7. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2566). สรุปผลการดำเนินงานโรคมาลาเรีย จังหวัดศรีสะเกษ ประจำปีงบประมาณ 2566. [เอกสารอัดสำเนา]. ศรีสะเกษ: กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.
8. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2561). สรุปผลการดำเนินงานโรคมาลาเรีย จังหวัดศรีสะเกษ ประจำปีงบประมาณ 2561. [เอกสารอัดสำเนา]. ศรีสะเกษ: กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.
9. Kelley, K., & Maxwell, S. E. (2003). Sample size for multiple regression: obtaining regression coefficients that are accurate, not simply significant. Psychological methods, 8(3), 305.
10. ลำพูน วรจักร์ และพุทธิไกร ประมวล. (2563). ผลของการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบราชธานี. 3(3): 175-186.
11. Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planer (3rded.). Victoria: Deakin University.
12. พงษ์เดช สารการ. (2558). ชีวสถิติขั้นพื้นฐานและการวิเคราะห์ข้อมูล: STATA10. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
13. ธีรศักดิ์ คันศร และกุลชญา ลอยหา. (2562). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตเมืองอุบลราชธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 26(3): 25-35.
14.ทรงเกียรติ ยุระศรี และเลิศชัย เจริญธัญรักษ์. (2564). ปัจจัยที่มีวามสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคมาลาเรีย ในอำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 14(1): 29-36.
15. สะใบทอง หาญบุ่งคล้า และเลิศชัย เจริญธัญรักษ์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อมาลาเรียที่เป็นโรคประจำถิ่นในจังหวัดราชบุรี ปี พ.ศ. 2558. วารสารควบคุมโรค, 43(4), 423-435.
16. Girum, T., Hailemikael, G., & Wondimu, A. (2017). Factors affecting prevention and control of malaria among endemic areas of Gurage zone: An implication for malaria elimination in South Ethiopia, 2017. Tropical Diseases, Travel Medicine and Vaccines, 3(1), 1–9.

17. วีระ กองสนั่น และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตตำบลหนองใหญ่ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 3(1): 35-44.
18. Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 15(3): 259-267.
19. วัชราพร เชยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารแพทย์นาวี. 44(3): 183-197.
20. จีระศักดิ์ กรมาทิตย์สุข, ชาตรี ประชาพิพัฒน์ และสาโรจน์ เพชรมณี. (2559). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังชุมชนในการป้องกันโรคมาลาเรีย บ้านท่านหญิง ตำบลตะกุกเนือ อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 4(2): 153-166.
21. สมหมาย งึมประโคน, จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์ และสมศักดิ์ ศรีภักดี. (2559). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคมาลาเรียโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดขอนแก่น. 23(1): 35-45.
22. Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. Health education monographs. 2(4): 354-386.
23. เดือนนภา ศิริบูรณ์ และนพรัตน์ ส่งเสริม. (2559). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของตัวแทนครัวเรือน ตำบลโดมประดิษฐ์ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี. SNRU journal of science and technology. 8(3): 292-300.

# รูปแบบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช

# Implementation Model of the Strategic Plan National Alcohol Policy under the Cooperation Mechanism of the District Health Board In Nakhon Si Thammarat Province.

(Received: April 7,2024 ; Revised: April 26,2024 ; Accepted: April 27,2024)

**วินัย วาหลวง[1] สุมลรัตน์ ขนอม[2] เอกษา ลิ้มเวียงสิริวงศ์[2]**
**Winai Waluang[1] Sumonrat Khanom[2] Aekkasa Limwaingsiriwong[2]**

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ และสร้างรูปแบบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดนครศรีธรรมราช ตามกรอบอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ ในพื้นที่อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม แนวคำถามสนทนา และแบบบันทึกสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 - มีนาคม 2567 โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติ Wilcoxon signed-rank test

ผลการศึกษา ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาแอลกอฮอล์ภาพรวมของจังหวัดนครศรีธรรมราช มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติในพื้นที่ภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายยุทธศาสตร์มีเพียงยุทธศาสตร์ที่ 4 การจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในพื้นที่มีการดำเนินงานในระดับมาก ส่วนอีก 4 ยุทธศาสตร์ มีการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง และผลการศึกษาการสร้างรูปแบบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีกระบวนการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กำหนดนโยบายในการขับเคลื่อน 2) ขับเคลื่อนงานโดยการบูรณาการทุกภาคส่วน 3) สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ 4) เสนอแนะและเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงาน และ5) ติดตามและประเมินผลงาน ซึ่งจากทดลองใช้รูปแบบดังกล่าวในพื้นที่อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้กรอบแนวคิดประเมินผล CIPP Model พบว่า สถานการณ์ปัญหาแอลกอฮอล์ในพื้นที่ลดลง ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตจากการดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**คำสำคัญ:** ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

## Abstract

The main objective of this Action research is to study implementation model of the strategic plan national alcohol policy under the cooperation mechanism of the district health board In Nakhon Si Thammarat province. The population used in the study is a purposive sampling of 50 people. Form district health board and stakeholder to implement the alcohol policy strateg in Lansaka district. Data collection started on August, 2023 and ended on March 2024 in to 4 phase. by questionnaires focus group and non-participatory observation recording. Data analysis Descriptive statistics, percentages, means, and Wilcoxon signed-rank test

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
[2] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช

The study found that Overall alcohol problem situation in Nakhon Si Thammarat province is at a moderate level. Implementation of the national policy strategy is at a moderate level. Study of the Implementation model of the strategic plan national alcohol policy under the cooperation mechanism of the district health board there is a 5 step process: 1.Establish policies for operations. 2.Operates by integrating all sectors. 3.Sopport cooperation. 4.Suggestions and mentoring in operations and 5. Follow up and evaluate. Results of evaluating the use of model according to the CIPP concept framework. The alcohol problem situation in the area has decreased. Inputs, processes, and Product from operations increased.
**Keywords:** Strategic Plan National Alcohol Policy, District Health Board

**บทนำ**

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญทั้งในประเทศ และต่างประเทศ จากรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทยปี 2564 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีนักดื่มปัจจุบันหรือผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือน จำนวนเกือบ 16 ล้านคน โดยมีแนวโน้มที่ลดลงเพียงร้อยละ 0.41 เมื่อเปรียบเทียบกับ ปี 2560 โดยประชากรชายประมาณ 6 ล้านกว่าคนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำทุกสัปดาห์ และยังพบอีกว่าเยาวชนไทยเกือบ 2 ล้านคน เป็นนักดื่มหน้าใหม่ อายุเฉลี่ยของการดื่มครั้งแรกของนักดื่มปัจจุบันอยู่ที่ 20.43 ปี โดยอายุตอนเริ่มดื่มที่ต่ำสุดคือ 8 ปี โดยในภาคใต้มีนักดื่มปัจจุบันในสัดส่วน ร้อยละ 16.66[10] จังหวัดนครศรีธรรมราช จากรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด ปี 2564 มีคะแนนดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัด 0.335 อยู่อันดับ 72 ของประเทศ ความชุกของนักดื่มในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 21.4 โดยมีสัดส่วนของนักดื่มประจำ ร้อยละ 39.2 และยังพบว่าสัดส่วนปัญหาการดื่มในนักดื่มผู้ใหญ่ของการดื่มแล้วขับ ร้อยละ 28.4 และมีความชุกของการได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุทางถนนจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 0.3[5] พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ถือเป็นปัจจัยหลักที่องค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่เป็นสาเหตุสำคัญส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อ โดยมีการประมาณการณ์ผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ที่มีสาเหตุจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 9.00[7]นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน โดยจากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บในปี 2558 พบว่าสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนบ่อยครั้งมาจากพฤติกรรมการขับขี่ยวดยานพาหนะในขณะที่มีอาการมึนเมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติด[9]

การป้องกันและควบคุมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยถือว่ามีการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากการมียุทธศาสตร์ระดับชาติ คือ แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ. 2554-2563 ที่มีการแปลงแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ไปสู่แผนปฏิบัติการ แบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) การควบคุมการเข้าถึงทางเศรษฐศาสตร์และทางกายภาพ 2) การปรับเปลี่ยนค่านิยม และลดแรงสนับสนุนการดื่ม 3) การลดอันตรายของการบริโภค 4) การจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ และ 5) การพัฒนากลไกการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็ง[8] และในปี 2565 เพื่อให้การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดำเนินงานอย่างมีเอกภาพและมีส่วนร่วม ให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง จึงได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565 - 2570) ประกอบด้วย 7 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) ควบคุมและจำกัด

การเข้าถึง 2) ควบคุมพฤติกรรมการขับขี่หลังการดื่ม 3) คัดกรองและบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาจากสุรา 4) ควบคุมการโฆษณา ส่งเสริมการขาย และการให้ทุนอุปถัมภ์ 5) ขึ้นราคาผ่านระบบภาษี 6) สร้างค่านิยมเพื่อลดการดื่ม และ 7) ระบบสนับสนุนและบริหารจัดการที่ดี[3] ซึ่งสาระสำคัญยังคงยึดตามแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ. 2554-2563 มีการปรับเปลี่ยนบางส่วน แต่วิกฤตปัญหาดังกล่าวในประเทศไทยก็ยังคงมีทิศทางลดลงเพียงเล็กน้อย ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนได้ว่ามาตรการและการดำเนินการต่างๆ ที่ดำเนินการเพื่อควบคุมป้องกันที่ผ่านมาไม่อาจตอบสนองต่อวิกฤตปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดังกล่าวได้ ประกอบกับการดำเนินงานขับเคลื่อนตามแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติในระดับพื้นที่ยังมีการดำเนินการที่ไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน ขาดการติดตามประเมินผล และไม่ครอบคลุมทุกมิติทุกพื้นที่เท่าที่ควร

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า รูปแบบต่างๆ ที่นำมาประยุกต์เพื่อจัดการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น มีการจัดการทั้งในระดับนโยบาย องค์กร ภาครัฐ ชุมชน แต่ยังขาดการมีส่วนร่วมและการเชื่อมโยงจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ภาครัฐ และเอกชน ซึ่งการจัดการปัญหาดังกล่าวเพื่อให้เกิดความยั่งยืนนั้นควรมีการประสานงานเชื่อมโยงกันระหว่างบุคคล ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรภาครัฐ/เอกชน เป็นสิ่งที่องค์การอนามัยโลกได้สนับสนุนให้มีการจัดการโดยให้ทุกภาคส่วนร่วมมือ[15]

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เกิดจากการแต่งตั้งตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ เป็นไปในทิศทาง ยุทธศาสตร์ และเป้าหมาย อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่าง หน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วม ของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเป็นเจ้าของร่วมกัน ในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน[2] โดยมีการศึกษาของรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคระกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11 ตามแนวทาง UCCARE แต่ยังไม่มีการทดลองใช้รูปแบบดังกล่าว[4] และนอกจากนี้มีการศึกษาพัฒนารูปแบบการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี กรณีศึกษาอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม โดยใช้ภาคีเครือข่ายของการดำเนินงานที่เป็นต้นทุนทางสังคมในพื้นที่ 3 ภาคส่วน ได้แก่ ภาควิชาการ ภาคประชาชน และภาครัฐ ซึ่งมีลักษณะโครงสร้างใกล้เคียงกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่า การบูรณาการทำงานร่วมกันทั้ง 3 ภาคส่วน ทำให้พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนลดลง แนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุเมาแล้วขับ และการทะเลาะวิวาทในชุมชนลดลง มีบุคคลต้นแบบงดเหล้าตลอดพรรษา และเลิกเหล้าตลอดชีวิต ประชาชนและผู้ส่วนได้ส่วนเสียมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานร้อยละ 92 [13]

ผู้วิจัยเห็นว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นกลไกสำคัญที่จะเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติให้สามารถมีการดำเนินงานได้ ซึ่งหากสามารถศึกษาวิจัยสร้างรูปแบบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีแนวทางปฏิบัติชัดเจน มาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายให้ทุกพื้นที่ดำเนินการจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ จะทำให้จังหวัดนครศรีธรรมราช

ลดปัญหาหรือผลกระทบที่มีจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงได้

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา และการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. เพื่อสร้างรูปแบบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช

**วิธีการศึกษา**

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ท ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) วางแผน 2) ปฏิบัติการ 3) สังเกตการณ์ 4) การสะท้อนการปฏิบัติ มุ่งศึกษาการสร้างรูปแบบการดำเนินงานภาพรวมตามนโยบายยุทธศาสตร์แอลกอฮอล์ระดับชาติ (พ.ศ. 2554-2563) ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) การควบคุมการเข้าถึงทางเศรษฐศาสตร์ และทางกายภาพ 2) การปรับเปลี่ยนค่านิยม และลดแรงสนับสนุนการดื่ม 3) การลดอันตรายของการบริโภค 4) การจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ 5) การพัฒนากลไกการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็ง[8] ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามกรอบอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ[2] และกรอบแนวคิดการประเมินผล CIPP Model ของสตัฟเฟิลบีม[16]

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 50 คน ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ในพื้นที่อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม แนวคำถามสนทนา และแบบบันทึกสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วน โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำเอากรอบแนวทางการประเมินการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด ของศูนย์วิจัยปัญหาสุรา และแนวทางการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ[12] มาปรับใช้เป็นข้อคำถามในลักษณะปลายเปิด ปลายปิด และเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยมีตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และได้ทำการทดสอบใช้เครื่องมือ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติและบริบทใกล้เคียงกับประชากรที่ศึกษาในพื้นที่จังหวัดพัทลุง จำนวน 30 คน ซึ่งแบบสอบถามเพื่อศึกษาข้อมูลสถานการณ์ปัญหา และการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ มีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.98 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient) เท่ากับ 0.86 แบบสอบถามเพื่อศึกษาประเมินผลการใช้รูปแบบดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเท่ากับ 0.99 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.95 แนวคำถามสนทนากลุ่ม ในการสร้างรูปแบบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อเท่ากับ 0.90 และแบบบันทึกสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อเท่ากับ 1

**วิธีการเก็บรวมรวบข้อมูล**

การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย แบ่งออก เป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาข้อมูลสถานการณ์ปัญหา และการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้ง 23 อำเภอ จำนวน 230 คน ด้วยแบบสอบถามในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2566

ระยะที่ 2 เป็นการศึกษาแนวทางการสร้างรูปแบบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่มจากตัวแทนภาครัฐ เอกชน และประชาชน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดและอำเภอ จำนวน 12 คน ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2566

ระยะที่ 3 เป็นการศึกษาแบบการติดตามสังเกตการณ์ การใช้รูปแบบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะขออนุญาตพื้นที่ในการเข้าไปร่วมสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมหรือดำเนินการที่เกี่ยวกับการใช้รูปแบบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567

ระยะที่ 4 เป็นการศึกษาประเมินผลการใช้รูปแบบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ มีการเก็บข้อมูลจำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ก่อนใช้รูปแบบในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 และครั้งที่ 2 หลังใช้รูปแบบในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 จากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ ในพื้นที่อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 50 คน ด้วยแบบสอบถาม

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลสถานการณ์ปัญหา และการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และในส่วนผลการประเมินการใช้รูปแบบเปรียบเทียบก่อนและหลัง ใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test ในการอธิบายบรรยาย สรุปผลการวิจัย และในส่วนของข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

**ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม** การวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมสังคมและการวิจัยเชิงทดลองในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 037/2566 วันที่ 26 กรกฎาคม 2566 โดยในกระบวนการวิจัย ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย และมีการลงนามในเอกสารยินยอมการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัย

## ผลการศึกษา

### 1. สถานการณ์ปัญหา และการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ

จากการศึกษาข้อมูลสถานการณ์ปัญหา และการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 230 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.50 อยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 41.70 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 62.60 ประกอบอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 58.30 โดยเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ร้อยละ 77.40 มีประสบการณ์เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ≤ 2 ปี ร้อยละ 38.70 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาได้เข้าร่วมประชุม ร้อยละ 95.20 และทราบรายละเอียดของแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติพอประมาณ ร้อยละ 58.70 โดยสามารถสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

ข้อมูลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า

ส่วนใหญ่ มีการประชุมของคณะกรรมการ จำนวน 1-2 ครั้ง ร้อยละ 65.70 ประเด็นที่มีการขับเคลื่อนเป็นอันดับ 1 คือ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 40 เนื่องจากในปีงบประมาณ 2565 เขตสุขภาพที่ 11 มีนโยบายให้ทุกพื้นที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ประเด็นรองลงมา คือ ยาเสพติด ร้อยละ 17.40 และรองลงมา คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และขยะ ร้อยละ 13.00 เท่ากัน ซึ่งทั้ง 3 ประเด็นเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อพื้นที่ และในส่วนการพิจารณาคัดเลือกประเด็นเกี่ยวกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาเป็นประเด็นหลักในการขับเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีเพียง 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอขนอม อำเภอร่อนพิบูลย์ และอำเภอช้างกลาง โดยส่วนใหญ่คิดว่าปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาในพื้นที่ ร้อยละ 58.70 แต่ยังไม่ใช่ปัญหาที่สำคัญในลำดับต้น ๆ ของพื้นที่ ทำให้หลายพื้นที่ยังไม่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอำเภอ ร้อยละ 73.30 โดยพื้นที่มีและไม่มีแผนปฏิบัติการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 49.60 และร้อยละ 50.40 และส่วนใหญ่คิดว่าการดำเนินการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ที่ผ่านมายังไม่ประสบความสำเร็จ ร้อยละ 37.40 และไม่มีการดำเนินการเป็นรูปธรรมชัดเจน ร้อยละ 26.10

ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาแอลกอฮอล์ในพื้นที่ภาพรวมของจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาแยกรายข้อ ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยสถานการณ์ปัญหาแอลกอฮอล์ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่าน รองลงมา คือ ประชาชนอายุ 15-19 ปีที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และประเด็นที่ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ประชาชนที่มีการดื่มเครื่องดื่มสุรานอกระบบภาษี (สุราเถื่อน) ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ข้อมูลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติในพื้นที่ ในภาพรวมของจังหวัดนครศรีธรรมราช มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M= 60.46, SD = 11.39) โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ข้อ พบว่า ยุทธศาสตร์ที่ 4 การจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในพื้นที่มีการดำเนินงานในระดับมาก (M= 13.70, SD = 3.37) ส่วนอีก 4 ยุทธศาสตร์มีการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง

**2. รูปแบบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ**

ผลการศึกษารูปแบบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีผลดังนี้

1. การสร้างรูปแบบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ด้วยกระบวนการสนทนากลุ่มจากตัวแทนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ที่มาจากภาครัฐ เอกชน และประชาชน โดยการคืนข้อมูลสถานการณ์ปัญหาแอลกอฮอล์ และการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราชที่ผ่านมา และชวนระดมความคิดในการสร้างรูปแบบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามกรอบอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีรูปแบบกระบวนการ ดังนี้

1) กำหนดนโยบายในการขับเคลื่อน มี 3 ขั้นตอน คือ (1) การจัดทำข้อมูลสถานการณ์ปัญหาแอลกอฮอล์ของพื้นที่ (2) คืนข้อมูลปัญหาให้พื้นที่ทั้งระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด ทราบเพื่อให้เห็นความสำคัญของปัญหา (3) ผลักดันปัญหาแอลกอฮอล์เข้าเป็นวาระการขับเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับอำเภอ และใช้ข้อสั่งการจากคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์จังหวัดให้พื้นที่มีการขับเคลื่อนงานโดยมีการกำหนดแนวทางอย่างชัดเจน

2) ขับเคลื่อนงานโดยการบูรณาการทุกภาคส่วน ด้วยการจัดประชุมสร้างความเข้าใจเกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ แนวทางการปฏิบัติในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบทบาทหน้าที่ ให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน ทราบ

3) สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ โดยจัดทำข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ในการดำเนินการยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน

4) เสนอแนะและเป็นพี่เลี้ยง แต่งตั้งคณะทำงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของอำเภอ จัดทำแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ของอำเภอ จำนวน 4 แผนงาน ได้แก่ (1) ควบคุมการจำหน่ายของสถานที่จำหน่าย และการเข้าถึงของเยาวชน (2) ส่งเสริมให้ความรู้ถึงโทษและพิษภัยของแอลกอฮอล์กับประชาชน และมีกิจกรรมรณรงค์สร้างกระแส ลด ละ เลิก (3) พัฒนาระบบคัดกรองการบำบัดรักษา และเฝ้าระวังพฤติกรรมเมาแล้วขับ (4) สนับสนุนการสร้างชุมชนต้นแบบปลอดเหล้า ด้วยหลัก “บวร” บ้าน วัด โรงเรียนและสถานที่ราชการ และจะมีการขยายเครือข่ายให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

5) ติดตามและประเมินผลงาน มีการดำเนินการ 2 ระดับ (1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรายงานผลการดำเนินงานทุกเดือนกับคณะทำงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของอำเภอ (2) คณะทำงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของอำเภอ รายงานสรุปผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอทราบทุกไตรมาส

2. กระบวนการใช้รูปแบบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผู้วิจัยได้มีการนำเอารูปแบบดังกล่าวทดลองใช้ในพื้นที่อำเภอลานสกา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีต้นทุนในการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเครือข่ายดำเนินการงานลดปัจจัยเสี่ยงฯ เหล้า สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) อยู่แล้ว ประกอบประเด็นการขับเคลื่อนงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอลานสกาในแผนปีงบประมาณ 2566-2567 เป็นเรื่องของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยาเสพติด และอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งสาเหตุของปัญหาดังกล่าวส่วนหนึ่งมาจากแอลกอฮอล์ด้วย โดยผู้วิจัยได้มีการนำเสนอรูปแบบให้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอทราบ และได้กำหนดเป็นประเด็นการขับเคลื่อนของอำเภอเพิ่มเติมในปีงบประมาณ 2567 ซึ่งเริ่มมีการดำเนินงานใช้รูปแบบดังกล่าวตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 ถึงมีนาคม 2567 ซึ่งผลจากการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมของผู้วิจัยพบว่า (1) การกำหนดนโยบายเอาปัญหาแอลกอฮอล์ในการขับเคลื่อน ในช่วงแรก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอยังไม่ให้ความสำคัญเท่าที่ควร แต่พอได้รับทราบถึงข้อมูลสถานการณ์ปัญหาแอลกอฮอล์ที่ทางสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนำเสนอ ก็มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น จนเกิดมติเห็นควรให้มีการกำหนดเป็นประเด็นขับเคลื่อน (2) การขับเคลื่อนงานโดยการบูรณาการทุกภาคส่วน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ให้ความสนใจในการเข้าร่วมประชุมรับฟังการชี้แจงแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ แนวทางการปฏิบัติในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนบทบาทหน้าที่ (3) การสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาร่วมลงนามจัดทำข้อตกลงความร่วมมือ ทุกภาคส่วน (4) การเสนอแนะและบทบาทพี่เลี้ยง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตมีความคิดเห็นให้ มีการแต่งตั้งคณะทำงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของอำเภอ โดยมีการเสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องแจ้งมอบหมายบุคคลมาเป็นตัวแทนคณะทำงานทั้งระดับอำเภอ และระดับตำบล ส่วนการจัดทำแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ของอำเภอ ทั้ง 4 แผนงาน มีการมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการแล้วส่งมาให้คณะทำงานควบคุม

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของอำเภอดำเนินการรวบรวมและแจ้งต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอทราบ (5) การติดตามและประเมินผล นายอำเภอกำหนดให้มีการสรุปผลการดำเนินงานในเวทีของการประชุม และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละแผนปฏิบัติการมีการรายงานผลการดำเนินงาน

3. ผลการใช้รูปแบบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดการประเมินผล CIPP Model โดยการใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ในพื้นที่ จำนวน 50 คน ก่อนและหลังใช้รูปแบบ มีผลการศึกษาดังนี้

1) การประเมินด้านบริบท (Context evaluation) ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาแอลกอฮอล์ของพื้นที่อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า สถานการณ์ในภาพรวมก่อนการทดลองใช้รูปแบบอยู่ในระดับน้อย โดยพบว่า สถานการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป และประชาชนอายุ 15-19 ปี ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.68 (SD = 0.84) และ 2.44 (SD = 0.78) มีประชาชนที่เป็นนักดื่มประจำ ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.44 (SD = 0.78) และมีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ ในระดับปานกลาง 2.06 (SD = 0.95) ซึ่งหลังจากการใช้รูปแบบพบว่า ผลการประเมินสถานการณ์ปัญหาแอลกอฮอล์ในพื้นที่มีลดลงจากก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2. การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input evaluation) ในการขับเคลื่อนงานตามยุทธศาสตร์แอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอลานสกา ก่อนมีการใช้รูปแบบ ยังไม่มีการผลักดันปัญหาแอลกอฮอล์เข้าเป็นวาระการขับเคลื่อนของอำเภอ ไม่มีการแต่งตั้งคณะทำงานคณะทำงานเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ และการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานค่อนข้างน้อยมาก โดยผลการประเมินภาพรวมของปัจจัยนำเข้าอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อการนำรูปแบบมาใช้ พบว่า มีการกำหนดประเด็นปัญหาแอลกอฮอล์ในการขับเคลื่อนงาน มีการแต่งตั้งคณะทำงาน มีการสนับสนุนให้ใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ และมีทีมเครือข่ายองค์กรงดเหล้าของ สสส. เข้ามาเป็นพี่เลี้ยงในการขับเคลื่อนงาน ซึ่งหลังจากการใช้รูปแบบพบว่า ผลการประเมินปัจจัยนำเข้าในการดำเนินงานในพื้นที่เพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3. การประเมินกระบวนการ (Process evaluation) การขับเคลื่อนงานตามยุทธศาสตร์แอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอลานสกา ก่อนการนำรูปแบบมาใช้ มีระบบเฝ้าระวัง และจัดการการกระทำความผิดตาม พรบ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2561 ของผู้ประกอบการโดยมีการบูรณาการร่วมระหว่างเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง สาธารณสุข และตำรวจ แต่จะดำเนินการเฉพาะในช่วงเทศกาล มีกิจกรรมรณรงค์สร้างกระแสเชิญชวนให้ลด ละ เลิกเครื่องดื่มเป็นครั้งคราวช่วงวันเข้าพรรษา มีผลการประเมินของกระบวนการในภาพรวม อยู่ระดับปานกลาง หลังการใช้รูปแบบพบว่า มีการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาแอลกอฮอล์ในพื้นที่กำหนดเป็นนโยบายของอำเภอ และมีการจัดทำแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ของอำเภอ โดยมีการบูรณาการการทำงานทุกภาคส่วน ซึ่งผลประเมินกระบวนการดำเนินงานในพื้นที่หลังมีการใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

4. การประเมินผลผลิต (Product evaluation) ก่อนการใช้รูปแบบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

พบว่า ผลการประเมินในส่วนที่กำหนดเป็นผลผลิตของการดำเนินงานภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยหลังจากการใช้รูปแบบ เกิดผลผลิตที่เห็นได้ชัดเจน คือ อำเภอลานสกามีการประกาศใช้นโยบาย วัด โรงเรียน สถานที่ราชการปลอดเหล้า 100% เกิดชุมชนต้นแบบปลอดเหล้าตามหลัก “บวร” ในพื้นที่ตำบลกำโลน มีการคัดกรองผู้ดื่มเครื่องแอลกอฮอล์ในการคัดกรองสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นโดยหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ โรงพยาบาลลานสกามีการให้บริการคลินิกเลิกเหล้า มีการขับเคลื่อนงานตามแผนปฏิบัติการของอำเภอ และมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานทุกไตรมาส โดยผลการประเมินผลผลิตจากการดำเนินงานในพื้นที่เพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 รายละเอียดดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ผลการเปรียบเทียบผลการประเมินการใช้รูปแบบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามกรอบแนวคิดการประเมินผล CIPP Model จากกลุ่มตัวอย่าง (n=230)

| ตัวแปร | Mean | SD | t | p-value |
|---|---|---|---|---|
| **ด้านบริบท (Context evaluation)** | | | | |
| ก่อนใช้รูปแบบ | 20.42 | 6.28 | -5.927 | .000 |
| หลังใช้รูปแบบ | 16.82 | 3.94 | | |
| **ปัจจัยนำเข้า (Input evaluation)** | | | | |
| ก่อนใช้รูปแบบ | 17.46 | 6.33 | -6.049 | .000 |
| หลังใช้รูปแบบ | 25.10 | 2.29 | | |
| **กระบวนการ (Process evaluation)** | | | | |
| ก่อนใช้รูปแบบ | 24.80 | 9.82 | -5.973 | .000 |
| หลังใช้รูปแบบ | 34.20 | 5.37 | | |
| **ผลผลิต (Product evaluation)** | | | | |
| ก่อนใช้รูปแบบ | 36.14 | 8.63 | -5.909 | .000 |
| หลังใช้รูปแบบ | 44.42 | 5.70 | | |

**สรุปและอภิปรายผล**

1. สถานการณ์ปัญหาแอลกอฮอล์ในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช ภาพรวมมีปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง โดยสถานการณ์ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดแต่ก็ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง และมีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องผลการสำรวจพฤติกรรมการสำรวจด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 จากรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด พ.ศ. 2564[5] ที่พบว่าจังหวัดนครศรีธรรมราช มีอัตราความชุกของนักดื่มในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 21.40 และมีค่าดัชนีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์อยู่ที่ 0.335 โดยในส่วนของสถานการณ์การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยในรายยุทธศาสตร์ส่วนใหญ่มีการดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์แอลกอฮอล์ระดับชาติของวรานิษฐ์ ลำไย, เชษฐ รัชดาพรรณาธิกุล และผ่องพรรณ ภะ[6] ที่พบว่า ผลการดำเนินงานโดยภาพรวมของหน่วยงานต่างๆ ดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบชัดเจน แต่ขาดการประสานเชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยงาน ไม่มีมาตรการเชิงระบบที่มาบริหารจัดการ เชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่ในส่วนของยุทธศาสตร์ที่ 4

การจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในพื้นที่ของจังหวัดนครศรีธรรมราช มีการดำเนินงานได้ในระดับมาก เนื่องจากเป็นการดำเนินการในระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ชุมชน ซึ่งเป็นขนาดที่เล็กลงมา สามารถประสานงานหรือการบูรณาการงานร่วมกันได้สะดวก และเข้าใจบริบทของพื้นที่ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เช่น งานบุญปลอดเหล้า การรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา จัดธรรมนูญสุขภาพ มีชุมชนปลอดเหล้าต้นแบบที่ขับเคลื่อนงานร่วมกับเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงฯจากเหล้าของ สสส. ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์แอลกอฮอล์ระดับชาติของวรานิษฐ์ ลำไย, เชษฐ รัชดาพรรณาธิกุล และผ่องพรรณ ภะโว[6] เช่นเดียวกัน ที่พบว่า ทุกจังหวัดมีการขับเคลื่อนขยายผลชุมชน/ หมู่บ้าน/ตำบลต้นแบบในการจัดการปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขยายพื้นที่งานประเพณีปลอดเหล้าให้ครอบคลุมได้

2. รูปแบบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ได้พัฒนาขึ้นมาโดยยึดเอาอำนาจหน้าที่และบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามกฎหมายในการขับเคลื่อนงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ซึ่งกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นศูนย์กลางของการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยภาครัฐเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบหรือเกี่ยวข้องในการดำเนินงานโดยตรง ภาคเอกชนเป็นผู้ที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมาย เป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียจากการดำเนินงาน และภาคประชาชนที่มีส่วนสำคัญในการดำเนินงานและเป็นผู้ได้รับผลกระทบจากดำเนินงาน ซึ่งรูปแบบดังกล่าวเป็นการสร้างความมีส่วนร่วมในการทำงาน จะเห็นได้ว่าหลังการมีการใช้รูปแบบมีการจัดทำข้อมูลวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาแอลกอฮอล์ และคืนข้อมูลให้พื้นที่รับทราบถึงขนาดของปัญหา นำไปสู่การกำหนดปัญหาเป็นประเด็นในการขับเคลื่อนพร้อมทั้งมีแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุธาทิพย์ ศรีหิรัญ[11] ที่พบว่า การวิเคราะห์สาเหตุหลักของปัญหานำไปสู่การแก้ไขปัญหาและการสนับสนุนจากชุมชน โดยปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลในหลายมิติ และมีความจำเป็นที่ต้องแก้ไขโดยคนในชุมชน เพื่อให้ปัญหาที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนลดลง หลังจากกำหนดประเด็นในการดำเนินงาน มีการจัดประชุมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ แนวทางการปฏิบัติในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บทบาทหน้าที่ และจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเป็นการสร้างความมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจนเกิดผลลัพธ์ที่ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของกานต์นะรัตน์ จรามร, นัทวดี เนียมนุ้ย และไพโจรน์ เสาน่วม[1] ที่พบว่า กิจกรรมประชุมชี้แจงการดำเนินงาน และการขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานตามแผนงานกิจกรรม ส่งผลให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีความเข้มแข็ง ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความกระตือรือร้นที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และสุดท้ายมีทีมพี่เลี้ยงโดยการแต่งตั้งคณะทำงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของอำเภอ ที่เป็นผู้ให้คำแนะนำและติดตามประเมินผลการดำเนินงานในระดับพื้นที่ ซึ่งจากกระบวนดังกล่าว ทำให้ผลการประเมินหลังการใช้รูปแบบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามแนวคิดการประเมินผล CIPP Model พบว่า สถานการณ์ปัญหาแอลกอฮอล์ในพื้นที่มีลดลง ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตจากการดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**ข้อเสนอแนะ**

**ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งนี้**

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยที่มีผลความสำเร็จในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์แอลกอฮอล์ระดับชาตินั้น ต้องอาศัยการทำงานแบบพหุภาคี ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน

ด้วยกระบวนการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมินผล แต่ผลการศึกษาพบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวแผนยุทธศาสตร์แอลกอฮอล์ระดับชาติอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นหน่วยงานส่วนกลาง ควรมีการประชาสัมพันธ์หรือสร้างช่องทางในการสร้างเข้าใจเกี่ยวกับแผนยุทธศาสตร์แอลกอฮอล์ระดับชาติหรือแผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติเพิ่มมากขึ้น และควรส่งเสริมให้มีการนำรูปแบบการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ไปปรับใช้กับพื้นที่อำเภออื่น ๆ และมีการทบทวน เพื่อปรับปรุงพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับแต่ละบริบทมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายในการดำเนินงานลำดับต่อไป

**ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป**

1. การศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาในการทดลองใช้รูปแบบและมีการประเมินผลในระยะ 6 เดือน อาจทำให้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นยังไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน ควรเพิ่มระยะเวลาในการทดลองใช้รูปแบบอย่างน้อย 1 ปี

2. การศึกษาบริบทของสถานการณ์ปัญหาแอลกอฮอล์ของพื้นที่ควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณเพิ่ม ได้แก่ อัตราความชุก และพฤติกรรมการบริโภคเครื่องแอลกอฮอล์ อัตราความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อจะได้นำข้อมูลไปสู่การวางแผนกำหนดมาตราการแก้ปัญหาได้ตรงประเด็นมากขึ้น

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอออล์ ทั้งในระดับจังหวัด และอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอทุกแห่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้อย่างดียิ่ง และขอขอบคุณกองบรรณาธิการวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ที่ให้โอกาสผู้วิจัยนำข้อมูลวิจัยมาเผยแพร่ในวารสาร

**เอกสารอ้างอิง**

1.กานต์นะรัตน์ จรามร, นัทวดี เนียมนุ้ย และไพโจรน์ เสาน่วม. การพัฒนารูปแบบการดำ เนินงาน ที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560;2:268-276.

2.กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนากยกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561. นนทบุรี: ม.ป.ท.: 2561

3.นิพนธ์ ชินานนท์เวช และคณะ. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565 - 2570). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2559

4.นงเยาว์ ชิลวรรณ์ และซอฟียะห์ นิมะ. รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ภายใต้ลไกความร่วมมือของคระกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า 2564;2:1-17.

5.พลเทพ วิจิตรคุณากร. รายงานสถานการณ์ การบริโภคแอลกอฮอล์รายจังหวัด พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ:สหพัฒนาการพิมพ์; 2565

6.วรานิษฐ์ ลำไย, เชษฐ รัชดาพรรณาธิกุล และผ่องพรรณ ภะโว. การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์แอลกอฮอล์ระดับชาติ (2554-2563). วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย. 2564;1:62-78.

7.วิชญ์ เกษมทรัพย์ และคณะ. โครงการศึกษาวิเคราะห์ช่องว่างงานวิจัยด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. ม.ป.ท.: 2556

8.ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอออล์ระดับชาติ. นนทบุรี: บริษัท เดอ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; ม.ป.ป.
9.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2560. นครปฐม: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2560
10.สาวิตรี อัญญางค์กรชัย. รายงานสถานการณ์ การบริโภคแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี พ.ศ. 2564.กรุงเทพฯ: สหพัฒนาการพิมพ์; 2565
11.สุธาทิพย์ ศรีหิรัญ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ม.ป.ท.: 2558
12.สุรศักดิ์ ไชยสงค์, โศภิต นาสืบ, กมลพัฒน์ มากแจ้ง และคณะ. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. คู่มือการประเมินการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด(Handbook for Evaluation of Provincial Alcohol Control) สงขลา: ม.ป.ท.: 2562
13.สมพงษ์ จันทร์ขอนแก่น. การศึกษาพัฒนารูปแบบการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี กรณีศึกษาอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2560;3:30-41
14.อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว, พลเทพวิจิตรคุณากร และสาวิตรี อัญญางค์กรชัย. ข้อเท็จจริงและตัวเลข: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. สงขลา. ม.ป.ท.: 2559
15.อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs ฉบับที่ 2 Kick off to the goals. นนทบุรี; 2558
16.Stufflebeam DL and Zhang G. The CIPP evaluation model: how to evaluate for improvement and accountability. Guilford Publications. 2017

# ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณน้ำหวานกับการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

# The Relationship between Concentrated Syrup Quantity with Blood Sugar Level of Hypoglycemia in Patients with Type II Diabetes Mellitus.

(Received: April 8,2024 ; Revised: April 26,2024 ; Accepted: April 27,2024)

**ณีรนุช วงค์เจริญ[1], พัชรินทร์ ไชยบาล[1*], ทัพพ์ขวัญ ศรีรัตยาวงค์[1], วิชานีย์ ใจมาลัย[1], พรทิพย์ ปาอิน[1], พิมพ์ใจ ลังการ์พินธุ์[1]**

**Neeranuch Wongcharoen[1], Patcharin Chaibarn[1*], Thapkhwan Srirattayawong[1], Wichanee Jaimalai[1], Porntip Pa-in[1], Pimjai Lungkarpin[1]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณน้ำหวาน และปัจจัยร่วมที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระหว่าง 55-70 มก./ดล. จำนวน 34 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ น้ำหวานชนิดเข้มข้นปริมาณ 30 ซีซี ผสมน้ำเปล่า ปริมาณ 70 ซีซี และการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว ณ จุดดูแลผู้ป่วย หลังการได้รับน้ำหวาน 2 ครั้งที่เวลา 15 นาที และ 1 ชั่วโมง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และหาขนาดความสัมพันธ์โดยใช้ Odds ratio (OR)

ผลการศึกษา พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มขึ้นหลังได้รับน้ำหวาน 15 นาที และ 1 ชั่วโมง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 48.62 และ 106.62 มก./ดล. ตามลำดับ ดังนั้นน้ำหวานชนิดเข้มข้น 1 ซีซี จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าเพิ่มขึ้นเฉลี่ยเท่ากับ 1.62 และ 3.55 มก./ดล. ตามลำดับ โดยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยหลังได้รับน้ำหวาน 1 ชั่วโมงที่มากกว่าหรือเท่ากับ 180 มก./ดล. เท่ากับร้อยละ 38.20 ส่วนปัจจัยร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความเสี่ยงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับน้ำหวาน 1 ชั่วโมง มากกว่าหรือเท่ากับ 180 มก./ดล. ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคติดเชื้อ มีความเสี่ยงสูงขึ้น 4.306 เท่า (OR=4.306, 95%CI=1.066-17.389, p<.05) โรคหัวใจมีความเสี่ยงสูงขึ้น 0.232 เท่า (OR=0.232, 95%CI=0.058-.938, p<.05) และโรคไตวายเรื้อรังมีความเสี่ยงสูงขึ้น 0.131 เท่า (OR=0.131, 95%CI=0.026-.647, p<.05)

**คำสำคัญ:** น้ำหวาน, ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

**Abstract**

This quasi-experimental research, one-group pretest-posttest design, aimed to investigate the relationship between concentrated syrup quantity with the blood sugar level of hypoglycemia and co-factors affecting changes in blood sugar levels in type II diabetic mellitus patients (T2DM). Data were collected from 34 patients with type II diabetes mellitus by administering 30 ml concentrated syrup dose mixed with 70 ml of water to T2DM patients with blood sugar level between 55 and 70 mg/dl and then testing the blood sugar level twice, once after 15 minutes and once after an hour at the point of care testing. The data were analyzed using descriptive statistics, and crude odds ratio.

The findings revealed that the mean score of the blood sugar level after 15 minutes and 1 hour of receiving concentrated syrup were at 48.62 and 106.62 mg/dl respectively. It was clearly seen that the concentrated syrup of 1 cc made the blood sugar level higher at the average of 1.62 and 3.55 mg/dl and the blood sugar level of the patients after an hour of receiving concentrated syrup at higher or equal to 180 mg/dl or equivalent to 38.20%. The factor affecting the diabetics having the blood sugar level after an hour of receiving concentrated syrup higher or equal to 180 mg/dl was the type II diabetic mellitus patient with

[1] อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา Corresponding author Email: patcharin.ch@up.ac.th

infectious disease, heart disease and chronic renal disease who had 4.306, 0.232 and 0.131 times of the higher risk (p<.05) respectively.

**Keywords:** Concentrated Syrup, Hypoglycemia, Type II Diabetes Mellitus

**บทนำ**

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Diabetes Mellitus Type II) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Diseases (NCDs)) ที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุข และเป็น 1 ใน 10 สาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย ซึ่งอัตราตายด้วยโรคเบาหวานของประเทศไทยในปี 2560 เท่ากับ 23.36 ต่อแสนประชากร[1] องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเพิ่มจำนวนสูงถึง 300 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2025[2] ลักษณะอาการสำคัญของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือ เซลล์กล้ามเนื้อลายและเซลล์ไขมันของผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลิน ซึ่งปกติจะนำน้ำตาลกลูโคสไปสลายเป็นแหล่งพลังงาน จึงเป็นผลให้น้ำตาลเหล่านั้นสะสมในกระแสเลือดเป็นเวลานาน[3,4] ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสูงในกระแสเลือดเป็นเวลานาน จึงเป็นสาเหตุที่นำไปสู่โรคเรื้อรังอื่น ๆ ตามมา เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการสูญเสียอวัยวะที่เกิดจากแผลติดเชื้อ เป็นต้น นอกจากนี้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ยังมีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่อาจรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตผู้ป่วยได้

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่เกิดในผู้ที่เป็นเบาหวาน ซึ่งมีสาเหตุมาจาก อายุ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การติดเชื้อ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง รวมถึงการมีโรคร่วม เช่น โรคหัวใจล้มเหลว โรคไตเรื้อรัง โรคตับ และผู้ที่ขาดฮอร์โมนคอร์ติซอลจากต่อมหมวกไต เป็นต้น[5,6] รวมถึงยาที่ใช้ในการรักษาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด[7] การวินิจฉัยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวานใช้เกณฑ์ 2 ข้อ ได้แก่ 1) มีระดับพลาสมากลูโคสที่ ≤70 มก./ดล. ทั้งนี้การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดที่ให้ผลถูกต้องเที่ยงตรงที่สุดเพื่อการวินิจฉัยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจะใช้การตรวจวัดระดับพลาสมากลูโคส และ 2) มีอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ อาการออโตโนมิค (Autonomic Symptom) ได้แก่ รู้สึกใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตซิสโตลิคสูง มือสั่น รู้สึกกังวล กระสับกระส่าย คลื่นไส้ รู้สึกร้อน เหงื่อออก ชา และรู้สึกหิว อาการดังกล่าวเป็นอาการเตือนก่อนที่จะมีอาการสมองขาดกลูโคสที่รุนแรงขึ้น และอาการสมองขาดกลูโคส (Neuroglycopenic Symptom) ได้แก่ อ่อนเพลีย อุณหภูมิกายต่ำ ผิวหนังเย็นและชื้น มึนงง สับสน ไม่มีสมาธิ ตาพร่ามัว พูดช้า เซื่องซึม เป็นอัมพาตครึ่งซีกร่างกาย หากอาการรุนแรงอาจชักหรือหมดสติ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ ๆ หลายครั้ง อาจมีอาการสมองขาดกลูโคส โดยไม่มีอาการออโตโนมิคนำมาก่อน[1] หากร่างกายเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแล้วไม่ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้องและรวดเร็ว จะมีผลทำให้สมองขาดพลังงานส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร หรือส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องเป็นภาระกับครอบครัว ในการดูแลระยะยาว และอาจเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังส่งผลด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วย จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีด มีความกลัวภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมากที่สุด[8]

ดังนั้น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจึงเป็นภาวะสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง ทั้งนี้สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยได้กำหนดแนวทางการรักษาและแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ 1) การรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับไม่รุนแรง-ปานกลาง ดังนี้

1) รับประทานคาร์โบไฮเดรตในปริมาณ 15 กรัม ได้แก่ กลูโคสเม็ด 3 เม็ด, น้ำส้มคั้น 180 มล. น้ำอัดลม 180 มล. น้ำผึ้ง 3 ช้อนชา ขนมปังปอนด์ 1 แผ่น นมสด 1 ถ้วย ข้าวต้มหรือโจ๊ก ½ ถ้วยชาม 2) ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดที่ 15 นาที 3) รับประทานคาร์โบไฮเดรตในปริมาณ 15 กรัม ซ้ำ ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดยังคง <70 มก./ดล. และ 4) ถ้าอาการดีขึ้นและการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำได้ผล >80 มก./ดล. ให้รับประทานอาหารต่อเนื่องทันทีเมื่อถึงเวลาอาหาร และ 2) การรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรง ดังนี้ 1) โดยบุคลากรการแพทย์หรือญาติผู้ป่วย: บริหารกลูคากอน (ถ้ามี) 1 มก. ฉีดเข้ากล้ามหรือใต้ผิวหนัง 2) โดยบุคลากรการแพทย์: เปิดหลอดเลือดดำ เก็บตัวอย่างเลือดดำเพื่อส่งตรวจเพิ่มเติมที่จำเป็น บริหารสารละลายกลูโคส 50% 10-20 มล.อย่างเร็ว ต่อด้วย 30-40 มล.ที่เหลือแล้วเปิดหลอดเลือดดำต่อเนื่องไว้ด้วย Heparin หรือ Saline Lock หรือ บริหารสารละลายเด็กซโตรส 5-10% หยดต่อเนื่องตามความเหมาะสม 3) ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดที่ 15 นาที และ 4) รักษาระดับน้ำตาลในเลือดที่ >80 มก./ดล.โดยปรับอัตราหยดสารละลายเด็กซโตรส[9]

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การให้การรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับไม่รุนแรง-ปานกลาง ขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลจะมีแนวทางการรักษาโดยจะให้ดื่มน้ำหวานเพื่อเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด ทั้งนี้ยังไม่พบการศึกษาหรือแนวทางของการให้น้ำหวานในปริมาณที่เหมาะสมกับระดับน้ำตาลในเลือดขณะที่ผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณน้ำหวานกับการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ว่าการให้ปริมาณน้ำหวานเข้มข้น 1 ซีซี จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจำนวนกี่มิลลิกรัมเปอร์เซนต์ (mg/dl) เพื่อที่จะนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อันจะช่วยในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณน้ำหวานกับการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

2. เพื่อศึกษาปัจจัยร่วมที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่ได้รับการรักษาด้วยการให้น้ำหวาน

**วิธีการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Designs) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง (The One-Group Pretest-Posttest Design) ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พักรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปง ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2565

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พักรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พักรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปง ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G power[10] กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างการวิจัยกึ่งทดลองใช้ขนาดอิทธิพล (effect size) ระดับกลาง เท่ากับ 0.05 ความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80[11] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 27 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20[12] เพื่อการป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง (drop-out rate) และความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม โดยคำนวณจากของกัปตาและคณะ[13] คิดเป็นจำนวน 7 คน ดังนั้น ใน

การศึกษาครั้งนี้จึงรวมตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 34 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) มีระดับกลูโคสในเลือดต่ำระดับ 1 (level 1) Glucose Alert Value เป็นภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่ไม่มีอาการ และมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 55-70 มก./ดล. 3) พักรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปง ระหว่างเดือนมิถุนายน 2564 - กุมภาพันธ์ 2565 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก 1) ผู้ป่วยมีประวัติแพ้น้ำหวาน 2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนไม่สามารถรับประทานน้ำหวานด้วยตัวเองได้ 3) ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่มีอาการและอาการแสดงทางคลินิกที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลต่ำที่รุนแรงขึ้น ได้แก่ ใจสั่น รู้สึกหิว รู้สึกร้อน เหงื่อออก มือสั่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันเลือดซิสโตลิคสูง รู้สึกกังวล คลื่นไส้ และชา อาการสมองขาดกลูโคส ได้แก่ อ่อนเพลีย มึนงง ปวดศีรษะ เป็นต้น

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัวอื่น โรคแทรกซ้อนที่เกิดร่วมกับโรคเบาหวาน ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และการรักษา (ยารับประทาน/ยาอินซูลินชนิดฉีด)

2. เครื่องมือที่ใช้ในดำเนินการวิจัย

2.1 น้ำหวานชนิดเข้มข้น เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำระดับ 1 (level 1) Glucose Alert Value ซึ่งเป็นภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่ไม่มีอาการและมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 55-70 มก./ดล. โดยมีหลักในการเตรียมน้ำหวาน ดังนี้ 1) ตวงน้ำหวานชนิดเข้มข้น ปริมาณ 30 ซีซี 2) ตวงน้ำเปล่า ปริมาณ 70 ซีซี และ 3) ผสมน้ำหวานชนิดเข้มข้น ปริมาณ 30 ซีซี และน้ำเปล่า ปริมาณ 70 ซีซี คนให้เข้ากัน โดยสัดส่วนดังกล่าวผู้วิจัยและทีมได้ทำการทดสอบเพื่อหาสัดส่วนที่เหมาะสมให้สามารถดื่มได้ง่ายและไม่ระคายเคืองคอ พร้อมทั้งได้ขอคำแนะนำจากโภชนากรของโรงพยาบาล

2.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติเพื่อการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว ณ จุดดูแลผู้ป่วย (Point of Care Testing (POCT)) ด้วยเครื่อง Blood Glucose Meter (BGM)) โดยกำหนดการตรวจติดตามระดับน้ำตาลหลังการได้รับน้ำหวาน 2 ครั้ง ที่เวลา 15 นาที และที่เวลา 1 ชั่วโมง[9]

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ตรวจสอบความ เหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ นักโภชนาการ และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติ ได้แก่ การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด ผู้วิจัยใช้เครื่อง BGM ในการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน และผ่านการสอบเทียบเครื่องมือวัด (Calibration) เรียบร้อยแล้วก่อนนำมาใช้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลปง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัย ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้ โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ ผู้วิจัยจึงเชิญชวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีระดับกลูโคสในเลือดต่ำระดับ 1 (level 1) Glucose Alert Value เป็นภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่ไม่มีอาการ และมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 55-70 มก./ดล.(pre-test) เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยอธิบายวัตถุประสงค์รายละเอียดของโครงการ พร้อมทั้งขอความยินยอมผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานน้ำหวานชนิดเข้มข้นปริมาณ 30 ซีซี และมีการติดตามระดับน้ำตาลหลังการได้รับน้ำหวาน 2 ครั้ง (post-test) ที่เวลา 15 นาที และ ที่เวลา 1 ชั่วโมง

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้**

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Division) ปัจจัยความเสี่ยงที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหาขนาดความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคว์สแคร์ (Chi-Square) หาขนาดความความเสี่ยงโดยใช้ Odds Ratio (OR) กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<0.05

**จริยธรรมการวิจัย**

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา หมายเลขโครงการ 017/2564 ลงวันที่ 30 มิถุนายน 2564

**ผลการวิจัย**

**1. ข้อมูลทั่วไป** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.80) มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ร้อยละ 55.90 (Mean = 57.12, S.D. = 8.86) เป็นโรคประจำตัวอื่นร่วมกับเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 79.40 โดยมีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 67.60 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 26.50 โรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 17.60 โรคหัวใจ ร้อยละ 14.70 โรคมะเร็ง ร้อยละ 8.80 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 8.80 มารับการรักษาครั้งนี้ด้วยอาการติดเชื้อในร่างกาย ร้อยละ 64.70 ได้รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยยารับประทาน ร้อยละ 41.20 รักษาด้วยอินซูลิน ร้อยละ 50.00 และรักษาด้วยยารับประทานและอินซูลิน ร้อยละ 21.90 ช่วงเวลาที่เกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ อยู่ในช่วง 11.01-15.00 น. ร้อยละ 35.30 รองลงมาเป็นช่วงเวลา 06.01-11.00 ร้อยละ 29.40

**2. ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณน้ำหวานกับการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ** พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนได้รับน้ำหวาน หลังได้รับน้ำหวาน 15 นาที และ 1 ชั่วโมง มีค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 63.50 ±5.53, 112.12 ±24.32, 170.12 ±36.78 ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนได้รับน้ำหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับน้ำหวาน 15 นาที และ 1 ชั่วโมง (n=34)

| ระดับน้ำตาลในเลือดในแต่ละช่วงเวลา | ระดับน้ำตาลในเลือด | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ค่าต่ำสุด | ค่าสูงสุด | Mean | S.D. |
| ก่อนได้รับน้ำหวาน | 53 | 70 | 63.50 | 5.53 |
| หลังได้รับน้ำหวาน 15 นาที | 62 | 162 | 112.12 | 24.32 |
| หลังได้รับน้ำหวาน 1 ชั่วโมง | 108 | 245 | 170.12 | 36.78 |

**ตารางที่ 2** ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มขึ้นในแต่ละช่วงเวลาหลังได้รับน้ำหวาน (n=34)

| ช่วงเวลาหลังได้รับน้ำหวาน | ระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มขึ้น | | | | ค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มขึ้นต่อน้ำหวาน 1 ซีซี |
|---|---|---|---|---|---|
| | ค่าต่ำสุด | ค่าสูงสุด | Mean | S.D. | |
| 1. ในระหว่างช่วงเวลา 0-15 นาที | 5 | 96 | 48.62 | 22.70 | 1.62 |
| 2. ในระหว่างช่วงเวลา 15 นาที ถึง 1 ชั่วโมง | 14 | 141 | 58.00 | 33.36 | 1.93 |
| 3. ในระหว่างช่วงเวลา 0 นาที ถึง 1 ชั่วโมง | 51 | 176 | 106.62 | 34.95 | 3.55 |

จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มขึ้นหลังได้รับน้ำหวาน จำนวน 30 ซีซี ในระหว่างช่วงเวลา 0-15 นาทีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 48.62 มก./ดล. ในระหว่างช่วงเวลา 15 นาทีถึง 1 ชั่วโมงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 58.00 มก./ดล. และในระหว่างช่วงเวลา 0 นาทีถึง 1 ชั่วโมงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 106.62 มก./ดล.

ระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มขึ้นที่ 15 นาทีหลังได้รับน้ำหวานจำนวน 30 ซีซี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 48.62 มก./ดล. ดังนั้นน้ำหวานชนิดเข้มข้น 1 ซีซีจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.62 มก./ดล.

ระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มขึ้นที่ 1 ชั่วโมงหลังได้รับน้ำหวานจำนวน 30 ซีซี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 106.62 มก./ดล. ดังนั้นน้ำหวานชนิดเข้มข้น 1 ซีซีจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3.55 มก./ดล.

**ตารางที่ 3** จำนวน ร้อยละ ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยหลังได้รับน้ำหวาน 1 ชั่วโมง (n=-34)

| ระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับน้ำหวาน 1 ชั่วโมง | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| 1. ต่ำกว่า 180 มก./ดล. | 21 | 61.80 |
| 2. มากกว่าหรือเท่ากับ 180 มก./ดล. | 13 | 38.20 |

จากตารางที่ 3 พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยหลังได้รับน้ำหวาน 1 ชั่วโมง ต่ำกว่า 180 มก./ดล. ร้อยละ 61.80 และมากกว่าหรือเท่ากับ 180 มก./ดล. ร้อยละ 38.20

**3. ปัจจัยร่วมที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่ได้รับการรักษาด้วยการให้น้ำหวาน**

**ตารางที่ 4** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับน้ำหวาน 1 ชั่วโมง มากกว่าหรือเท่ากับ 180 มก./ดล. (n=34)

| ปัจจัย | Crude OR (95% CI) | P-value |
|---|---|---|
| 1. เพศ | 2.700 (0.742-9.827) | 0.589 |
| 2. อายุ | 0.560 (0.163-1.929) | 0.419 |
| 3. โรคความดันโลหิตสูง | 1.210 (0.360-4.065) | 0.726 |
| 4. โรคหลอดเลือดสมอง | 0.269 (0.066-1.100) | 0.773 |
| 5. โรคไขมันในเลือดสูง | 0.560 (0.163-1.929) | 0.579 |
| 6. โรคหัวใจ | 0.232 (0.058-.938) | 0.05* |
| 7. โรคไตวายเรื้อรัง | 0.131 (0.026-.647) | 0.02* |
| 8. โรคติดเชื้อ (มารับการรักษาครั้งนี้) | 4.306 (1.066-17.389) | 0.05* |
| 9ดัชนีมวลกาย | 0.827 (0.246-2.777) | 0.271 |

จากตารางที่ 4 พบว่า ปัจจัยร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความเสี่ยงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับน้ำหวาน 1 ชั่วโมง มากกว่าหรือเท่ากับ 180 มก./ดล. ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคติดเชื้อมีความเสี่ยงสูงขึ้น 4.3 เท่า (OR=4.306, 95%CI=1.066-17.389, p<.05) โรคหัวใจมีความเสี่ยงสูงขึ้น 0.23 เท่า (OR=.232, 95%CI=.058-.938, p<.05) และโรคไตวายเรื้อรังมีความเสี่ยงสูงขึ้น 0.13 เท่า (OR=0.131, 95%CI=.026-.647, p<.05)

**สรุปและอภิปรายผล**

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณน้ำหวานกับการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จากผลการศึกษาในส่วนของข้อมูลทั่วไปพบว่าผู้ป่วย

เบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 67.60 และเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลด้วยโรคติดเชื้อร้อยละ 64.70 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะได้รับการรักษาด้วยยากลุ่มเบต้าบลอกเกอร์ (betablocker) มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ[14] ประกอบกับภาวะติดเชื้อเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ[5] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า โรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2[15,16] ในส่วนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคติดเชื้อสามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานเมื่อมีการติดเชื้อในร่างกายจะทำให้ร่างกาย มีความต้องการใช้พลังงานมากขึ้นเพื่อกระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันแบบจำเพาะในการกำจัดเชื้อโรค ที่เข้าสู่ร่างกาย[17] ย่อมทำให้ร่างกายต้องมีการใช้พลังงานสูงขึ้น กระบวนการเผาผลาญในร่างกายสูงขึ้น มีไข้ ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายที่มีการติดเชื้อในร่างกายอาจเกิดอาการเบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารได้ลดลง ซึ่งการรับประทานอาหารน้อยลง ไม่เป็นเวลาหรือไม่รับประทานอาหาร หรือทิ้งระยะเวลารับประทานอาหารหลังฉีดอินซูลินนานเกินไป หรือมีโรคอื่นแทรกซ้อนเกิดร่วมกับโรคเบาหวาน มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทั้งนี้อาการสำคัญของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด คือ เหงื่อออก ใจสั่น หน้ามืด ตาลาย สับสน มึนงง หิว ปวดศีรษะ พฤติกรรมเปลี่ยน คลื่นไส้ มีผลต่อทางระบบประสาท ชัก หมดสติ สมองเสื่อม และถ้าอาการรุนแรงอาจหมดสติและเสียชีวิตได้[18,19] ดังนั้นจะส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดต่ำลง และสอดคล้องกับการศึกษาความชุกของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยที่มีการการติดเชื้อแบคทีเรียนิวโมคอคคัส พบว่าผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเกิดขึ้นร้อยละ 8.6 ของการติดเชื้อแบคทีเรียนิวโมคอคคัส และมีความสัมพันธ์กับการเกิดความรุนแรงของโรคและอัตราการเสียชีวิตการตาย[20]

ส่วนผลการศึกษาระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มขึ้นหลังได้รับน้ำหวานชนิดเข้มข้นที่เวลา 15 นาที และ 1 ชั่วโมงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 48.62 และ 106.62 มก./ดล. ตามลำดับ ดังนั้นน้ำหวานชนิดเข้มข้น 1 ซีซี จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าเพิ่มขึ้นเฉลี่ยเท่ากับ 1.62 และ 3.55 มก./ดล. ตามลำดับ และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยหลังได้รับน้ำหวาน 1 ชั่วโมงที่มากกว่าหรือเท่ากับ 180 มก./ดล. มีจำนวนร้อยละ 38.20 ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลเกินระดับที่คาดหวังตามแผนการรักษา ทั้งนี้จากเป้าหมายการควบคุมเบาหวานแบบเข้มข้น สำหรับผู้ใหญ่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงสุดหลังอาหาร ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 กำหนดให้ <180 มก./ดล. และการกำกับมาตรฐานของเครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดชนิดพกพา คือ ในการตรวจวัดระดับกลูโคสในเลือดที่ระดับ <75 มก./ดล. จะต้องให้ผลตรวจที่มีค่าต่างจากค่าที่แท้จริง (ระดับพลาสมากลูโคส) ±15 มก./ดล. และที่ระดับ ≥75 มก./ดล. จะต้องให้ผลตรวจที่มีค่าภายในร้อยละ 20 ของค่าที่แท้จริง (ระดับพลาสมากลูโคส)[9] ดังนั้นค่าเป้าหมายระดับน้ำตาลในเลือดจึงกำหนดให้ <180 มก./ดล. จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 38.20 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับน้ำหวาน 1 ชั่วโมงมากกว่าหรือเท่ากับ 180 มก./ดล. ทั้งนี้หากให้น้ำหวานในปริมาณที่ไม่เหมาะสมกับระดับน้ำตาลของผู้ป่วยแต่ละราย ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หรือต่ำกว่าเกณฑ์ปกติได้ ดังนั้นในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มี 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำระดับ 1 (level 1) Glucose Alert Value ซึ่งเป็นภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่ไม่มีอาการ และมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระหว่าง 55-70 มก./ดล. ผลการศึกษาครั้งนี้จะทำให้สามารถนำค่าน้ำตาลในเลือดมีค่าเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3.55 มก./ดล. ต่อน้ำหวานชนิดเข้มข้น 1 ซีซี ไปคำนวณปริมาณน้ำหวานชนิดเข้มข้นจะให้กับผู้ป่วยในปริมาณที่เหมาะสมกับระดับน้ำตาลที่คาดหวังตามแผนการรักษา เพื่อ

ป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หรือต่ำกว่าเกณฑ์ปกติได้

ผลการศึกษามีวิธีการนำไปใช้กับผู้ป่วยดังนี้ ตัวอย่างเช่น กรณีผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลที่ 65 มก./ดล. โดยระดับน้ำตาลคาดหวังของแพทย์ผู้ป่วยต้องมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ที่ 80 มก./ดล. ซึ่งระดับน้ำตาลในเลือดที่ต้องการให้ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นให้มีระดับน้ำตาลเท่ากับ 80 มก./ดล. คือต้องเพิ่มอีก15 มก./ดล. ดังนั้น ปริมาณน้ำหวานที่ผู้ป่วยควรได้รับ คือ 10 ซีซี ซึ่งจะทำให้ระดับน้ำตาลหลังได้รับน้ำหวานเข้มข้นที่ 15 นาทีเพิ่มขึ้น 16.20 มก./ดล. (10 ซีซี X 1.62 มก./ดล.) ดังนั้น 15 นาทีหลังการได้รับน้ำหวาน 10 ซีซี ระดับน้ำตาลของผู้ป่วยจะอยู่ที่ 81.20 มก./ดล. (65 มก./ดล.+16.20 มก./ดล.) โดยประมาณ

2. ปัจจัยร่วมที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่ได้รับการรักษาด้วยการให้น้ำหวาน จากผลการศึกษาพบวาปัจจัยร่วมที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่ได้รับการรักษาด้วยการให้น้ำหวานแล้วทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับน้ำหวาน 1 ชั่วโมงมากกว่าหรือเท่ากับ 180 มก./ดล. ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคติดเชื้อ ผู้ป่วยมีโรคร่วมเป็นโรคหัวใจและโรคไตวายเรื้อรัง ทั้งนี้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคติดเชื้อมีความเสี่ยงสูงขึ้น 4.3 เท่า (OR=4.306, 95%CI=1.066-17.389, p<.05) ซึ่งภาวะติดเชื้อรุนแรง มีไข้สูง เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การออกฤทธิ์ของอินซูลินไม่ดีหรือเรียกว่ามีภาวะดื้อต่ออินซูลิน[21,22] ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยน้ำหวานชนิดเข้มข้น หากการออกฤทธิ์ของอินซูลินไม่ดีย่อมทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้ นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคร่วมเป็นโรคหัวใจมีความเสี่ยงสูงขึ้น 0.232 เท่า (OR=0.232, 95%CI=0.058-.938, p<.05) และโรคไตวายเรื้อรังมีความเสี่ยงสูงขึ้น 0.131 เท่า (OR=0.131, 95%CI=0.026-.647, p<.05) ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคร่วม อาทิ ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคไตเรื้อรัง โรคตับอย่างรุนแรง หรือมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรงเป็นปัจจัยมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด[6] ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวได้รับยาขับปัสสาวะกลุ่ม Thiazides และยากลุ่ม betablocker ที่มีผลลดการหลั่งอินสุลินจึงทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง[23] จะเห็นได้ว่าผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวัง และป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หรือต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ นอกจากนี้ยังสามารถนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยในชุมชนได้ ทั้งนี้การศึกษาการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานสำหรับโรงพยาบาลชุมชนควรมีการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง[24] ซึ่งการให้ข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มขึ้นหลังการได้รับน้ำหวานเข้มข้น 1 ซีซี เป็นการเสริมความรอบรู้ให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการการจัดการตนเองได้ดีขึ้น[25] ดังนั้น ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการให้แนะนำปริมาณการใช้น้ำหวานชนิดเข้มข้นแก่ผู้ป่วยที่บ้านเมื่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในระดับ 1 ที่ไม่มีอาการ ในกรณีผู้ป่วยมีเครื่องเจาะน้ำตาลที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองที่บ้านได้ และป้องกันการได้รับปริมาณน้ำหวานเกินจนเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงได้

**ข้อเสนอแนะ**

1. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ได้ 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล สามารถแยกเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ 1) การให้การรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำด้วยการให้น้ำหวานชนิดเข้มข้น จากผลการศึกษาพบว่าน้ำหวานชนิดเข้มข้น 1 ซีซี จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3.51 มก./ดล. พยาบาลสามารถคำนวณปริมาณน้ำหวาน

ชนิดเข้มข้นที่เหมาะสมกับค่าระดับน้ำตาลที่คาดหวังตามแผนการรักษาได้ 2) ในการเฝ้าระวังในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มโรคติดเชื้อ ต้องมีการเฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีโรคร่วมอื่น และหากต้องได้รับการรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำด้วยการให้น้ำหวานชนิดเข้มข้นต้องเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ด้วย 2) กลุ่มผู้ป่วยในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน ผู้ป่วย ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน สามารถนำแนวทางการให้ปริมาณน้ำหวานที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมากกว่าปกติ

2. ข้อจำกัดในการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการรักษาที่แตกต่างกัน ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยยารับประทาน กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน และกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยารับประทานและอินซูลิน ซึ่งอาจเป็นตัวแปรกวน (confounding variables) ในการศึกษาครั้งนี้

3. ควรศึกษาเปรียบเทียบการเพิ่มของระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับน้ำหวานชนิดเข้มข้นของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคร่วมอื่นๆ และศึกษาตัวแปรอื่นที่อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด และควรศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรักษาที่แตกต่างกัน

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลปง พยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ผู้ป่วย รวมถึงผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

**เอกสารอ้างอิง**

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราตายโรคไม่ติดต่อปี 2559-2560 (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมอง และหลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพอง) [อินเตอร์เน็ต].2562 [สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2563] เข้าถึงจากhttp://www.thaincd.com/2016/mission/documentsdetail.
2. World Health Organization. The top 10 causes of death [Internet].2018 Retrieved 6 January, 2020 from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death.
3. DeFronzo, R., Ferrannini, E., Groop, L. et al. Type 2 diabetes mellitus. Nat Rev Dis Primers 1, 15019. https://doi.org/10.1038/nrdp.2015,19
4. Kharroubi, A.T., & Darwish, H.M. Diabetes mellitus: The epidemic of the century. World Journal of Diabetes 2015, 6(6):850-867. doi:10.4239/wjd.v6.i6.850
5. อรพินท์ สีขาว. การจัดการโรคเบาหวาน: มิติของโรคและบทบาทพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. (หน้า 92-93). สมุทรปราการ: โครงการสำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัย หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2561.
6. Pratiwi, C., Mokoagow, M. I., Kshanti, I. A. M., & Soewondo, P. The risk factors of inpatient hypoglycemia: A systematic review. Heliyon 2020; 6(5):1-6.
7. พรเทพ วัฒนศรีสาโรช, ละออง สาลีพวง, & สุวรรธนา จงห่วงกลาง. ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลใน เลือดต่ำของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลกบินทร์บุรี. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2559; 13(3):51-60.
8. Belendez, M., & Mijares, H.A. Beliefs about insulin as predictor of fear of hypoglycemia. Chronic Illness 2009; 5:250-256.
9. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. ปทุมธานี: ร่มเย็นมีเดีย จำกัด; 2560.
10. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods 2007; 39:175-191.
11. Cohen, J. Quantitative methods in psychology: A power primer. Psychol Bul 1992; 112(1):155-159.

12. Burns, N., & Groove, S. K. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. St. Louis: Saunders Elsevier; 2009.
13. Gupta, K.K., Attri, J.P., Singh, A., Kaur, H. & Kaur, G. Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials!. Saudi Journal of Anesthesia 2016; 10:328-331.
14. Carnovale, C, Gringeri, M, Battini, V, Mosini, G., Invernizzi, E., Mazhar, F., Bergamaschi, F., Fumagalli, M., Zuccott, G., Clementi, E., Radice, S., Fabiano, V. Beta-blocker-associated hypoglycaemia: New insights from a real-world pharmacovigilance study. Br J Clin Pharmacol 2021; 87:3320–3331. doi.org/10.1111/bcp.14754.
15. กานต์ชนก สุทธิผล. ปัจจัยที่มีผลต่อการคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลราชบุรี. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร 2565; 5(2):1-12.
16. ธิติพันธ์ ธานีรัตน์. ความชุกของภาวะซึมเศร้า ระดับน้ำตาลในเลือดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที 2 ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คลินิกต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
17. Galicia-Garcia, U. et al. Pathophysiology of Type 2 Diabetes Mellitus. International Journal of Molecular Sciences 2020; 21, 6275, doi:10.3390/ijms21176275
18. Whitmer, R.A., Karter, A.J., Yaffe, K., Quesenberry, C.P., & Selby, J.V. Hypoglycemia episodes and risk of dementia in old patients with type 2 diabetes mellitus. Journal of The American Medical Association 2009; 301(15):1565-1572.
19. Ferry, R.J. Hypoglycemia symptoms [Internet].2009 Retrieved August 24, 2020, from http://www.emedicinehealth.com/lowblood_sugar_hypoglycemia/page3_em.html
20. Jan, IS., Tsai, TH., Chen, JM., Jerng, JS., Hsu, HF., Hung, PL., Hsueh PR., & Lee, LN. Hypoglycemia associated with bacteremic pneumococcal infections. International journal of infectious diseases 2009; 13(5): 570-576.
21. Chávez-Reyes, J. et al. (2021). Susceptibility for some infectious diseases in patients with diabetes: the key role of glycemia. Front Public Health 2021; 9, 559595. doi: 10.3389/fpubh.2021.559595
22. อภิชาติ วิชญาณรัตน์. ภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance) [อินเตอร์เน็ต]. มปป. สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2563 จาก https://www.takeda.com/4ab4fd/siteassets/media/th-th/cvm/patients/pdf/pdf-ct-7.pdf
23. รุ้งนภา เต็งไตรสรณ์. Drugs induced hyperglycemia. วารสารสมาคมเภสัชกรรมชุมชน 2562; 18(104),63-72.
24. Chaowalaksakun, P., Nantachaipan, P., Kunawiktikul, W., Panuthai, S., Kosachunhanun, N.,
Turale, S. Action research: development of a diabetes care model in a community hospital. Pacific Rim Int J Nurs Res 2016; 20(2):119-131.
25. Kanan, P., Piaseu, N., Malathum, P., Belza, B. Predictors of diabetes self-management in older adults with poorly controlled type 2 diabetes mellitus. Pacific Rim International Journal Nursing Research 2019; 23(4):357-367.

# การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

# Nursing Care For The Pneumonia Patients With Septic Shock : A Comparative 2 Case Study.

(Received: April 28,2024 ; Revised: April 29,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**จารุวรรณ ตลอดไธสง**[1]
**Jaruwan Talodthaisong**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ศึกษาจากผู้ป่วย 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อใน กระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเปือยน้อย โดยการศึกษาประวัติผู้ป่วย การรักษาพยาบาลรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียน กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิด การประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบ แผนของกอร์ดอน และ 7 aspect of care วิเคราะห์ข้อมูลวางแผนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา : พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกัน ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเนื่องจากมีการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง 2) มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 3) ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้หนาวสั่น 4) มีความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วย วิกฤตและได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัด ส่วนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่มีความแตก ต่างกันในผู้ป่วยรายที่ 1 ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 2) มีภาวะ ช็อคจากการสูญเสียเลือดจากการมีเลือดออก ในระยะทางเดินอาหารส่วนบน 3) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อการชักและ การเกิดอุบัติเหตุ 2) เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่าย 3) สูญเสียพลังอำนาจ ในตน ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ แตกต่างกัน เนื่องจากภาวะสุขภาพและโรคร่วมที่แตกต่างกันแต่ภาวะ วิกฤตที่เกิดขึ้นเหมือนกันคือ มีภาวะช็อคจากการ ติดเชื้อในกระแสเลือด การรักษาพยาบาลจึงมุ่งเน้นการแก้ไขภาวะวิกฤตให้ผู้ป่วยปลอดภัยและนำส่งไปรับการรักษาใน โรงพยาบาลประจำจังหวัดที่มีศักยภาพสูงกว่า พร้อมทั้งให้คำแนะนำเสริมสร้างพลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ผลลัพธ์ทางการ พยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลและส่งต่ออย่างปลอดภัย พ้นภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิตสามารถกลับมาดำรงชีวิต ร่วมกับภาวะการเจ็บป่วยของตนเองและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม

**คำสำคัญ** : การพยาบาล, โรคปอดอักเสบ, ภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

**Abstract**

This study was case study aimed to study of nursing care for pneumonia patient with septic shock. A comparative 2 cases study.by purposive sampling in pneumonia patient with septic shock who received treatment at Pueai Noi hospital. The study of patient's history and treatment data were collected from medical records, patients and their relatives. Nursing diagnosis by 11 functional health patterns of Gordon and 7 aspects of care to analyze the plan of nursing practice by nursing process.

Result: shows both patient have the same nursing diagnosis such as 1) decrease gas exchange 2) septic shock 3) discomfort from fever and chill 4) anxious with critical illness, and referred to the tertiary care center. The different of nursing diagnosis in the first patient is 1) risk of hypoglycemia 2) hypovolemic shock from blood loss in upper gastrointestinal tract 3) risk of an accidental fall, for the second patient 1) risk of seizure and have an accident 2) risk of easily bleeding 3) loss of confidence. Both patient have the different of nursing diagnosis due to the different of health condition and underlying disease but the same critical illness which is septic shock. The nursing care is focusing on

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น

correct critical illness so that the patient will be safe and referred to the tertiary care center which is higher efficiency, along with giving advice and motivation to patient and relatives.

**Key words:** nursing, pneumonia, septic shock

**บทนำ**

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบของเนื้อปอดบริเวณหลอดลมฝอยส่วนปลาย(terminal respiratory bronchiole) ถุงลม (alveoli) และในผนังถุงลมหรือเนื้อเยื่อรอบถุงลม (interstitium) การอักเสบที่เกิดขึ้นอาจเกิดเฉพาะบางส่วน ของเนื้อปอด (lobar pneumonia) หรืออาจกระจายทั่วไปในเนื้อปอด สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส ถ้าอาการรุนแรงหรือรักษาไม่ทันท่วงที การอักเสบของปอดจะไปขัดขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซ ผู้ป่วยจะเกิดภาวะพร่อง ออกซิเจนอย่างรุนแรงแม้จะได้รับออกซิเจนอยู่ก็ตามซึ่งเรียกอาการนี้ว่า ภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลวไปด้วย นำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด อุบัติการณ์การเกิดเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยพบว่า โรคปอดอักเสบร้อยละ 50-80 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบที่เกิดนอกโรงพยาบาล และพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี นอกจาก นั้นยังพบปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ ภาวะหายใจล้มเหลวเลือดคั่งโรคหัวใจอื่นๆ น้ำหนักตัวหรือสมรรถนะร่างกายที่ลดลง เป็นต้น โดยประมาณร้อยละ 20-30 จำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และประมาณร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวนอกโรงพยาบาลเป็นปอดอักเสบชนิดรุนแรง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30-40 ดังนั้นจึงถือว่าโรคปอดอักเสบมีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับการติดเชื้อที่อวัยวะอื่นๆ[1]

โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงติด 1 ใน 4 ของอัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยพบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 ราย/ปี และเสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ปี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบอัตราเสียชีวิตร้อยละ 32.03[2]

โรงพยาบาลเปือยน้อยจากสถิติ ปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจำนวน 476 ราย, 412 ราย และ 844 ราย ตามลำดับ โดยประมาณร้อยละ 45-50 จำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จากจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมดปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่าโรคปอดอัดกเสบมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 11.49, 14.76 และ 12.17 ตามลำดับ[3] จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วยเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินอาการให้การรักษาอย่างรวดเร็ว[4,5,6,7]และวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นภาวะวิกฤตปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

**วิธีการศึกษา**

เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (case study) เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเปือยน้อยในช่วงเดือนธันวาคม 2565 - มกราคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน 2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา 3) แบบบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดตามแบบประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน และ 7 aspect of care เพื่อให้ได้ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล นำมาวางแผนการ

ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย สรุป และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

**ผลการศึกษา**

การศึกษาผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้กระบวนการพยาบาลเสนอผลการศึกษา

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาล**[8,9,10]

วางแผนการพยาบาลโดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการกำหนดวัตถุประสงค์/เป้าหมายการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วย การแก้ไขปัญหา ภาวะวิกฤต ภาวะเสี่ยง การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ การดูแลความปลอดภัย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล การให้ความรู้ คำแนะนำ การฝึกทักษะในการปฏิบัติการดูแลติดตาม เฝ้าระวังภาวะสุขภาพ การสร้างแรงจูงใจ การเสริมพลัง การจัดหาแหล่งสนับสนุนในชุมชน เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยให้จัดการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และการสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ดังนี้

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน และตกต่างกัน สามารถนำมาวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

**ตารางที่ 1** ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

| ผู้ป่วยรายที่ 1 | ผู้ป่วยรายที่ 2 |
|---|---|
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1**<br>ผู้ป่วยเสี่ยงต่อระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเนื่องจากมีการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง จากการติดเชื้อรุนแรงของเนื้อปอด<br><u>วัตถุประสงค์</u><br>เพื่อให้เนื้อเยื่อในร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน<br><u>เกณฑ์การประเมินผล</u><br>อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18-24 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอดี ความเร็ว ความลึกและจังหวะในการหายใจจนปกติหรืออัตราการหายใจลดลงจากเดิม 32 ครั้ง/นาที ไม่มีภาวะร่างกายขาดออกซิเจนคือผิวหนัง เล็บ เยื่อบุช่องปาก ริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้า เขียว$O_2$ sat 95-100% ฟังปอดไม่พบเสียง crepitation ไอลดลง<br><u>กิจกรรมพยาบาล</u><br>1.ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลมเพื่อลดอาการหอบเหนื่อย คือ Ventolin 1 NB x 2 dose ทุก 1 ชั่วโมง และสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา คือ ใจสั่น ปวดศีรษะหลังจากให้ยาผู้ป่วยนอกมีอาการใจสั่นเล็กน้อย<br>2.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา คือ ให้ออกซิเจน canular 10 L/min เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน<br>3.จัดท่าให้นอนท่า fowler's position เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว ปอดขยายตัวได้ดีขึ้นเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ<br>4.ใช้หูฟังตรวจสอบเสียงการหายใจที่ปอด เพื่อประเมินความผิดปกติจากมรการอุดกั้นของทางเดินหายใจ ซึ่งอาจเกิดเนื่องจากเสมหะอยู่ในหลอดลมปอดหรือถุงลมปอด | **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1**<br>ผู้ป่วยเสี่ยงต่อระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเนื่องจากมีการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง จากการติดเชื้อรุนแรงของเนื้อปอด<br><u>วัตถุประสงค์</u><br>เพื่อให้เนื้อเยื่อในร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน<br><u>เกณฑ์การประเมินผล</u><br>อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18-24 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอดี ความเร็ว ความลึกและจังหวะในการหายใจจนปกติหรืออัตราการหายใจลดลงจากเดิม 32 ครั้ง/นาที ไม่มีภาวะร่างกายขาดออกซิเจนคือผิวหนัง เล็บ เยื่อบุช่องปาก ริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้า เขียว $O_2$ sat 95-100% ฟังปอดไม่พบเสียง crepitation ไอลดลง<br><u>กิจกรรมพยาบาล</u><br>1.ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลมเพื่อลดอาการหอบเหนื่อย คือ Berodoal 1 NB ทันที และทุก 6 ชั่วโมง + PRN และสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา คือ ใจสั่น ปวดศีรษะหลังจากให้ยาผู้ป่วยนอกมีอาการใจสั่นเล็กน้อย<br>2.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา คือ ให้ออกซิเจน canular 10 L/min เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน<br>3.จัดท่าให้นอนท่า fowler's position เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้า ท้องหย่อนตัว ปอดขยายตัวได้ดีขึ้นเพิ่มพื้นที่ในการแลก เปลี่ยนก๊าซ<br>4.ใช้หูฟังตรวจสอบเสียงการหายใจที่ปอด เพื่อประเมินความผิดปกติจากมรการอุดกั้นของทางเดินหายใจ ซึ่งอาจเกิดเนื่องจากเสมหะอยู่ในหลอดลมปอดหรือถุงลมปอด |

**ตารางที่ 1** ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

| ผู้ป่วยรายที่ 1 | ผู้ป่วยรายที่ 2 |
|---|---|
| 5.สังเกตอาการขาดเลือดคือที่ผิวหนัง เล็บ เยื่อบุช่องปาก ริมฝีปากว่าเขียวหรือไม่ การกดเล็บมือพอให้เนื้อเล็บใต้นิ้วมือซีดแล้วปล่อยทันที ในคนปกติเนื้อใต้เล็บที่ชัดเจนจะกลับแดงภายใน 1 วินาที ถ้าพบภาวะการขาดออกซิเจนให้รีบรายงานแพทย์และให้การช่วยเหลือ<br>6.วัดสัญญาณชีพและติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย สังเกตและบันทึกการหายใจเพื่อประเมินภาวะการหายใจและให้ความช่วยเหลืออย่างถูกต้อง ถ้าพบว่าสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงเลวลงโดยเฉพาะอัตราการหายใจถ้าเพิ่มขึ้นต้องรีบรายงานแพทย์เพื่อให้ความช่วยเหลือต่อไป<br>7.กระตุ้นให้ผู้ป่วยไออย่างถูกวิธีเพื่อช่วยในการขับเสมหะที่คั่งค้างในระบบทางเดินหายใจซึ่งมีขั้นตอนดังนี้คือ ให้ผู้ป่วยนั่งในท่าที่สบายไม่เกร็งกล้ามเนื้อส่วนใดของร่างกาย หุบปากและสูดหายใจเข้าทางจมูกช้าๆ อย่างเต็มที่ กลั้นหายใจไว้ประมาณ 2-3 วินาที โน้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อยอ้าปากกว้างแล้วไอออกมาติดต่อกันประมาณ 2-3 ครั้ง เพื่อให้เสมหะออกมาพักโดยการหายใจเข้าออกช้าๆ และเริ่มต้นทำใหม่อีกครั้ง<br>8.ให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การเปลี่ยนเสื้อผ้า น้ำดื่มควรเตรียมไว้ให้ที่เตียงและลดกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนและลดการใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญให้เกิดพลังงานของร่างกาย<br><u>การประเมินผล</u><br>อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที และชีพจร 108 ครั้ง/นาทีสม่ำเสมอดี ความดันโลหิต 110/70 mmHg. ผู้ป่วยยังมีอาการหอบเหนื่อยเหมือนเดิม ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน ริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าไม่เขียว ออกซิเจนในเลือด 96-97% มีเสียง crepitation ในปอดลดลง ไอลดลง | 5.สังเกตอาการขาดเลือดคือที่ผิวหนัง เล็บ เยื่อบุช่องปาก ริมฝีปากว่าเขียวหรือไม่ การกดเล็บมือพอให้เนื้อเล็บใต้นิ้วมือซีดแล้วปล่อยทันที ในคนปกติเนื้อใต้เล็บที่ชัดเจนจะกลับแดงภายใน 1 วินาที ถ้าพบภาวะการขาดออกซิเจนให้รีบรายงานแพทย์และให้การช่วยเหลือ<br>6.วัดสัญญาณชีพและติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย สังเกตและบันทึกการหายใจเพื่อประเมินภาวะการหายใจและให้ความช่วยเหลืออย่างถูกต้อง ถ้าพบว่าสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงเลวลงโดยเฉพาะอัตราการหายใจถ้าเพิ่มขึ้นต้องรีบรายงานแพทย์เพื่อให้ความช่วยเหลือต่อไป<br>7.กระตุ้นให้ผู้ป่วยไออย่างถูกวิธีเพื่อช่วยในการขับเสมหะที่คั่งค้างในระบบทางเดินหายใจซึ่งมีขั้นตอนดังนี้คือ ให้ผู้ป่วยนั่งในท่าที่สบายไม่เกร็งกล้ามเนื้อส่วนใดของร่างกาย หุบปากและสูดหายใจเข้าทางจมูกช้าๆ อย่างเต็มที่ กลั้นหายใจไว้ประมาณ 2-3 วินาที โน้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อยอ้าปากกว้างแล้วไอออกมาติดต่อกันประมาณ 2-3 ครั้ง เพื่อให้เสมหะออกมาพักโดยการหายใจเข้าออกช้าๆ และเริ่มต้นทำใหม่อีกครั้ง<br>8.ให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การเปลี่ยนเสื้อผ้า น้ำดื่มควรเตรียมไว้ให้ที่เตียงและลดกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนและลดการใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญให้เกิดพลังงานของร่างกาย<br>9.เตรียมใส่ท่อหายใจและส่งต่อผู้ป่วยหากอาการเลวลง<br><u>การประเมินผล</u><br>อัตราการหายใจ 48 ครั้ง/นาที และชีพจร 130 ครั้ง/นาทีสม่ำเสมอดี ความดันโลหิต 74/44 mmHg. ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น เริ่มมีภาวะขาดออกซิเจน กระสับกระส่าย ริมฝีปาก ปลายมือ ปลาย เท้าไม่เขียว ออกซิเจนในเลือด 96-99% มีเสียง crepitation ในปอด ไอลดลง ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อใส่ท่อหายใจและส่งต่อ รพ.ขอนแก่น |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2**<br>ผู้ป่วยมีภาวะช็อคเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด<br><u>วัตถุประสงค์</u><br>เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อค<br><u>เกณฑ์การประเมินผล</u><br>ระดับความรู้สึกตัวปกติ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ BP 90/60 – 140/90 mmHg, MAP ≥ 65 mmHg., T 36-37 $^{O}$C, P 60-100 ครั้ง/นาที, R 16-20 ครั้ง/นาที, $O_2$ sat >95% ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติทั้ง WBC , Neutrophil และ serum lactate<br><u>กิจกรรมพยาบาล</u><br>1.ประเมินระดับความรู้สึกตัว ภาวะพร่องออกซิเจน สัญญาณชีพ MAP อาการและอาการแสดงของภาวะช็อค ประเมินทุก 15 นาที เมื่อ MAP > 65 mmHg. ประเมินทุก 30 นาที และทุก 1 ชม. เริ่มมีอาการคงที่<br>2.ดูแลให้ได้รับออกซิเจน mask with bag 10 L/M อย่างเพียงพอตามแผนการรักษา<br>3.ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อกำจัดเชื้อที่ทำให้เกิดภาวะ ช็อคตามแผนการรักษา | **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2**<br>ผู้ป่วยมีภาวะช็อคเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด<br><u>วัตถุประสงค์</u><br>เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อค<br><u>เกณฑ์การประเมินผล</u><br>ระดับความรู้สึกตัวปกติ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ BP 90/60 – 140/90 mmHg, MAP ≥ 65 mmHg., T 36-37 $^{O}$C, P 60-100 ครั้ง/นาที, R 16-20 ครั้ง/นาที, $O_2$ sat > 95%<br>ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติทั้ง WBC , Neutrophil และ serum lactate<br><u>กิจกรรมพยาบาล</u><br>1.ประเมินระดับความรู้สึกตัว ภาวะพร่องออกซิเจน สัญญาณชีพ MAP อาการและอาการแสดงของภาวะช็อค ประเมินทุก 15 นาที เมื่อ MAP > 65 mmHg. ประเมินทุก 30 นาที และทุก 1 ชม. เริ่มมีอาการคงที่<br>2.ดูแลให้ได้รับออกซิเจน mask with bag 10 L/M อย่างเพียงพอตามแผนการรักษา<br>3.ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อกำจัดเชื้อที่ทำให้เกิดภาวะช็อค |

**ตารางที่ 1** ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

| ผู้ป่วยรายที่ 1 | ผู้ป่วยรายที่ 2 |
|---|---|
| 4.ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1,000 ml และอาหารอย่างเพียงพอตามแผนการรักษาเพื่อทดแทนการสูญเสียน้ำและได้รับอาหารพียงพอ<br>5.ติดตามผล serum lactate เพื่อประเมินความรุนแรงของการติดเชื้อ<br>6.ดูแลให้ได้รับยา levophed เพื่อกระตุ้นความดันโลหิตตามแผนการรักษา<br>7.ตรวจปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชม. จนสามารถ keep BP > 90/60 mmHg และ MAP > 65 mmHg ถ้าจำนวนปัสสาวะออก น้อยกว่า 30 cc/ชม รายงานแพทย์และบันทึกน้ำเข้า-ออกทุก 8 ชม เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยให้มีความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่<br>8.เตรียมผู้ป่วยส่งไปรับการรักษาที่ รพ.ขอนแก่น<br><u>การประเมินผล</u><br>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพ BP 106/62 mmHg, MAP 68 mmHg, T 36.8 $^{O}$C, P 104 ครั้ง/นาที, การหายใจ 22 ครั้ง/นาที, $O_2$ sat 99 % ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 18 ธ.ค. 2565 WBC 17,500 cell/mm$^3$ Neutrophil 54 % Serum lactate 2.8 mmmol/L urine output 40 ml/hr ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่ รพ. ขอนแก่น | ตามแผนการรักษา<br>4.ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1,000 ml และอาหารอย่างเพียงพอตามแผนการรักษาเพื่อทดแทนการสูญเสียน้ำและได้รับอาหารพียงพอ<br>5.ติดตามผล serum lactate เพื่อประเมินความรุนแรงของการติดเชื้อ<br>6.ดูแลให้ได้รับยา levophed เพื่อกระตุ้นความดันโลหิตตามแผนการรักษา<br>7.ตรวจปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชม. จนสามารถ keep BP > 90/60 mmHg และ MAP > 65 mmHg ถ้าจำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 cc/ชม รายงานแพทย์และบันทึกน้ำเข้า-ออกทุก 8 ชม เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยให้มีความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่<br>8.เตรียมผู้ป่วยส่งไปรับการรักษาที่ รพ.ขอนแก่น<br><u>การประเมินผล</u><br>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ BP 102/79 mmHg, MAP 65 mmHg, T 39.1 $^{O}$C, P 130 ครั้ง/นาที, การหายใจ 46 ครั้ง/นาที, $O_2$ sat 98 % ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 30 ม.ค. 2566 (เวลา 22.21 น.) WBC 8,900 cell/mm$^3$ Neutrophil 78 % Serum lactate 7.4 mmmol/L urine output 38 ml/hr. ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่ รพ. ขอนแก่น |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3**<br>ผู้ป่วยมีภาวะช็อค เนื่องจากสูญเสียเลือดจากการมีเลือด ออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน<br><br><u>วัตถุประสงค์</u><br>เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อค<br><u>เกณฑ์การประเมินผล</u><br>ระดับความรู้สึกตัวปกติ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ BP 90/60 – 140/90 mmHg, MAP $\geq$ 65 mmHg, T 36-37 $^{O}$C, P 60-100 ครั้ง/นาที R 16-20 ครั้ง/นาที, $O_2$ sat > 95%<br>Hct $\geq$ 34 %<br><u>กิจกรรมพยาบาล</u><br>1.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนทดแทน อาจให้เป็น Oxygen canular, Oxygen mask with bag ตามสภาพผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในร่างกาย<br>2.ดูแลให้ bedrest<br>3.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ คือ 0.9% NSS I.V. drip เลือดตามแผนการรักษา โดยใช้เข็มขนาดใหญ่ No.18 เพื่อให้สารน้ำได้อย่างรวดเร็วและเพื่อให้ปริมาณเลือดไหลเวียนอย่างเพียงพอ<br>4.งดอาหารและน้ำดื่มเพื่อให้กระเพาะอาหารว่าง ลดการรบกวนหรือระคายเคียงทางเดินอาหารและเพื่อสังเกตการณ์มีเลือดออก<br>5.ดูแลให้ผู้ป่วยบ้วนปากหรือแปรงฟันเพื่อให้ปากชุ่มชื้น | **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3**<br>ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกเนื่องจากตับเสียหน้าที่จากการดื่มสุราเป็นประจำ<br><u>วัตถุประสงค์</u><br>เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดภาวะเลือดออกง่าย เนื่อง จากตับเสียหน้าที่<br><u>เกณฑ์การประเมินผล</u><br>สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ เกร็ดเลือด > 20,000 cell/mm$^3$<br>ค่า SGOT และ SGPT อยู่ในเกณฑ์ปกติ<br><u>กิจกรรมพยาบาล</u><br>1.สังเกตอาการคลื่นไส้ เบื่ออาหาร แน่น อึดอัดท้องและอาเจียนเป็นเลือด เพื่อประเมินการมีเลือดออกในช่องท้องและการมีพยาธิสภาพที่ตับ<br>2.จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ ลดเสียงรบกวนให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพออย่างน้อยวันละ 6 ชม.<br>3.ประสานกับโภชนาการให้จัดอาหารที่มีพลังงานสูง ไขมันต่ำ และดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง<br>4.ติดตามวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชม.<br>5.ประเมินภาวะขาดสุรา และภาวะเลือดออกง่าย<br>6.ติดตามผลการตรวจการทำงานของตับทั้ง ค่า SGOT ค่า SGPT และเกร็ดเลือด (PTT)<br>7.จัดให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนบนเตียงและระวังการพัดตกหกล้มงดกิจกรรมทุกชนิด |

**ตารางที่ 1** ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

| ผู้ป่วยรายที่ 1 | ผู้ป่วยรายที่ 2 |
|---|---|
| 6.ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการล้างกระเพาะอาหาร (Gastric lavage/gastric irrigate) เพื่อการวินิจฉัยเลือดออกในกระเพาะอาหารและการห้ามเลือดและเพื่อล้างกระเพาะอาหาร<br>การประเมินผล<br>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีสัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37 $^{O}$C ชีพจร 88 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 106/52 mmHg. MAP 68 mmHg. ไม่มีอาเจียนเป็นเลือดหรือถ่ายดำ ยังมีอาการซีด ผลตรวจ Hct 28 mg% | 8.ใช้น้ำเกลือบ้วนปากแทนการใช้แปรงสีฟันหรือไหมขัดฟัน และไม่ใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์เพราะจะทำให้ปากแห้งและเป็นแผลได้<br>9.เฝ้าระวังและแนะนำญาติให้สังเกตอาการมีเลือดออกตามบริเวณต่างๆ ได้แก่ จ้ำเลือดใต้ผิวหนังตามตัวเลือดออกตามไรฟัน เยื่อจมูก<br>10. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดำเนินการของโรคพร้อมใช้ข้อมูลนี้เพื่อจูงใจให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุรา<br>การประเมินผล<br>สัญญาณชีพผิดปกติ ชีพจร 30 ครั้ง/นาที การหายใจ 35 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/79 mmHg ค่า SGOT ไม่ได้ตรวจ ค่า SGPT ไม่ได้ตรวจ platelet 173,000 cell/mm$^3$ (ปกติ) ไม่พบภาวะเลือดออกในร่างกาย ผู้ป่วยหลับพักผ่อนได้ไม่พลัดตกหกล้ม |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4**<br>ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากรับประทานอาหาร ได้น้อย เบื่ออาหารและคลื่นไส้ อาเจียน<br>วัตถุประสงค์<br>เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ<br>เกณฑ์การประเมินผล<br>ผู้ป่วยได้รับอาหารและสารน้ำเพียงพอไม่มีอาการอ่อนเพลีย ซึม สมองมึนงง พูดลำบาก หมดสติ ชัก ค่าน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 80-200 mg% สัญญาณชีพโดยเฉพาะความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 90/60 -140/90 mmHg<br>กิจกรรมพยาบาล<br>1.ประเมินภาวะน้ำตาลต่ำพร้อมหาสาเหตุการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วย<br>2.ประเมินระดับความรู้สึกตัวว่าสามารถกลืนน้ำผลไม้ได้หรือไม่<br>3.กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทีละน้อย<br>4.ให้ดื่มน้ำผลไม้ 200 มล.<br>5.ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 5% D/N/2 ตามแผนการรักษา<br>6.ติดตามตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังให้การดูแลรักษา<br>การประเมินผล<br>ผู้ป่วยได้รับอาหารและสารน้ำเพียงพอตามแผนการรักษาอาการอ่อนเพลียลดลง ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ค่าน้ำตาลในเลือด 123 mg% BP 106/62 mmHg | **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4**<br>ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการชัก และการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากขาดสุราและมีภาวะโพแทสเซียมและโซเดียมต่ำ<br>วัตถุประสงค์<br>เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดอาการชักและไม่เกิดอุบัติเหตุ<br>เกณฑ์การประเมินผล<br>ผู้ป่วยไม่ชักและไม่พลัดตกหกล้ม ค่าโพแทสเซียม 3.5-5.5 mmmol/L ค่าโซเดียม 135-145 mmmol/L<br>กิจกรรมพยาบาล<br>1.ประเมิน/สังเกตภาวะชักจากการขาดสุรา<br>2.จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากแขน ขาอ่อนแรงเนื่องจากโพแทสเซียมและโซเดียมต่ำ จัดเตียงให้อยู่ใกล้ nurse station ไม่อยู่ตรงกับหลอดไฟเพื่อลดการกระตุ้นจากแสง<br>3.จัดให้ญาติเฝ้าตลอดเวลา<br>4.ให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมทุกอย่างบนเตียง<br>5.ดูแลให้ได้รับโพแทสเซียมและโซเดียมทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา<br>การประเมินผล<br>ผู้ป่วยไม่ชักหรือพลัดตกหกล้ม ค่าโพแทสเซียม 2.95 mmmol/L (ต่ำกว่าปกติ) ค่าโซเดียม 127 mmmol/L (ต่ำกว่าปกติ) |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5**<br>ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม เนื่องจากสูงอายุ ซีด และหัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ<br>วัตถุประสงค์<br>เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุและพลัดตกหกล้ม<br>เกณฑ์การประเมินผล<br>ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุและพลัดตกหกล้ม | **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5**<br>ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ หนาวสั่น จากการติดเชื้อในกระแสเลือด<br>วัตถุประสงค์<br>เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายขึ้น<br>เกณฑ์การประเมินผล<br>อุณหภูมิร่างกายลดลง ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้เป็นช่วงๆ ปากแห้งลดลง หน้าตาแดงลดลง |

**ตารางที่ 1** ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

| ผู้ป่วยรายที่ 1 | ผู้ป่วยรายที่ 2 |
|---|---|
| กิจกรรมพยาบาล<br>1.ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด<br>2.จัดให้เตียงผู้ป่วยอยู่ใกล้ Nurse station และตรวจสอบสภาพเตียง เหล็กกั้นเตียงให้อยู่ในสภาพปลอดภัย<br>3.จัดให้ผู้ป่วยนอนพักและทำกิจกรรมประจำวันส่วนตัวบนเตียงห้ามลุกออกจากเตียง และยกราวกั้นเตียงทั้งสองข้างขึ้นทุกครั้งภายหลังทำกิจกรรมพยาบาลแก่ผู้ป่วย<br>4.สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยพร้อมทั้งแนะนำให้ความรู้ในการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยแก่ญาติ เพื่อให้สามารถแจ้งอาการผิดปกติได้อย่างรวดเร็ว ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลา<br>5.ให้คำแนะนำญาติเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ การพลัดตกหกล้มและการใช้กริ่งเรียกพยาบาล<br>การประเมินผล<br>ผู้ป่วยมีญาติดูแลใกล้ชิด ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุและไม่ผลัดตกหกล้ม | กิจกรรมพยาบาล<br>1.เช็ดตัวลดไข้ (Tepid Sponge) โดยใช้น้ำธรรมดาหรือน้ำอุ่น ใช้ผ้าชุบน้ำพอหมาดๆ ลูบเบาๆ ในทิศทางเดียวกันแล้ววางไว้ที่หน้าผาก ซอกคอ ซอกรักแร้ แผ่นหลัง แผ่นอก ครั้งละ 15 นาที และได้แนะนำถึงขั้นตอนการทำ Tepid Sponge แก่ญาติ<br>2.ให้ยา Paracetamol ลดไข้ ตามแผนการรักษาเป็นครั้งคราว ห่างกันอย่างน้อยทุก 4-6 ชั่วโมง เมื่อมีไข้มากกว่า 38 OC<br>3.ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำธรรมดา 1 แก้ว ทุก 1 ชม. เพื่อให้อุณหภูมิร่างกายลดลง<br>4.ประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิ ชีพจร หายใจ และความดันโลหิต ทุก 1 ชั่วโมง<br>5.จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ อากาศถ่ายเทได้สะดวก ให้ได้พักผ่อน และลดการใช้พลังงาน<br>การประเมินผล<br>อุณหภูมิร่างกายลดลงเหลือ 38 $^{O}$C นอนหลับพักผ่อนได้เป็นช่างๆ สีหน้าสดชื่นขึ้น ปากแห้งลดลง หน้าตาแดงลดลง ปวดเมื่อยตามตัวลดลง |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6**<br>ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ หนาวสั่น จากการติดเชื้อในกระแสเลือด<br>วัตถุประสงค์<br>เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายขึ้น<br>เกณฑ์การประเมินผล<br>อุณหภูมิร่างกายลดลง ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้เป็นช่วงๆ ปากแห้งลดลง หน้าตาแดงลดลง<br>กิจกรรมพยาบาล<br>1.เช็ดตัวลดไข้ (Tepid Sponge) โดยใช้น้ำธรรมดาหรือน้ำอุ่น ไม่ควรใช้น้ำเย็นเพราะจะทำให้เส้นเลือดหดตัว ทำให้การระบายความร้อนไม่ดีเท่าที่ควรและอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการหนาวสั่นได้ ควรใช้ผ้าชุบน้ำพอหมาดๆ ลูบเบาๆ ในทิศทางเดียวกันแล้ววางไว้ที่หน้าผาก ซอกคอ ซอกรักแร้ แผ่นหลัง แผ่นอก การเช็ดควรทำเป็นเวลา ครั้งละ 15 นาที สำหรับผู้ป่วยรายนี้มีไข้สูง 38.3 OC ญาติจำเป็นต้องทำ Tepid Sponge เป็นเจ้าหน้าที่ได้แนะนำถึงขั้นตอนการทำ Tepid Sponge แก่ภรรยาและลูก ซึ่งให้ความสนใจดีและช่วยกันดูแลจนผู้ป่วยอาการดีขึ้น ไข้ลดลง<br>2.ให้ยา Paracetamol ลดไข้ ตามแผนการรักษาเป็นครั้งคราว ห่างกันอย่างน้อยทุก 4-6 ชั่วโมง เมื่อมีไข้มากกว่า 38 OC<br>3.ประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิ ชีพจร หายใจ และความดันโลหิต อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง จากการวัดสัญญาณชีพพบว่ายังมีไข้อยู่แต่สัญญาณชีพอย่างอื่นปกติ<br>4.จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ อากาศถ่ายเทได้สะดวก ให้ได้พักผ่อน และลดการใช้พลังงาน<br>การประเมินผล<br>อุณหภูมิร่างกายลดลงเหลือ 37.3 $^{O}$C นอนหลับพักผ่อนได้เป็นช่างๆสีหน้าสดชื่นขึ้น ปากแห้งลดลง หน้าตาแดงลดลง ปวดเมื่อยตามตัวลดลง | **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6**<br>ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ เนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจทำให้ไม่สามารถสื่อสาร ได้และต้องพึ่งพาผู้อื่น<br>วัตถุประสงค์<br>เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวกับการเจ็บป่วยได้ ไม่รู้สึก สูญเสียพลังอำนาจในตน<br>เกณฑ์การประเมินผล<br>ความวิตกกังวลลดลง ไม่มีอาการหงุดหงิด มีความสงบ พักผ่อนได้ ยินยอมให้ญาติช่วยเหลือ<br>กิจกรรมพยาบาล<br>1.จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าสุขสบายดูแลท่อหายใจไม่ให้กดทับเนื้อเยื่อในช่องปากเพื่อไม่ให้บาดเจ็บจากการเสียดสีของท่อหายใจ<br>2.ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดร่วมกับญาติพร้อมทั้งสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจโดยการพยายามพูดคุยสื่อสารให้กำลังใจ แก่ผู้ป่วยและญาติ<br>3.ปกป้องสิทธิผู้ป่วยโดยการให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล แม่นยำ แจ้งผู้ป่วยทุกครั้งก่อนให้บริการหรือทำหัตถการ เช่น การดูดเสมหะ การพลิกตะแคงตัว การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการ เตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น<br>4.การให้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพและการพัฒนาทักษะใน การดูแลตนเอง เช่น การฝึกหายใจเข้าออก การฝึกสติอยู่กับลมหายใจของตนเอง<br>5.แนะนำให้ญาติพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างอบอุ่น และพร้อมที่จะดูแลในยามเจ็บป่วยอย่างเต็มใจ ไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นภาระของญาติ<br>การประเมินผล<br>ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล ไม่มีอาการหงุดหงิด สงบ พักผ่อนได้ดี |

**ตารางที่ 1** ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

| ผู้ป่วยรายที่ 1 | ผู้ป่วยรายที่ 2 |
|---|---|
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7**<br>ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เนื่องจากการเจ็บป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติและได้รับการส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัด<br><u>วัตถุประสงค์</u><br>เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ<br><u>เกณฑ์การประเมินผล</u><br>ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีสีหน้าสดชื่นขึ้น ญาติสอบถามอาการของผู้ป่วยน้อยลง<br><u>กิจกรรมพยาบาล</u><br>1.สนใจ ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และมีสีหน้า กิริยาที่เป็นมิตร ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล พูดคุยปลอบโยน และให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ ซึ่งผู้ป่วยและญาติบอกว่าพยาบาลที่โรงพยาบาลนี้พูดจาดี มีความเป็นกันเองกับผู้ป่วยทุกคน ถึงแม้จะเจ็บป่วยอยู่ก็ทำให้มีความสบายใจขึ้น<br>2.แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลการพยาบาลปลอบโยน ในการทำกิจกรรมพยาบาลที่อาจเกิดความเจ็บปวด เช่น การเจาะเลือด ทำให้ผู้ป่วยยินยอมให้การทำการรักษาอย่างเต็มใจ<br>3.เปิดโอกาสให้ญาติเฝ้าเยี่ยมผู้ป่วยใกล้ชิดตลอดเวลา และจัดเตียงให้ใกล้ Nurse station เพื่อความสบายใจของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งทางโรงพยาบาลเปิดโอกาสให้ญาติเฝ้าและเยี่ยมได้ตลอด 24 ชม.<br>4.ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ลดสิ่งรบกวนต่างๆ<br>5.ประเมินความวิตกกังวลและบันทึกความวิตกกังวลของผู้ป่วยทุกเวร<br>6.แนะนำและสอนวิธีการให้การดูแลผู้ป่วยที่ญาติสามารถทำได้เพื่อให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแล เช่น เช็ดตัวอย่างถูกวิธี หาอาหารที่ผู้ป่วยชอบมาให้ผู้ป่วยรับประทาน และเป็นอาหารอ่อน สังเกตลักษณะผิดปกติของผู้ป่วย เช่น หายใจเหนื่อยมากขึ้น<br>7.เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย/ญาติ ทั้งด้านร่างกายจิตใจ เพื่อให้พร้อมสำหรับการส่งตัวไปรับการรักษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัด<br><u>การประเมินผล</u><br>ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและยอมรับความเจ็บป่วยในครั้งนี้ มีความพร้อมในการไปรับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น และได้รับการส่งต่อในวันที่ 18 ธันวาคม 2565 และพักรักษาตัวจนถึงวันที่ 23 ธันวาคม 2565 จึงได้กลับฟื้นฟูสุขภาพที่บ้าน | **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7**<br>ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เนื่องจากการเจ็บป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติและได้รับการส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัด<br><u>วัตถุประสงค์</u><br>เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ<br><u>เกณฑ์การประเมินผล</u><br>ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีสีหน้าสดชื่นขึ้น ญาติสอบถามอาการของผู้ป่วยน้อยลง<br><u>กิจกรรมพยาบาล</u><br>1.สนใจ ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และมีสีหน้า กิริยาที่เป็นมิตร ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล พูดคุยปลอบโยน และให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ ซึ่งผู้ป่วยและญาติบอกว่าพยาบาลที่โรงพยาบาลนี้พูดจาดี มีความเป็นกันเองกับผู้ป่วยทุกคน ถึงแม้จะเจ็บป่วยอยู่ก็ทำให้มีความสบายใจขึ้น<br>2.แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลการพยาบาลปลอบโยน ในการทำกิจกรรมพยาบาลที่อาจเกิดความเจ็บปวด เช่น การเจาะเลือด ทำให้ผู้ป่วยยินยอมให้การทำการรักษาอย่างเต็มใจ<br>3.เปิดโอกาสให้ญาติเฝ้าเยี่ยมผู้ป่วยใกล้ชิดตลอดเวลา และจัดเตียงให้ใกล้ Nurse station เพื่อความสบายใจของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งทางโรงพยาบาลเปิดโอกาสให้ญาติเฝ้าและเยี่ยมได้ตลอด 24 ชม.<br>4.ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ลดสิ่งรบกวนต่างๆ<br>5.ประเมินความวิตกกังวลและบันทึกความวิตกกังวลของผู้ป่วยทุกเวร<br>6.แนะนำและสอนวิธีการให้การดูแลผู้ป่วยที่ญาติสามารถทำได้เพื่อให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแล เช่น เช็ดตัวอย่างถูกวิธี หาอาหารที่ผู้ป่วยชอบมาให้ผู้ป่วยรับประทาน และเป็นอาหารอ่อน สังเกตลักษณะผิดปกติของผู้ป่วย เช่น หายใจเหนื่อยมากขึ้น<br>7.เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย/ญาติ ทั้งด้านร่างกายจิตใจ เพื่อให้พร้อมสำหรับการส่งตัวไปรับการรักษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัด<br><u>การประเมินผล</u><br>ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและยอมรับความเจ็บป่วยในครั้งนี้ มีความพร้อมในการไปรับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น และได้รับการส่งต่อในวันที่ 31 มกราคม 2566 และพักรักษาตัวจนถึงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2566 จึงได้กลับฟื้นฟูสุขภาพที่บ้าน |

**3. ผลลัพธ์การพยาบาล**

**ตารางที่ 3** ผลลัพธ์การพยาบาล : เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

| ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 | ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|
| ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาสุขภาพตามข้อวินิจฉัยทั้ง 7 ข้อ โดยมีการดูแลและปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ปลอดภัยจากภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและสูญเสียเลือดจากการมีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนได้รับอาหารและน้ำเพียงพอไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม รู้สึกสุขสบายจากการไม่มีไข้ ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยที่มีภาวะวิกฤตได้แต่ภาวะติดเชื้อในปอดจนเกิดภาวะช็อคเป็นวิกฤตของผู้ป่วยทำให้เสี่ยงต่อการเกิดระบบหายใจล้มเหลวจึงต้องส่งตัวไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น | ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาสุขภาพตามข้อวินิจฉัยทั้ง 7 ข้อ โดยมีการดูแลและปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ปลอดภัยจากภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ปลอดภัยจากการเกิดเลือดออกง่ายจากตับเสียหน้าที่ ไม่เกิดอาการชักและไม่เกิดอุบัติเหตุจากการขาดสุรา จากการไม่มีไข้ ผู้ป่วยปรับตัวกับการเจ็บป่วยได้ ไม่รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในตน ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยที่มีภาวะวิกฤตได้แต่ภาวะติดเชื้อในปอดจนเกิดภาวะช็อคเป็นวิกฤตของผู้ป่วยทำให้เสี่ยงต่อการเกิดระบบหายใจล้มเหลวจึงต้องส่งตัวไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น |

**สรุปและอภิปรายผล**

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบที่มีภาวะช็อคจากจากการติดเชื้อในกระแสเลือด แต่มีความรุนแรงของโรคต่างกันตามปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคและโรคประจำตัวของผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาของอุไรมิตรปราสาท (2563)[11] โดยผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุ มีการใช้สารเสพติดต่อเนื่องเป็นเวลานานและการรับประทานยาชุดเป็นประจำ ทำให้เกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและหัวใจเต้นผิดจังหวะ เมื่อเกิดการติดเชื้อที่ปอด จึงมีความรุนแรงเสี่ยงต่อการเกิดระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ต้องส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวัยทำงานแต่ดื่มสุราเป็นประจำมีภาวะติดสุราจนตับอักเสบจากสุรา เมื่อเกิดการติดเชื้อที่ปอด จึงมีอาการรุนแรงเสี่ยงต่อการเกิดระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ต้องใส่ท่อหายใจและส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เมื่อได้รับการรักษาพยาบาลครอบคลุมปัญหาความเจ็บป่วยตามมาตรฐานด้านการรักษาและการพยาบาล ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของโรคเป็นอย่างดี มีสมรรถนะในการประเมินผู้ป่วยและวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤตดังกล่าวตั้งแต่แรกรับจนส่งต่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าอย่างปลอดภัย อย่างไรก็ตามควรร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการประเมินความต้องการของผู้ป่วยครอบคลุมทุกด้านตลอดจนส่งต่อข้อมูลการวางแผนดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นแก่ทีมพยาบาลชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิตตามนโยบายด้านสาธารณสุข ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

**เอกสารอ้างอิง**

1. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. อัตราป่วยตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง. แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2565. นนทบุรี. กระทรวงสาธารณสุข. 2565.
2. กองบริหารการสาธารณสุข. คู่มือสำหรับประชาชนเรื่องเซ็พสิส (Sepsis) (Internet). 2565 (เข้าถึงเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2566). เข้าถึงได้จาก: https://phdp.moph.go.th/main/index/downloadlist/53/2
3. งานเวชสถิติ. รายงานสถิติผู้ป่วยประจำปี. ขอนแก่น. โรงพยาบาลเปือยน้อย. 2566.
4. รัฐภูมิ ชมพูนุช. Septic Fast Track. อ้างใน: ดุสิต สถาภร, ครรชิต ปิยะเวชวิรัตน์, สหดล ปุญญถาวร. ICU Everywhere. กรุงเทพฯ. บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์. 2561.

5. Rhodes A,Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonell M, Ferrer R, et al. Surviving sepsis campaign: interna tional guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. Intensive Care Med 2017.
6. Beth MM, Elizabeth B. Managing sepsis and Septic shock: Current guidelines and definition. AJN. 2018.
7. นนทรัตน์ จำเริญวงศ์, สุพรรณิกา ปิยะรักษ์, ชยธิดา ไชยวงษ์. การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2563.
8. กนกพร เทียนคำศรี และธนพล บรรดาศักดิ์. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2562.
9. ภัทรศร นพฤทธิ์, แสงไทย ไตรยวงค์ และจรินทร์ โคตรพรม. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด, วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562.
10. ศิริรัตน์ ปานอุทัย และทิพาพร วงศ์หงส์กุล. การปฏิบัติการพยาบาลทางอายุรกรรม. เชียงใหม่. สมารทโคทติ้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด. 2562.
11. อุไร มิตรปราสาท. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. 2563.

# การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบบูรณา โรงพยาบาลหนองหาน

# Developing an integrated diabetes care system Nong Han Hospital

(Received: April 10,2024 ; Revised: April 12,2024 ; Accepted: April 13,2024)

**วลัยพร รุ่งเรือง[1] ,รจนา วรวิทย์ศรางกูร[2] อรอุมา จันธานี[3]**
**Walaiporn Rungrueang[1] ,Rojana Warawitsaranggoon[2], Onuma Chanthani[3]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบบูรณาการ ของโรงพยาบาลหนองหาน ศึกษาประสิทธิผลและความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบบูรณาการที่ได้พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และไม่มีโรคแทรกซ้อนจากการป่วยเป็นโรคเบาหวาน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 45 คน กลุ่มทดลองใช้กับระบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบใช้กับการดูแลแบบเดิม เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบบสอบถาม และแบบบันทึกภาวะสุข ภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square test, Independent t-test และ Paired sample t-test

ผลการศึกษา พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งโดยรวม รายด้านแต่ละด้าน และระดับน้ำตาลในเลือดดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (P-value < 0.05) ส่วนดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ไม่มีความแตกกันทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งโดยรวม และรายด้าน ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.01) ส่วนกลุ่มกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและในแต่ละด้าน ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ไม่มีความแตกกันทางสถิติ (P-value > 0.05) และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการดูแลด้วยระบบที่พัฒนาขึ้น ร้อยละ 86.7 มีความพึงพอใจมาก ดังนั้น จึงสามารถใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ที่ได้พัฒนาขึ้นนี้และขยายผลไปยังสถานบริการอื่น ๆ

**คำสำคัญ:** ระบบการดูแลผู้ป่วย ระบบดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบบูรณาการ โรคเบาหวาน

**Abstract**

This research and development (R&D) study aimed to develop an integrated diabetes care system at Nong Han Hospital, and to investigate the effectiveness and satisfaction with the developed system. The sample consisted of 90 diabetes patients with blood sugar levels greater than 130 mg/dL and no diabetes complications. They were divided into an experimental group (n=45) using the developed care system and a control group (n=45) receiving usual care. The tools used included the diabetes care system, questionnaires, and health record forms. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, independent t-test, and paired sample t-test.

The study found that the experimental group had better overall and individual aspects of self-care behaviors and blood sugar levels compared to the control group ($p<0.05$). There were no statistical differences in body mass index (BMI) and waist circumference between the groups. When comparing within the experimental group, self-care behaviors, blood sugar levels, BMI, and waist circumference significantly improved after the intervention ($p<0.01$). In the control group, there were no statistical differences in overall and individual aspects of self-care behaviors, blood sugar levels, BMI, and waist circumference between pre- and post-intervention ($p>0.05$). Additionally, 86.7% of patients receiving care through the developed system were highly satisfied. The developed integrated diabetes care system can be implemented in the study area and expanded to other healthcare facilities.

**Keywords:** Patient care system, integrated diabetes care system, diabetes mellitus

---

[1] พว.ชำนาญการ โรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน

[2] พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการสอน) ชำนาญการพิเศษ

[3] พว. ชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะแบง

**บทนำ**

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกซึ่งในปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ องค์การอนามัยโลกระบุว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี 2030 และจะมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็น 3.2 ล้านคน ซึ่งประเทศไทยมีความชุกของโรคเบาหวาน 4.8 ล้านคน[1,2] และประเทศไทยกำลังเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ใน พ.ศ.2568 โดยจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นประมาณ 14.4 ล้านคน กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นถึงความสำคัญดังกล่าว โดยระบุให้เบาหวานเป็นหนึ่งโรคที่กระทรวงให้ความสำคัญในแง่ของการป้องกันและรักษา ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ซึ่งจัดทำโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ในพ.ศ. 2560 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติในหลักการของแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีความเป็นเอกภาพในการบริหารจัดการเพื่อสุขภาพของประชาชน เน้นป้องกันโรคมากกว่าการรักษา โดยการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนไทยตลอดช่วงชีวิตทุกกลุ่มวัย เพื่อการก้าวสู่สังคมสุขภาพที่ยั่งยืน[3]

อุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในสถานพยาบาลภาครัฐมีแนวโน้มคงที่อัตราส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ พบในกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 10.64 ส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต อย่างไรก็ตามความครอบคลุมของการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนจะส่งผลต่อจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ และจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในแต่ละปีด้วย ซึ่งพบว่า ความครอบคลุมในการคัดกรองโรคเบาหวานนั้นค่อนข้างต่ำ เพียงร้อยละ 56.5 นอกจากนั้นสถานการณ์การเสียชีวิตก็ต่ำกว่าความเป็นจริงเนื่องจากข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตในใบมรณะบัตรส่วนใหญ่จะแสดงเฉพาะสาเหตุสุดท้ายที่ทำให้เสียชีวิต ซึ่งมักจะไม่ระบุว่าเกิดจากโรคเบาหวาน แต่หากพิจารณาจากข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยง พบว่า ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจึงมีความเป็นไปได้ว่าสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานในปัจจุบันและในอนาคตยังจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

นอกจากนี้การเจ็บป่วยจากโรคเบาหวานจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง เนื่องจากจะมีอาการแทรกซ้อนเกิดขึ้นกับร่างกายและมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดในสมองตีบ โรคไตวายเรื้อรัง โรคปลายประสาทตาและจอประสาทตาเสื่อม เป็นต้น ดังนั้น การเฝ้าระวังเป็นกระบวนการหนึ่งที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี เป็นโรงพยาบาลขนาด M2 ประชากรในพื้นที่จำนวน 116,249 คนอัตราชุก โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นในปี 2563-2565 ร้อยละ 5.2. 5.5 และ 5.8 ตามลำดับ อัตราป่วยเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นในปี 2564-2566 อัตรา 557.11 727.72 669.25 ตามลำดับ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ปี 2564-2566 ร้อยละ 25.88 25.54 และ 38.42[5] ตามลำดับ (เป้าหมาย ร้อยละ 40) เมื่อพิจารณาการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่า มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตัดนิ้วเท้า ตัด เท้า ตัดขารายใหม่ในปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 - พฤษภาคม 2566) จำนวน 4 ราย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะแทรกซ้อนทางไตรายใหม่ในปี 2563-2565 ร้อยละ 9.79, 7.86 และ 7.60 ตามลำดับ[5]

ผู้วิจัยเป็นผู้จัดการรายกรณีโรคเบาหวาน (Nurse case manager) และเป็นเลขาทีมนำด้านการดูแลผู้ป่วย (PCT) ของโรงพยาบาล ได้ทบทวนวรรณกรรมพบว่า การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยบูรณาการกรอบแนวคิดทางการวิจัยแบบ Research and Development ร่วมกับมาตรฐานตอน 3 (กระบวนการดูแลผู้ป่วย) ของสถานบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้าถึงบริการที่ครอบคลุมและมีคุณภาพมากขึ้น ตลอดจนกระบวนการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน จะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต จึงทำการศึกษาโดยประยุกต์ใช้ตามแนวทางของ Dey & Hariharan[10] มี

4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาและวิเคราะห์แนวทางแก้ไขปัญหา ด้วยการศึกษาสถานการณ์ต่างๆ ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำรูปแบบหรือแผนในการพัฒนา โดยการระดมสมองแพทย์ และพยาบาลผู้ที่ให้การดูแล รักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย และประเมินผลและขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ หลังจากการติดตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในกลุ่มที่ใช้รูปแบบ (2 เดือนต่อมา) และใช้กรอบมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital and Healthcare Standards) ในตอนที่ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วยมาเป็นกรอบในการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน โดยกระบวนการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะ Pre-Hospital , In Hospital และ Post- Hospital ที่มีการจัดรูปแบบผ่านระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความรวดเร็วปลอดภัยและมีการบันทึกข้อมูลการดูแลที่สนับสนุนการรักษาพยาบาลต่อเนื่องครบถ้วน กลุ่มเป้าหมายอันประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางหรือกิจกรรมในการเฝ้าระวังผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่โรงพยาบาลหนองหาน ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยแบบเชิงรุกเพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการ โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องและเหมาะสม ตลอดจนทีมบุคลากรทางการแพทย์มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเฝ้าระวังผู้ป่วย ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานีโดยเฉพาะในด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นตอนที่ 3 ของมาตรฐานโรงพยาบาลประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงและเข้ารับบริการ การประเมินผู้ป่วย การวางแผน การดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลและเสริมพลัง และการดูแลต่อเนื่อง

จากมาตรฐานโรงพยาบาลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ป่วยเบาหวานหากมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การใช้ยา ควบคุมระดับน้ำตาลและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่แบบแผนในการดำเนินชีวิตและการจัดการกับอาการในแต่ละขั้นตอนของโรคจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบบูรณาการ โรงพยาบาลหนองหาน
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบบูรณาการ โรงพยาบาลหนองหาน ในเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบบูรณาการ โรงพยาบาลหนองหาน ที่ได้พัฒนาขึ้น

**วิธีการศึกษา**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตามแนวทางของ Dey & Hariharan[10] ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนด ขั้นตอนการวิจัยและพัฒนาเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1** ค้นหาปัญหา วิเคราะห์แนวทางแก้ไขปัญหา และแนวทางการดำเนินการในการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลหนองหาน โดยการสนทนากลุ่มกับบุคลากรสุขภาพที่ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลหนองหาน ได้แก่ แพทย์โรงพยาบาลหนองหาน จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลหนองหาน จำนวน 3 คน และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ผู้ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย จำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้น 7 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ มีประสบการณ์ในการรักษาพยาบาล/เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างน้อย 1 ปี และยินดีให้ข้อมูล เครื่องมือการวิจัยเป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับปัญหาในการรักษา การให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานแนวทางแก้ไขปัญหาและการดำเนินการในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลหนองหาน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

**ระยะที่ 2** การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองหาน เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากระยะ

ที่ 1 มากำหนดรูปแบบและขั้นตอนในการดำเนินงานการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยการระดมสมองแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. รวม 7 คน ซึ่งเป็นชุดเดียวกับที่เข้าร่วมในขั้นตอนที่ 1 มาพิจารณาจัดทำระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในรงพยาบาลหนองหาน ซึ่งได้กำหนดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ดำเนินการ คือ พัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยได้นำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital and Healthcare Standards) ในตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย มาเป็นกรอบในการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน โดยกระบวนการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะ Pre-Hospital, In Hospital และ Post- Hospital ที่มีการจัดรูปแบบผ่านระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความรวดเร็ว ปลอดภัยและมีการบันทึกข้อมูลการดูแลที่สนับสนุนการรักษาพยาบาลต่อเนื่องครบถ้วน

**ระยะที่ 3** การนำระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลหนองหานไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายและประเมินผล

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ดูแล และทีมบุคลากรทางการแพทย์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลหนองหาน ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้เกี่ยวข้องในการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรราชธานี โดยมีเงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของประชากรที่ถูกเลือกมาศึกษา ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1) ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคเบาหวาน (E11.9) และรับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองหาน พร้อมทั้งอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองหานเป็นประจำติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี

2) ผู้ป่วยเบาหวานที่สมัครใจและสามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จนครบ 3 เดือน

3) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีทักษะอ่านออก เขียนได้ สามารถตอบโต้และสื่อความหมาย เข้าใจในการตอบแบบสัมภาษณ์

4) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbAIC > 7%-10%)

5) ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1) ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกกิจกรรมตลอดจนครบ 3 เดือน

2) ผู้ป่วยและผู้ดูแลย้ายที่อยู่

3) เสียชีวิตระหว่างการวิจัย

**ขนาดตัวอย่าง**

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรการวิจัยทางคลินิก กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทางคลินิก โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 ค่า สูตรที่ใช้คือ

สูตรที่ใช้คือ

$$n = \frac{\left[ z_{\frac{\alpha}{2}} + z_{\beta} \right]^2 \times 2\sigma^2}{\delta^2}$$

โดยที่ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างขอแต่ละกลุ่มที่ต้องการ

O = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรผลลัพธ์หลัก = 24.9[11]

$\delta$ = ขนาดความแตกต่างที่มีความสำคัญทางคลินิก = 15.3 มิลลิกรัม/เดซิลิตร[11]

$Z_{a/2}$ =1.9620 $Z\beta$ =0.84

ดังนั้น จะต้องมีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 42 คนเป็นอย่างน้อย ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 45 คน คือ 1) กลุ่มที่ใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น (กลุ่มทดลอง) จำนวน 45 คน ที่สมัครใจเข้ารับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้พัฒนาขึ้น 2) กลุ่มที่ใช้ระบบการดูแลแบบเดิม (กลุ่มเปรียบเทียบ) จำนวน 45 คน ที่รับการรักษาตามปกติที่เคยให้บริการ ซึ่งยินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษาในกลุ่มที่ใช้ระบบการดูแลแบบเดิม

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลหนองหาน ประกอบด้วย กระบวนการ

พยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะ Pre-Hospital, In Hospital และ Post- Hospital ที่มีการจัดรูปแบบผ่านระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความรวดเร็ว ปลอดภัยและมีการบันทึกข้อมูลการดูแลที่สนับสนุนการรักษาพยาบาลต่อเนื่องครบถ้วน

2. แบบสอบถามก่อนและหลังการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศอายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้สิทธิในการรักษาพยาบาล ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาการรับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองหาน ในปัจจุบัน และการมารับการรักษาตามนัดลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปิดหรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ รวม 10 ข้อ

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (8 ข้อ) การรับประทานยา (5 ข้อ) การออกกำลังกาย (2 ข้อ) การจัดการกับความเครียด (5 ข้อ) การควบคุมปัจจัยเสี่ยง (5 ข้อ)การเฝ้าระวังโรค (3 ข้อ) แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคอร์ต (Likert Scale) โดยมีข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่า ไม่เคยเลย นาน ๆ ครั้ง เป็นประจำและทุกวัน / ทุกครั้ง แบ่งเกณฑ์การพิจารณาในแต่ละข้อดังนี้คือ ข้อคำถามเชิงบวก ถ้าตอบทุกวัน /ทุกครั้ง ให้คะแนน 3 คะแนนเป็นประจำ ให้คะแนน 2 คะแนน นาน ๆ ครั้ง ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่เคยเลย ให้คะแนน 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบถ้าตอบทุกวัน / ทุกครั้ง ให้คะแนน 0 คะแนน เป็นประจำ ให้คะแนน 1 คะแนน นาน ๆ ครั้งให้คะแนน 2 คะแนน และไม่เคยเลย ให้คะแนน 3 คะแนน

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคอร์ต (Likert Scale) รวมทั้งสิ้น 13 ข้อ โดย 12 ข้อ เป็นข้อคำถามในแต่ละประเด็นต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับ และอีก 1 ข้อ เป็นข้อคำถามความพึงพอใจโดยรวม มีข้อคำตอบให้เลือกตอบว่ามีความพึงพอใจ มาก ปานกลาง น้อย หรือไม่พอใจแบ่งเกณฑ์การพิจารณาในแต่ละข้อดังนี้ คือถ้าตอบมาก ให้คะแนน 3 คะแนน ปานกลางให้คะแนน 2 คะแนน น้อย ให้คะแนน 1 คะแนนและไม่พอใจ ให้คะแนน 0 คะแนน

3. วีดิทัศน์เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลตนเอง (ความยาว 10 นาที) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยรวบรวมเนื้อหาจากประสบการณ์ และการสัมภาษณ์ผู้ป่วย เพื่อให้ได้เนื้อหาที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริง

4. แผนภาพการจัดจานอาหาร ชื่อ “เบาหวานหายได้ด้วยอาหารแป้งต่ำไขมันดีสูง” ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโภชนาการผู้ป่วยเบาหวานในรูปแบบอาหารแป้งต่ำ ผสมผสานกับการเลือกแหล่งไขมันดี

5. แบบบันทึกภาวะสุขภาพเฉพาะบุคคลสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในเลือด ค่าน้ำตาลสะสม และอาการผิดปกติที่พบ

**การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้นำไปหาคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้ ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลหนองหาน แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานผ่านการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (Content validity) วีดิทัศน์เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลตนเอง แผนภาพการจัดจานอาหาร โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objectives congruence: IOC) ระหว่าง 0.66-1.00 และนำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไปหาความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลหนองหาน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีค่าเท่ากับ 0.84 และ 0.89 ตามลำดับ

ดำเนินการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม และแบบบันทึกภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ครั้งที่ 1 ก่อนการทดลองในเดือนสิงหาคม – ตุลาคม 2566 ครั้งที่ 2 ในเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2566 โดยแยกเก็บข้อมูลในแต่ละกลุ่มทั้งก่อนและหลังการศึกษา

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. วิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคล (ตัวแปรควบคุม) ของประชากรที่ศึกษา และความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบบูรณาการ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มที่ใช้ระบบและกลุ่มที่ไม่ใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น เพื่อพิสูจน์ทางสถิติให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มดังกล่าวมีลักษณะที่คล้ายกันหรือไม่ โดยใช้ Chi-square test

3. วิเคราะห์ประสิทธิผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว โดยใช้สถิติดังนี้

- Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

- Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ของแต่ละกลุ่ม

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 16066

**ผลการศึกษา**

**1.ปัญหาการดำเนินการในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลหนองหาน** พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลเน้นการรักษาด้วยยา โดยการรักษาให้สอดคล้องกับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้สุขศึกษาโดยทีมสหวิชาชีพเน้นเป็นภาพรวม ไม่มีเกณฑ์และรูปแบบการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา กลุ่มป่วยเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงวิกฤติ (400 มก.ดล) ภายหลังได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือด จำหน่ายกลับบ้านโดยไม่มีระบบติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ไม่มีระบบแจ้งเตือนและติดตามผู้ป่วยขาดนัด ส่งผลให้มีร้อยละผู้ป่วยขาดนัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.3 ในปี 2564 เป็นร้อยละ 16 ในปี 2565

**2.ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลหนองหาน** พบว่า **ระยะ Pre-Hospital** ภายหลังปรับระบบบริการ ได้พัฒนาระบบส่งต่อกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (FCG > 250 มก.ดล) ติดต่อกัน 2 ครั้ง จาก รพสต. มาโรงพยาบาลหนองหาน พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะทำหน้าที่กำกับการปฏิบัติตามระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ส่วนในรายที่น้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์/มีปัญหาซับซ้อน ไม่ยินยอมให้ส่งต่อมาที่โรงพยาบาลด้วยเหตุผลว่ายังไม่มีอาการผิดปกติ care manager จะ ประสานความร่วมมือ (Collaboration) กับแพทย์และทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงและเข้ารับบริการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา โดยการส่งต่อข้อมูลผ่านระบบส่งต่อในโปรแกรม HosXp ของโรงพยาบาลและ Line กลุ่ม NCD อำเภอหนองหาน **ระยะ In Hospital** ภายหลังปรับระบบบริการ จัดให้มีระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เป็น Flow การปฏิบัติที่ชัดเจน โดยกลุ่มที่ HbA1C > 7 % ได้รับคำแนะนำเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) ร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองผ่านวีดิทัศน์ ความยาว 10 นาที แผ่นภาพสรุปการจัดจานมื้ออาหาร (เบาหวานหายได้ด้วยอาหารแป้งต่ำไขมันดีสูง) และแบบบันทึกภาวะสุขภาพเฉพาะบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย และมีระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัดทุกวันทางหมายเลขโทรศัพท์ที่ลงทะเบียนไว้กับโรงพยาบาล หรือผ่าน Line กลุ่ม NCD อำเภอหนองหาน **ระยะ Post- Hospital**

จัดให้มีระบบดูแลต่อเนื่องที่บ้านในกลุ่มป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (OPD case) ประสานส่งต่อข้อมูลผ่านไลน์กลุ่ม NCD อำเภอหนองหาน ร่วมกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโดยติดตามวัดค่าน้ำตาลปลายนิ้ว (FCG) และบันทึกในแบบบันทึกภาวะสุขภาพเฉพาะบุคคล

กำหนดแนวทางการแจ้งเตือน สำหรับกลุ่มป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยภาวะ Hyperglycemia/ Hypoglycemia เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการรักษา การติดตามการรักษาและการ mapping เพื่อเฝ้าระวังและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว

**สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ** (กลุ่มใช้ระบบการดูแลแบบเดิม) พยาบาลวิชาชีพ / เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ทำการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน แล้วให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับโรค ให้ผู้ป่วยรับยา พร้อมนัดหมายมารักษาในครั้งต่อไป

**3ประสิทธิผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลหนองหาน**

**กลุ่มทดลอง** พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.0 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.9 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 64.4 มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่ร้อยละ 88.9 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ในเรื่องอาชีพ พบว่า ทำงานบ้าน/ช่วยเหลืองานในครอบครัว ร้อยละ 68.9 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทร้อยละ 57.8 มีการป่วยเป็นโรคเบาหวานมมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 42.2 รองลงมาป่วยมานาน5 - 10 ปี และน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 35.6 และ22.2 ตามลำดับ ทั้งนี้ ระยะเวลามารักษาที่ รพ.สต.ที่มารักษาในปัจจุบัน 5 - 10 ปี ร้อยละ 44.4 รองลงมารักษานาน มากกว่า 10 ปี และน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 31.2 และ 24.4 ตามลำดับ มีดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ ร้อยละ 64.4 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 95

**กลุ่มเปรียบเทียบ** พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.7 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 68.9 มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่ร้อยละ 88.0 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ในเรื่องอาชีพ พบว่า ทำงานบ้าน/ช่วยเหลืองานในครอบครัว ร้อยละ 53.3 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 73.4 ป่วยเป็นโรคเบาหวานมา 5 10 ร้อยละ 46.7 รองลงมาป่วยมามากกว่า 10 ปี และน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 289 และ 24.4 ตามลำดับมารักษาที่ รพ.สต.ที่มารักษาในปัจจุบัน 5 - 10 ปี. ร้อยละ 51.1 มีดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ ร้อยละ 60.0 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 95.6 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาล และร้อยละ 66.7 มีการผิดนัดเป็นบางครั้ง

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ตัวแปรควบคุมในเรื่องเพศ อายุ ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน และดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ใช้รูปแบบที่พัฒนา) และกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มที่ใช้รูปแบบเดิม) มีลักษณะดังกล่าวไม่แตกต่างกันทางสถิติ (P-value > 0.05)

**ประสิทธิผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน**

ได้ศึกษาโดยเปรียบเทียบในเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามระบบที่ได้พัฒนาขึ้น และกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งใช้วิธีการเดิม ๆ ที่เคยปฏิบัติกันมานานและหลังการใช้ระบบดังกล่าว พบผลการศึกษา ดังนี้

**1.พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง**

**ก่อนการทดลอง** พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและในแต่ละด้าน ทุกด้าน ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ไม่มีความแตกต่างกัน (P-value > 0.05) รายละเอียดดังตารางที่ 1 **หลังการทดลอง** พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งโดยรวม และในแต่ละด้าน และระดับน้ำตาลในเลือดดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (P-value < 0.05) ส่วนดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ไม่มีความแตกกันทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 1

**ตาราง 1** เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง(n= 45)

| รายการ | ก่อนทดลอง (n=15) | | t | P-value | หลังทดลอง (n=15) | | t | P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M | SD | | | M | SD | | |
| **พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม** (84 คะแนน) | | | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 44.2 | 5.7 | 0.372 | 0.711 | 60.5 | 6.1 | 60.5 | <0.001 |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 44.8 | 7.7 | | | 45.3 | 7.4 | | |
| **ด้านการรับประทานอาหาร** (24 คะแนน) | | | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 10.2 | 3.0 | 1.151 | 0.253 | 15.7 | 3.4 | 7.838 | <0.001 |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 9.4 | 3.3 | | | 10.0 | 3.4 | | |
| **ด้านการรับประทานยา** (15 คะแนน) | | | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 10.0 | 1.7 | 1.136 | 0.259 | 12.7 | 1.4 | 6.728 | <0.001 |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 10.4 | 1.4 | | | 10.6 | 1.4 | | |
| **ด้านการออกกำลังกาย** (6 คะแนน) | | | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 1.4 | 1.1 | 0.684 | 0.519 | 3.3 | 1.0 | 5.868 | <0.001 |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 1.6 | 1.4 | | | 1.8 | 1.4 | | |
| **ด้านการจัดการกับความเครียด (**15 คะแนน) | | | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 8.0 | 1.9 | 1.55. | 0.125 | 10.5 | 2.0 | 4.780 | <0.001 |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 8.6 | 1.7 | | | 8.6 | 1.6 | | |
| **ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง** (15 คะแนน) | | | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 9.6 | 1.3 | 0.932 | 0.354 | 1.4 | 4.822 | 76.1 | <0.001 |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 10.0 | 2.1 | | | 2.1 | | | |
| **ด้านการเฝ้าระวังโรค** (9 คะแนน) | | | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 4.8 | 2.0 | 1.755 | 0.083 | 6.1 | 1.5 | 5.848 | <0.001 |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 4.1 | 1.8 | | | 4.2 | 1.6 | | |
| **ระดับน้ำตาลในเลือด** (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร) | | | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 175 | 41 | | | 177.7 | 40.3 | | <0.001 |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 1 | 6 | | | | | | |
| **ดัชนีมวลกาย**) | | | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 28.8 | 7.7 | 0.491 | 0.624 | 26.8 | 6.7 | -0.804 | 0.423 |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 28.0 | 7.2 | | | 28.0 | 7.2 | | |
| **เส้นรอบเอว** (เซนติเมตร) | | | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 100.2 | 15.8 | 0.471 | 0.639 | 97.8 | 13.9 | 0.044 | 0.965 |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 98.5 | 18.4 | | | 97.7 | 41.7 | | |

**2.พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ก่อนกับหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ**

**กลุ่มทดลอง** พบว่า หลังการทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งโดยรวม และในแต่ละด้านระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.01) รายละเอียดดังตารางที่ 2

**กลุ่มเปรียบเทียบ** พบว่า ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งโดยรวม และในแต่ละด้าน ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ไม่มีความแตกกันทางสถิติ (P-value > 0.05) รายละเอียดดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวก่อนกับหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ(n= 45)

| รายการ | กลุ่มทดลอง | | t | P-value | กลุ่มเปรียบเทียบ | | t | P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M | SD | | | M | SD | | |
| พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม (84 คะแนน) | | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 44.2 | 5.7 | 18.547 | <0.001 | 44.8 | 7.7 | 1.619 | 0.113 |
| หลังทดลอง | 60.5 | 6.1 | | | 45.3 | 7.4 | | |
| ด้านการรับประทานอาหาร (24 คะแนน) | | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 10.2 | 3.0 | 10.426 | <0.001 | 9.4 | 3.3 | 1.616 | 0.113 |
| หลังทดลอง | 15.7 | 3.4 | | | 10.0 | 3.4 | | |
| ด้านการรับประทานยา (15 คะแนน) | | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 10.0 | 1.7 | 11.521 | <0.001 | 10.4 | 1.4 | 1.459 | 0.152 |
| หลังทดลอง | 12.7 | 1.4 | | | 10.6 | 1.4 | | |
| ด้านการออกกำลังกาย (6 คะแนน) | | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 1.4 | 1.1 | 9.257 | <0.001 | 1.6 | 1.4 | 2.006 | 0.051 |
| หลังทดลอง | 3.3 | 1.0 | | | 1.8 | 1.4 | | |
| ด้านการจัดการกับความเครียด (15 คะแนน) | | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 8.0 | 1.9 | 12.667 | <0.001 | 8.6 | 1.7 | 0.000 | 1.000 |
| หลังทดลอง | 10.5 | 2.0 | | | 8.6 | 1.6 | | |
| ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (15 คะแนน) | | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 9.6 | 1.3 | 12.348 | <0.001 | 10.0 | 2.1 | 1.856 | 0.070 |
| หลังทดลอง | 12.0 | 1.4 | | | 10.1 | 2.1 | | |
| ด้านการเฝ้าระวังโรค (9 คะแนน) | | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 4.8 | 2.0 | 5.731 | <0.001 | 4.1 | 1.8 | 0.645 | 0.522 |
| หลังทดลอง | 6.1 | 1.5 | | | 4.2 | 1.6 | | |
| ระดับน้ำตาลในเลือด (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร) | | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 194.2 | 56.7 | 7.525 | <0.001 | 175.1 | 41.6 | 0.774 | 0.443 |
| หลังทดลอง | 139.2 | 23.7 | | | 177.7 | 40.3 | | |
| ดัชนีมวลกาย) | | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 28.8 | 7.7 | 5.654 | <0.001 | 28.8 | 7.2 | 1.547 | 0.129 |
| หลังทดลอง | 26.8 | 6.7 | | | 28.0 | 7.2 | | |
| เส้นรอบเอว (เซนติเมตร) | | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 100.2 | 15.8 | 3.631 | 0.001 | 98.5 | 18.40 | 0.740 | 0.463 |
| หลังทดลอง | 146.0 | 13.9 | | | 97.7 | 14.7 | | |

**ความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน** พบว่า ในภาพรวมผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการดูแลด้วยระบบที่พัฒนาขึ้น ร้อยละ 86.7 มีความพึงพอใจมาก รองลงมา ร้อยละ 11.1 และ 2.2 มีความพึงพอใจปานกลางและน้อย โดยมีความพึงพอใจมากในเรื่องประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมระบบการดูแลแบบใหม่ ร้อยละ 91.1 รองลงมา คือเรื่อง

สัมพันธภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 88.9

**สรุปและอภิปรายผลการวิจัย**

จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลหนองหาน ได้จัดให้มีระบบการกระบวนการดูแลผู้ป่วยมาเป็นกรอบในการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน โดยกระบวนการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะ Pre-Hospital , In Hospital และ Post- Hospital ที่มีการจัดรูปแบบผ่านระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความรวดเร็วปลอดภัยและมีการบันทึกข้อมูลการดูแลที่สนับสนุนการรักษาพยาบาลต่อเนื่องครบถ้วน ได้แก่ ให้การรักษาพยาบาล ให้ความรู้ กำลังใจ ติดตามผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง และประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เมื่อมารักษาที่ รพ.สต. และเมื่อนำระบบดังกล่าวมาใช้ พบว่าทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแล ตนเองดีขึ้น มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าการดูแลแบบเดิมมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงมากกว่าการดูแลแบบเดิม ผู้ใช้ระบบที่พัฒนามีความพึงพอใจมากถึง ร้อยละ 86.7

ทั้งนี้ ระบบที่พัฒนานี้ มีการประเมินการปฏิบัติและให้ความรู้ในปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง มีการติดตามและให้กำลังใจผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือเป็นจุดเด่นของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พัฒนา ทำให้ผู้ป่วยใส่ใจที่จะมารักษาพยาบาล และมารักษาตรงตามนัด นอกจากนี้มีการซักถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานตามพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ถูกต้อง เป็นการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในส่วนที่ยังเป็นปัญหาของผู้ป่วยและเป็นการใส่ใจติดตามการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นการสื่อสารและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หากผู้ป่วยไม่เข้าใจก็จะได้ซักถามได้[12] มีการประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เพื่อนำสิ่งที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องมาปรับปรุงแก้ไขให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง มีการให้กำลังใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีพลังกายและใจที่จะปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น อีกทั้งมีการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เพื่อทราบความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาล พร้อมทั้งซักถามถึงการปฏิบัติตนของผู้ป่วย ซึ่งหากผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ หรือยังไม่ปฏิบัติก็จะเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเข้าใจและเกิดการปฏิบัติ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ต่างจากระบบเดิมที่เคยปฏิบัติ คือ พยาบาล/เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ทำการรักษาพยาบาล ให้คำแนะนำ แล้วให้ผู้ป่วยรับยา และกลับบ้าน ซึ่งพบในทางปฏิบัติว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐภัสสร และคณะ[9] ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี เมื่อได้รับการดูแล ติดตามสุขภาพทางไกล สื่อสารให้ความรู้ ประเมิน ติดตาม ทำให้ระดับน้ำตาลขณะอดอาหารลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มยุรี[14] พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำในการปฏิบัติในการดูแลตนเอทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นและทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง นันทพร และยุวมาลย์ [15] พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีการเสริมพลังให้กำลังใจ และติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้การนำระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พัฒนาไปใช้ดังกล่าวเป็นการจัดให้มีกิจกรรมการให้ความรู้ประเมินพฤติกรรม ติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ มีการติดตามและประเมินผลที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม แสดงถึงความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย เข้าถึงผู้ป่วยได้สะดวกรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจเป็นอย่างมาก ซึ่งแตกต่างจากระบบการดูแลแบบเดิมที่เคยทำ สอดคล้องกับการศึกษาศุภมิตร[13] ที่พบว่า การแจ้ง/ติดตามให้ผู้ป่วยมาทำการรักษา ให้ความรู้ คำแนะนำ และประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากถึงร้อยละ 90.0 **ข้อควรระวัง** คือ ต้องมีการติดตามให้ผู้ป่วยมารับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซักถาม ดูแลใส่ใจผู้ป่วยตามสภาพปัญหาที่มีของผู้ป่วยแต่ละคน

โดยเฉพาะในช่วงเดือนแรกหลังจากที่นำระบบนี้ไปใช้กับผู้ป่วย เพราะเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมักจะกลับไปมีพฤติกรรมดังเดิมได้

**ข้อเสนอแนะ**

1. เชิงนโยบาย ควรส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของหน่วยบริการ โรงพยาบาลหนองหาน ให้มีระบบการแจ้งเตือนให้มารักษาตามนัด มีการประเมินการปฏิบัติและให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง พร้อมทั้งติดตามและให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตามระบบที่พัฒนา

2. ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควรเน้นในเรื่องที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และหลังการให้ความรู้ควรมีการติดตาม และประเมินการปฏิบัติตัวเป็นระยะๆ และเพิ่มเติมในส่วนที่ยังปฏิบัติตัวไม่ได้

## เอกสารอ้างอิง

1.อัมพา สุทธิจำรูญ. มาตรฐานคลินิกเบาหวานของประเทศไทย. วารสารเบาหวาน 2565; 54(1): 19-22.
2.วรรณี นิธิยานันท์. ไทยป่วยเบาหวานพุ่งสูงต่อเนื่องแตะ 4.8 ล้านคน ชี้ เนื่อยนิ่ง-อ้วน-อายุมาก' ต้นเหตุเอินเทอร์เน็ต. 2563 เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2564].เข้าถึงได้จาก: https://www. hfocus.org/content/2019/11/18014
3.American Diabetes Association. Standards ofmedical care for patients with diabetes mellitus. Diabetes care 2017; 30: S4-40.
4.สันต์ หัตถีรัตน์. การแพทย์ทางไกล. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh.Go.th/news/view.asp? id= 2389
5.Wongprakomkul s. New Era of Healthcare through Business Ecosystem and Telehealth. Mahidol R2R e-Journal 2020; 7(2): 1-15.
6.Aberer F,Hochfellner D.A, Mader J K. Application of telemedicine in diabetes care: The Time is Now. Diabetes Ther 2021; 12: 629-39.
7.Borries TM, Dunbar A, Bhukhen A, Rismany J, Kitham J, Feinn R, et al. The impact of telemedicine on patient self-management processes and clinical outcomes for patients with Types I or II Diabetes Melitus in the United States: A scoping review. Diabetes Metab Syndr 2019;13(2): 1353-7.
8.ณัฐภัสสร เดิมขุนทด, รัชนีวรรณ ขวัญเจริญ, ชาญวัฒน์ ชวนตันติกมล , พิชญ์ พหลภาคย์, สว่างจิต สุรอมรกูล. ผลของการติดตามสุขภาพทางไกล ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2564; 65(ฉบับเพิ่มเติม): 75-89.
9.Dey, K P,, & Hariharan, S. Integrated approach to healthcare Quality management: A case study. The TQM Magazine 2006; 18(6). 583-605.
10.ธีรพจน์ ฟักน้อย. 2565. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์. รายงานวิจัย.
11.Beckie T. A supportive-educative telephone program: impact on knowledge and anxiety after coronary artery bypass graft surgery. Heart Lung1989, 18: 46-55.
12.ศุภมิตร ปาณธูป. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด. อุตรดิตถ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์. 2562..
13.มยุรี เที่ยงสกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. สมุทรสงคราม: รายงานวิจัย. 2561.
14.นันทพร บุษราคัมวดี และยุวมาลย์ ศรีปัญญวุฒิศักดิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครนายก. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2555;5(2): 114-129.
15.Kinsella, A. Telehealth and home care nursing. mHome Healthcare Nurse 2010; 15(11): 796-797.

# การศึกษาปัจจัยเสี่ยงทางหลอดเลือดที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในโรงพยาบาลโนนสูง

# Vascular risk factors for recurrent stroke in Nonsung Hospital.

(Received: April 25,2024 ; Revised: April 27,2024 ; Accepted: April 28,2024)

**วิธ เชื่อมวรกุล**[1]
**Witt Chuamworakul**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยแบบย้อนหลัง (Retrospective study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านหลอดเลือดที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ในผู้ป่วยโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโนนสูงในคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยใช้สถิติ logistic regression

ผลการศึกษา: พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ (New stroke) จำนวน 183 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Recurrent stroke) จำนวน 48 คน โดยผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำคิดเป็นร้อยละ 20.8 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ พบเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมีเพศหญิงจำนวน 27 คน (ร้อยละ 56.3) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 50-59ปี มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหลอดเลือดสมองตีบ จำนวน 45 คน (ร้อยละ 93.8) หลอดเลือดสมองแตก 3 คน (ร้อยละ 6.3) เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงทางหลอดเลือดที่ทำการศึกษาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมองซ้ำและกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรายใหม่ พบว่า ผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ มีความสัมพันธ์กับประวัติเคยสูบบุหรี่อย่างมีนัยยะสำคัญ (OR = 3.94, 95%CI 1.30-11.98, p = 0.016*) และผู้ป่วยที่มีประวัติเคยดื่มแอลกอฮอล์ มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำมากกว่าคนที่ไม่ดื่มถึง 3.5 เท่า (OR = 3.5, 95%CI 1.19-10.25, p = 0.016*)

**คำสำคัญ:** ปัจจัยเสี่ยงทางหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

**Abstract**

This study was retrospective study aimed to describe the prevalence and related vascular risk factors of recurrent stroke in Nonsung hospital. Study of 213 stroke patients from April 2021 to September 2022 presented in stroke out-patient department of Nonsung hospital. With demographic data of age, sex, BMI, comorbidities, history of previous stroke, smoking, alcohol drinking and laboratory data were collected. The data was analyzed by logistic regression method to find the significant valuable to recurrent stroke.

Results: Prevalence of recurrent stroke in Nonsung hospital was 20.8%. There were 27 female (56.3%). Most common age group was 50-59 years old. Recurrent ischemic stroke was detected in 45 patients (93.8%), and 3 patients (6.3%) was diagnosed hemorrhagic stroke. History of previous smoking and alcohol consumption were significant related factors. (OR = 3.94, 95%CI 1.30-11.98, p = 0.016* for former smokers, and OR = 3.5, 95%CI 1.19-10.25, p = 0.016* for past-alcohol drinking) However, hypertension, diabetes mellitus, dyslipidemia, and obesity were associated without significantly.

**Keywords:** vascular risk factors, recurrent stroke

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular disease) แบ่งได้เป็น โรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) และหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) เมื่อหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือแตก ส่งผลให้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองไม่พอ จนทำให้สมองขาดเลือด และทันทีที่สมองขาดเลือด เซลล์สมองต่างๆ จะค่อยๆถูกทำลาย

[1] โรงพยาบาลโนนสูง

ส่งผลให้สมองสูญเสียหน้าที่จนเกิดเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือเสียชีวิตได้ โดยโรคหลอดเลือดสมองตีบพบประมาณ 70-75% ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด อาจเกิดจากภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ผนังหลอดเลือด เช่น ไขมันและเกล็ดเลือดมาเกาะที่ผนังหลอดเลือด หรือมีการสร้างชั้นของผนังเซลล์หลอดเลือดที่ผิดปกติ ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาและเสียความยืดหยุ่น ทำให้มีการตีบ หรืออุดตันของหลอดเลือดได้ นอกจากนี้ อาจจะเกิดจากลิ่มเลือดที่มาจากที่อื่นๆ เช่น ลิ่มเลือดจากหัวใจหรือจากหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอหลุดลอยมาอุดตันหลอดเลือดในสมอง เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการชา อ่อนแรงแขนขาซีกใดซีกหนึ่ง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด จากการขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณสมองส่วนต่างๆ[1] โรคหลอดเลือดสมองแตก เป็นโรคที่พบบ่อยในแถบภูมิภาคเอเชีย โดยมีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 25-35 ของโรคหลอดเลือดสมอง และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ภาวะนี้เป็นสาเหตุการตายและความพิการอันดับต้นๆ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ปัจจุบันพบว่าปัจจัยดังต่อไปนี้ อาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองแตก ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้, การได้รับการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant), โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง, มีโปรตีนสะสมผิดปกติในผนังหลอดเลือด (Cerebral amyloidosis)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดภาวะทุพพลภาพและเป็นหนึ่งในสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆของโลก เนื่องจากหลายประเทศกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้คาดการณ์ว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มมากขึ้นถึง 3.4 ล้านคน ในปีค.ศ. 2012 ถึง 2030 ทั้งนี้ยังพบอัตราป่วยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น และมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ทั้งค่าบริการพยาบาล ค่ายารักษา และการขาดรายได้จากการหยุดงาน[2]

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2548 (Public health status A.D. 2005) พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ในประชากรไทย และมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้น และยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ อันดับ 1 ในเพศหญิง และอันดับ 3 ในเพศชาย นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life year) ที่สำคัญอันดับ 2 ในทั้งเพศชายและหญิง[3] จากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2563 อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 328 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งมีแนวโน้มสูงมากขึ้น ตั้งแต่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ปี 2563 ถึงปัจจุบันนั้น พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ลดลง โดยเฉพาะผู้ป่วย cardiogenic cerebral embolism และ intracerebral hemorrhage ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาสลายลิ่มเลือด (rTPA) ในภาพรวมทั่วประเทศและตลอดปีงบประมาณไม่ลดลง จากการวิเคราะห์สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทยในภาพรวม พบว่าผู้ป่วยรายใหม่ยังคงเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนั้นการส่งเสริมและป้องกัน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญ โดยเฉพาะการให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCD) เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค[4]

จากการศึกษาต่างๆพบว่าปัจจัยด้านหลอดเลือดมีความสัมพันธ์ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยต่างๆที่กล่าวถึง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ระดับไขมันเลวในเลือดสูง รวมถึงประวัติโรคหลอดเลือดสมองเดิม เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ การลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ จึงมีความสำคัญในการลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองอยู่แล้ว มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้มากกว่าคนปกติ และอัตราตายในระยะแรกที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในครั้งที่2 สูงถึงร้อยละ 56.2 หรือ 1.5 เท่า เมื่อเทียบกับครั้งแรก ส่วนการเกิดซ้ำในครั้งที่3 อัตราจะสูงถึงร้อยละ 80 และส่งผลให้เกิดความพิการตามมามากขึ้น

รวมทั้งระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล เสียค่ารักษาพยาบาล และทรัพยากรต่างๆของโรงพยาบาลมากขึ้น[5]

เขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งประกอบไปด้วยจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขปี พ .ศ.2560 มีสถิติการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8,211 คน อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 11.83, สถานการณ์ในจังหวัดนครราชสีมา พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 3,394 คน ผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 122 คน จากข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปีงบประมาณ 2565 จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบรับไว้รักษาในโรงพยาบาลสูงถึง 244.47 ต่อแสนประชากร เสียชีวิตภายใน 30 วันหลังรับไว้รักษาร้อยละ 9.24 สำหรับโรงพยาบาลโนนสูง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ดูแลสุขภาพประชากรจำนวน 124,000 คน พบโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นจำนวน 165 ราย แต่ยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ซึ่งมีความสำคัญ เนื่องจากความพิการตามมามากขึ้น รวมทั้งระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล เสียค่ารักษา และทรัพยากรต่างๆของโรงพยาบาลมากขึ้นดังที่กล่าวไปข้างต้น จึงเป็นที่มาและเหตุผลในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านหลอดเลือดที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน การสูบบุหรี่ รวมทั้งการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อเป็นข้อมูลในการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อประยุกต์ใช้ในการดูแล การรณรงค์ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดหลอดเลือดสมองในอนาคต เพื่อลดอัตราการป่วยและอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอโนนสูง ไปจนถึงระดับจังหวัด และระดับประเทศต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านหลอดเลือดที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

**วิธีการดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผู้ป่วยแบบย้อนหลัง (Retrospective study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยกลุ่มประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโนนสูงในคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 มีเกณฑ์การคัดผู้ป่วยเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลโนนสูงในคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งต้องได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองและทำการเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยทบทวนจากใบส่งตัวกลับจาก stroke unit โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสมองและระบบประสาทดูแล และได้ส่งตัวกลับมาดูแลต่อเนื่องในคลินิกโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลโนนสูง 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Stroke โดยใช้รหัส ICD 10 ได้แก่ I61 (Intracerebral haemorrrhage), I62 (Other nontraumatic intracranial haemorrhage), I63 (cerebral infarction), I63.3 (cerebral infarction due to of cerebral arteries), I63.5 (cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of cerebral arteries), I63.8 (other cerebral infarction), I 63.9 (cerebral infarction ,unspecified), I64 (Stroke, not specified as haemorrhage or infacrtion)

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีข้อมูลเวชระเบียนไม่ครบ และติดต่อไม่ได้ 2) ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้ม

สมองชั้นกลาง (Subarachnoid hemorrhage), ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (Subdural hemorrhage) และผู้ป่วยเนื้องอกในสมอง

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนในประชากรที่จำกัด Estimation for Infinite population โดยใช้สัดส่วนของผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำอ้างอิงจากงานวิจัยของสาธิต กาสุรีย์และคณะ[6] ได้ขนาดตัวอย่างประชากรที่ต้องการจะศึกษา 217 คน

**วิธีการศึกษา**

1. คัดเลือกเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Stroke ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าสำหรับ case โดยการค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วยจากการใช้ ICD10 ได้แก่ I61 (Intracerebral haemorrhage) I62 (Other nontraumatic intracranial haemorrhage) I-63 (cerebral infarction) I63.3 (cerebral infarction due to of cerebral arteries) I63.5 (cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of cerebral arteries) I63.8 (other cerebral infarction) I63.9 (cerebral infarction, unspecified) I64 (Stroke, not specified as haemorrhage or infacrtion)

2. คัดเลือกแยกผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยหลอดเลือดสมองครั้งแรก (New stroke) กับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหลอดเลือดสมองซ้ำ (Recurrent stroke) โดยจะมีการทบทวนรายชื่อทั้งสองกลุ่ม ถ้าพบผู้ป่วย recurrent stroke มีชื่ออยู่กลุ่ม new stroke ก่อนหน้านี้ จะทำการคัดเลือดออกจากกลุ่ม new stroke

3. ทำการเก็บข้อมูล baseline characteristic ได้แก่ เพศ อายุ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

4. เก็บข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านหลอดเลือดตามแบบฟอร์มการเก็บข้อมูล ได้แก่

4.1ความดันโลหิตสูง เก็บข้อมูลประวัติโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงหรือระดับความดันโลหิตเมื่อมาตรวจติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยมีค่าความดันโลหิตเฉลี่ยตั้งแต่ 140/90 มม.ปรอทขึ้นไป (ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562)

4.2เบาหวาน เก็บข้อมูลประวัติโรคเบาหวานหรือประวัติระดับน้ำตาลในเลือดสูงที่เข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานตามแนวทางทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560

4.3ไขมันในเลือดสูง เก็บข้อมูลประวัติโรคไขมันในเลือดสูง หรือประวัติไขมันในเลือดที่สูงประเมินตาม ASCVD risk

4.4เก็บข้อมูลประวัติสูบ/ไม่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน ประวัติเคยสูบบุหรี่ในอดีต

4.5ภาวะอ้วน เก็บข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูง คิด Body mass index (BMI)

4.6เก็บข้อมูลประวัติดื่ม/ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน ประวัติเคยดื่มแอลกอฮอล์ในอดีต

5. วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่างๆกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผู้ป่วยแบบย้อนหลัง (Retrospective study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยกลุ่มประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโนนสูงในคลินิกโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

1. สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน,ร้อยละ , ค่าเฉลี่ย(Means), ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD), ค่ามัธยฐาน (Median) ค่า , Percentile 25 - Percentile 75 (IQR) และค่าสูงสุดต่ำสุด ในการบรรยายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis Statistics) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ ได้แก่ Chi-square test หรือ Fisher Exact test และ logistic regression โดยนำเสนอข้อมูลด้วย odds

ratio (OR) และ %95 confidence interval ( %95 CI)

**ผลการวิจัย**

ผู้ป่วยโรงพยาบาลโนนสูงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการวินิจฉัยหลักในช่วงวันที่ 1 เมษายน 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 มีจำนวนทั้งสิ้น 274 คน โดยถูกคัดออกจากการศึกษาทั้งหมด 43 คน ตามเกณฑ์การคัดผู้ป่วยออก ดังนั้นจะเหลือผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ที่สามารถนำมาศึกษาทั้งหมด 231 คน โดยประกอบด้วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ (New stroke) จำนวน 183 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Recurrent stroke) จำนวน 48 คน โดยผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำคิดเป็นร้อยละ 20.8 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ (New stroke) พบว่าเป็นเพศชาย 90 คน (ร้อยละ 49.2) และเพศหญิง 93 คน (ร้อยละ 50.8) อายุเฉลี่ย 66.61 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.81) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 60-69ปี โดยคิดเป็นร้อยละ 29.5 ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยหลอดเลือดสมองตีบ จำนวน 161 คน (ร้อยละ 88) หลอดเลือดสมองแตก 22 คน (ร้อยละ 12) สำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบส่วนใหญ่พบเป็น Minor stroke ที่ NIHSS ≤4 จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 64 ของจำนวนผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรายใหม่ทั้งหมด และพบสาเหตุการเกิด (Etiology) ตาม TOAST classification เป็น small vessel disease มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75

ในจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ทั้งหมด มีผู้ป่วยจำนวน 44 คน (ร้อยละ 24) ที่ไม่พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงทางหลอดเลือดที่ทำการศึกษา ผู้ป่วยที่เหลืออีกจำนวน 139 คน พบมีปัจจัยเสี่ยงทางหลอดเลือด โดยปัจจัยเสี่ยงทางหลอดเลือดที่พบมีโรคอ้วน (BMI>25) ทั้งหมด 51 คน คิดเป็นร้อยละ 27.9 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 66.7 (122คน) โดยความดันโลหิตเฉลี่ย เมื่อวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก อยู่ในช่วง 140-159/90-99 มากที่สุด ในขณะที่โรคเบาหวาน พบจำนวน 62 คน (ร้อยละ 33.9) มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (Hba1c) อยู่ที่ 8.77 และพบโรคไขมันในเลือดสูงจำนวน 82 คน (ร้อยละ 44.8) โดยมีค่าเฉลี่ยไขมัน LDL อยู่ที่ 114.75 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 37.47) นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 21.7 (39 คน) ที่มีภาวะไตเสื่อมระดับ 3 ขึ้นไป

ประวัติการสูบบุหรี่ พบผู้ป่วยที่สูบบุหรี่อยู่ 38 คน คิดเป็นร้อยละ 20.8 เคยสูบแต่เลิกแล้ว 7 คน (ร้อยละ 3.8) และไม่เคยสูบบุหรี่เลย 138 คน (ร้อยละ 75.4) ส่วนประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ามีผู้ป่วยที่ยังดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ 23 คน (ร้อยละ 12.6) มีประวัติเคยดื่มแต่เลิกแล้ว 8 คน (ร้อยละ 4.4)

สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Recurrent stroke) พบเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงจำนวน 27 คน (ร้อยละ 56.3) เพศชาย 21 คน (ร้อยละ 43.8) อายุเฉลี่ย 67.17 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.13) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 50-59ปี ต่างจากผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรายใหม่ โดยคิดเป็นร้อยละ 29.2 ในจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซ้ำทั้งหมด มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหลอดเลือดสมองตีบ จำนวน 45 คน (ร้อยละ 93.8) หลอดเลือดสมองแตก 3 คน (ร้อยละ 6.3) โดยป่วยหลอดเลือดสมองตีบส่วนใหญ่ส่วนใหญ่พบเป็น Minor stroke ที่ NIHSS ≤4 เช่นเดียวกับผู้ป่วยกลุ่มหลอดเลือดสมองรายใหม่ โดยคิดเป็นร้อยละ 71.1 และพบสาเหตุการเกิด (Etiology) ตาม TOAST classification เป็น small vessel disease มากที่สุด เช่นเดียวกัน โดยคิดเป็นร้อยละ 77.8

จากการศึกษาปัจจัยทางหลอดเลือดที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 7 คน (ร้อยละ 14.6) ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงทางหลอดเลือดตามการศึกษา และผู้ป่วยอีกจำนวน 41 คน พบมีปัจจัยเสี่ยงทางหลอดเลือด โดยปัจจัยเสี่ยงทางหลอดเลือดที่พบได้แก่ มีโรคอ้วน (BMI>25) ทั้งหมด 14 คน คิดเป็นร้อยละ 29.2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูงเช่นเดียวกับกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรายใหม่ โดยคิดเป็นร้อยละ 72.9 (35คน) โดยความดันโลหิตเฉลี่ย เมื่อ

วินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก อยู่ในช่วง 140-159/90-99 มากที่สุด ในขณะที่โรคเบาหวาน พบจำนวน 17 คน (ร้อยละ 35.4) มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (Hba1c) อยู่ที่ 8.63 และพบโรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 25 คน (ร้อยละ 52.1) โดยมีค่าเฉลี่ยไขมัน LDL อยู่ที่ 94.07 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 31.52) มีผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมระดับ 3 ขึ้นไป ร้อยละ 27.1 (13 คน)

จากการเก็บข้อมูลการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่ามีผู้ป่วยที่สูบบุหรี่อยู่จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 เคยสูบแต่เลิกแล้ว 7 คน (ร้อยละ 14.6) และไม่เคยสูบบุหรี่เลย 35 คน (ร้อยละ72.9) ส่วนประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ พบผู้ป่วยที่ยังดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ 3 คน (ร้อยละ 6.3) มีประวัติเคยดื่มแต่เลิกแล้ว 7 คน (ร้อยละ 14.6)

จากตาราง Demographic and characteristics แสดงให้เห็นว่า เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มพบว่า การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Recurrent stroke) อย่างมีนัยยะสำคัญ (p-value = 0.013* และ 0.022* ตามลำดับ)

เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมองซ้ำและกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรายใหม่ จากตารางแสดงความสัมพันธ์ (Table 2) พบว่า ผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ มีความสัมพันธ์กับประวัติเคยสูบบุหรี่อย่างมีนัยยะสำคัญ (OR = 3.94, 95%CI 1.30-11.98, p = 0.016*) และผู้ป่วยที่มีประวัติเคยดื่มแอลกอฮอล์ มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำมากกว่าคนที่ไม่ดื่มถึง 3.5 เท่า (OR = 3.5, 95%CI 1.19-10.25, p = 0.016*)

**สรุปและอภิปรายผล**

การศึกษานี้ได้ทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองในคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโนนสูง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 จากการศึกษาพบว่าความชุกในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ อยู่ที่ร้อยละ 20.8 จากจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด 231 คน โดยในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ แบ่งเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ จำนวน 45 คน (93.8%) และเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก จำนวน 3 คน (6.3%) ปัจจัยเสี่ยงทางหลอดเลือดที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำมากที่สุด คือ ประวัติเคยสูบบุหรี่ โดยผู้ป่วยที่มีประวัติเคยสูบบุหรี่มาก่อน มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำมากกว่าคนที่ไม่เคยสูบถึง 3.94 เท่า แต่เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่อยู่ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยยะสำคัญ ทางผู้วิจัยให้ความเห็นว่า เป็นผลจากปริมาณบุหรี่ที่ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มสูบต่อวัน เนื่องจากงานวิจัยนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลปริมาณการสูบบุหรี่และระยะเวลาที่สูบของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม จึงคาดการณ์ได้ว่ากลุ่มที่มีประวัติเคยสูบบุหรี่อาจจะมีปริมาณหรือระยะเวลาการสูบที่มากกว่ากลุ่มที่ยังสูบบุหรี่อยู่ ทำให้ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่เคยสูบบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำมากกว่าอย่างมีนัยยะสำคัญ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลย

นอกจากนี้ ผลของการศึกษายังพบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยดื่มแอลกอฮอล์ มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำมากกว่าคนที่ไม่ดื่มถึง 3.5 เท่า อย่างที่ทราบดีว่า การดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากเกินไป คือ ปริมาณ>60 กรัมต่อวันในผู้ชาย และ > 40 กรัมต่อวันในผู้หญิง[7]เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญทางหลอดเลือด โดยในการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยที่เคยดื่มแอลกอฮอล์และเลิกดื่มแล้ว มีเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำมากกว่าผู้ที่ไม่เคยดื่มเลย แต่เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์อยู่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยยะสำคัญ ผู้วิจัยให้ความเห็นเช่นเดียวกับกรณีการสูบบุหรี่ เนื่องจากปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มต่อวัน มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด งานวิจัยนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลปริมาณการดื่มและระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม จึงคาดการณ์ได้ว่ากลุ่มที่มีประวัติเคยดื่มแอลกอฮอล์อาจจะมีปริมาณการดื่มที่มากกว่ากลุ่มที่ยังดื่ม

แอลกอฮอล์อยู่ ทำให้ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่เคยดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำมากกว่าอย่างมีนัยยะสำคัญ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคยดื่มเลย จากการศึกษาของ Jariya และคณะ[8] พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้แก่ ประวัติโรคหลอดเลือดสมองเดิม ไขมันในเลือดสูง และการสูบบุหรี่ การศึกษาของวิทวัสและคณะ[9] พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำคือ ไขมันในเลือดสูงและโรคความดันโลหิตสูง ในขณะที่สาธิตและคณะ[6] พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ ไขมันในเลือดสูงและการสูบบุหรี่ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องไปกับการศึกษานี้ที่พบว่า การสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำอย่างมีนัยยะสำคัญ

ในขณะที่ปัจจัยเสี่ยงทางหลอดเลือดอื่นๆ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง จากผลการศึกษานี้ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำอย่างมีนัยยะสำคัญ แต่เนื่องจากการศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูลการใช้ยาลดความดันโลหิต ยาเบาหวานหรือยาลดระดับไขมันในเลือด รวมถึงความสม่ำเสมอในการกินยา ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับอยู่เดิม ดังนั้นในอนาคตจึงควรมีการศึกษาปัจจัยต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำเพิ่มเติม ทั้งการควบคุมโรคประจำตัว การควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลสะสม รวมไปถึงระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำมาใช้ประโยชน์เป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำต่อไป อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ของโรงพยาบาลโนนสูงในการศึกษานี้ พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงทางหลอดเลือดสูงถึงร้อยละ 76 แบ่งเป็น ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 66.7) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 33.9) ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 44.8) สูบบุหรี่ (ร้อยละ 24.6) และภาวะอ้วน (ร้อยละ 27.9) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่ดีที่สุด ยังคงเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดโรค ดังนั้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางหลอดเลือดต่างๆนี้ จึงมีความสำคัญมาก เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ รวมถึงป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

**ข้อเสนอแนะ**

จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยยะสำคัญกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลโนนสูง เป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ในการเลิกสูบบุหรี่และเลิกดื่มแอลกอฮอล์ เป็นสิ่งที่ควรเน้นย้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย รวมถึงผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อลดโอกาสเกิดเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในขณะที่ปัจจัยทางหลอดเลือดอื่นๆ ทั้งความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และภาวะอ้วน ถึงจะไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยยะสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ แต่ยังเป็นปัจจัยที่พบมากในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ แสดงให้เห็นว่าปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้มีความสำคัญในการการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจุบันผู้ป่วยรายใหม่ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนั้นการให้ความสำคัญในการมุ่งเน้นและส่งเสริมการป้องกันโรคเป็นสิ่งจำเป็น โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค เน้นย้ำการพัฒนาระบบบริการทั้งระบบผู้ป่วยนอกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางหลอดเลือดต่างๆให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม รวมถึงระบบบริการผู้ป่วยนอกของโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีความสำคัญในเรื่องความต่อเนื่องในการรับยาและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย รวมถึงการกายภาพบำบัดอย่างเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความทุพพลภาพ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องดูแลอย่างองค์รวมในทุกด้านโดยทีมสหวิชาชีพ และควรได้รับดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมถึงครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ การสร้าง Stroke awareness ให้ประชนชนและผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก็มีความสำคัญอย่าง

ยิ่ง โดยเฉพาะเรื่องของ Stroke fast track ควรสนับสนุน Primary prevention เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง เฝ้าระวังอาการที่สงสัยภาวะโรคหลอดเลือดสมอง และรีบมาโรงพยาบาลให้ทันเวลา เพื่อไม่ให้เสียโอกาสในการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งสามารถลดอัตราการพิการและการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดหลายประการ เนื่องจากเป็นการศึกษาขนาดเล็กในโรงพยาบาลชุมชนแห่งเดียว เป็นการศึกษาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง และการเก็บข้อมูลบางอย่างเช่น การควบคุมความดันโลหิต ระดับน้ำตาลสะสมหรือระดับไขมันในเลือดในช่วงเวลาหนึ่ง รวมถึงการใช้ยาของผู้ป่วยที่ไม่ได้เก็บข้อมูล ทำให้ผลการศึกษาอาจจะไม่ได้สะท้อนให้เห็นถึงการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทั้งหมดในระยะยาวของผู้ป่วย ในอนาคตการศึกษาปัจจัยเสี่ยงทางหลอดเลือดกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองยังต้องการการศึกษาแบบไปข้างหน้าที่มีประชากรศึกษามากขึ้น ขนาดการศึกษาใหญ่ขึ้น เก็บข้อมูลที่ละเอียดทั้งในเรื่องของการควบคุมความดันโลหิตที่เหมาะสม ปริมาณน้ำตาล และระดับไขมันในเลือด เป็นต้น และติดตามในระยะเวลาที่นานขึ้น เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่แม่นยำ และนำไปใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน. กรุงเทพมหานคร, 2556.
2. Boehme AK, Esenwa C, Elkind MSV. Stroke Risk Factors, Genetics, and Prevention. Circulation Research. 2017;120(3):472-95.
3. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์. กรุงเทพมหานคร, บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2562.
4. สมศักดิ์ เทียมเก่า. สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย 2021; 37(4): 54-60.
5. สมศักดิ์ เทียมเก่า. Recurrent ischemic stroke in Srinagarind hospital. สารสารอายุศาสตร์อีสาน 2552;5:154-75.
6. สาธิต กาสุริย์, สมศักดิ์ เทียมเก่า, สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ. ความชุกและสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในโรงพยาบาลศรีนครินทร์.วารสารอายุศาสตร์อิสาน 2547;3:23-21.
7. Hoek AG, van Oort S, Mukamal KJ, Beulens JWJ. Alcohol Consumption and Cardiovascular Disease Risk: Placing New Data in Context. Curr Atheroscler Rep. 2022 Jan;24(1):51-59.
8. Jariya Chompon, Sirikanlaya Poonphol. Related factors of recurrent stroke among stroke patients in Rajavithi hospital. Thai Journal of Neurology.2022; 38(3): 34-36.
9. วิทวัส ศิริยงค์. ความชุกโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2561;32:863-70.

# การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงและมีภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด : กรณีศึกษา

# Nursing care of pregnant women with preeclampsia with severe feature and postpartum hemorrhage after cesarean section: case study

(Received: April 25,2024 ; Revised: April 27,2024 ; Accepted: April 28,2024)

**มวภร ธรรมวริทธิ์**[1]
**MAVAPORN THAMVARIT**

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงและมีภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด หญิงตั้งครรภ์อายุ 25 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 4 ตุลาคม 2566 ด้วยอาการสำคัญ แพทย์นัดมาผ่าตัดคลอด เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นครรภ์ที่ 2 ($G_2P_1A_1L_1$) อายุครรภ์ $38^{+2}$ สัปดาห์

ผลการศึกษา : พบภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง เมื่ออายุครรภ์ 28 สัปดาห์ รักษาด้วยยาลดความดัน Amlodipine (5) 1 tab oral OD pc ระยะก่อนคลอด ความดันโลหิต 169/114 มิลลิเมตรปรอท ผู้คลอดมีโอกาสเกิดภาวะชัก ได้รับยา Nicadepine ยาแมกนีเซียมซัลเฟต ($MgSO_4$) และพิจารณาให้ผ่าตัดคลอด ระยะหลังคลอด สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดรวม 1,000 ซีซี ได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการอย่างใกล้ชิด หญิงตั้งครรภ์และทารกปลอดภัย จำหน่ายผู้ป่วยวันที่ 7 ตุลาคม 2566 นัดติดตามหลังคลอด 6 สัปดาห์ มาตรวจหลังคลอดสุขภาพแข็งแรงทั้งมารดาและทารก

**คำสำคัญ :** การพยาบาล, ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์, การผ่าตัดคลอด

**Abstract**

This study was case study aimed to study the nursing care of pregnant women with preeclampsia with severe feature and postpartum hemorrhage after cesarean section. A 25-year-old pregnant woman were admitted to the hospital on October 4, 2023, with significant symptoms. She was scheduled for a cesarean section due to preeclampsia with severe feature in her second pregnancy (G3P1A1L1) at $38^{+2}$ weeks

The results of the study found that gestation. Preeclampsia with severe feature was diagnosed at 28 weeks gestation, and she was treated with Amlodipine (5 mg) orally once daily before meals. Her blood pressure was 169/114 mmHg. There was a risk of seizures during labor, so she received Nicardipine, Magnesium Sulfate (MgSO4), and was considered for a cesarean section. Postpartum, she experienced a total blood loss of 1,000 cc during surgery. She received uterotonic agents and was closely monitored for any changes in condition to ensure the safety of both the pregnant woman and the infant. She was discharged on October 7, 2023. Follow-up appointments were scheduled for six weeks postpartum for both maternal and infant health check-ups.

**Keywords:** Nursing care, Preeclampsia with severe feature, Cesarean section.

## บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้บ่อย มีความเสี่ยงสูงจากสถิติการตั้งครรภ์ทั่วโลกพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 5-10 และเป็นอันดับสามของมารดาเสียชีวิตรองจากภาวะตกเลือดหลังคลอดและการติดเชื้อ[1,2] สำหรับประเทศไทยในปีพ.ศ. 2564 พบอุบัติการณ์การเกิด

[1] โรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 2.2 และจากข้อมูลสถิติของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 2554 รายงานว่าประเทศไทยมีอัตรามารดาตาย 23.3 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน เมื่อจำแนกสาเหตุการตาย พบว่าความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุการตายในระยะคลอดอันดับที่สอง รองจากการตกเลือดหลังคลอด[3] ในปัจจุบันเชื่อว่าพยาธิสภาพที่สำคัญคือการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงรก ซึ่งอาจเกิดจากการที่มีปริมาณรกมากผิดปกติ เช่นการตั้งครรภ์แฝด ทารกบวมน้ำ พยาธิสภาพส่วนใหญ่พบชัดเจนในผู้คลอด sever preeclampsia (ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง) ถ้าไม่ทราบหรือไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ การดำเนินของโรคจะรุนแรงและเกิดภาวะชักเกร็ง eclampsia (ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงที่มีภาวะชักเกร็ง) และ HELLP syndrome (กลุ่มอาการที่มีการทำงานของตับผิดปกติ) ทำให้อัตราตายเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากการมีเลือดออกในสมองและหัวใจล้มเหลว ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด[4,5,6] จากสถิติของโรงพยาบาลโคกสำโรง ในระหว่างปี 2564-2566 มีผู้มาคลอดจำนวน 521 คน, 426 คน, 430 คน พบผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์จำนวน 17 คน, 12 คน และ 14 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลโคกสำโรง รายงานการคลอดปีงบประมาณ 2564-2566)[7]

สำหรับภาวะตกเลือดหลังคลอดนับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดพบในอัตราที่สูง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 25 ของสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลก ซึ่งมักพบในภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก มักเกิดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ซึ่งพบได้ร้อยละ 2-11 ของการคลอดทั้งหมด และยังทำให้มีภาระด้านค่าใช้จ่ายจำนวนมากที่ต้องใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอดกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตามภาวะนี้สามารถป้องกันและให้การรักษาได้เพื่อลดอัตราทุพพลภาพ อัตราตายของมารดาจากภาวะตกเลือดเป็นสำคัญ และยังเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลมารดากลุ่มนี้ จากข้อมูลของโรงพยาบาลโคกสำโรงในปี พ.ศ. 2564-2566 พบภาวะการตกเลือดหลังคลอดจำนวน 6 คน (ร้อยละ 1.15), 8 คน (ร้อยละ 1.88) และ 7 คน (ร้อยละ 1.64) ตามลำดับ[7] พยาบาลหน่วยงานห้องคลอด จำเป็นต้องมีความรู้ทักษะความชำนาญ ประเมินได้รวดเร็วถูกต้อง นำไปสู่การวินิจฉัย การวางแผนและปฏิบัติพยาบาลที่ครบถ้วน มีการประเมินซ้ำ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาจัดทำเอกสารทางวิชาการให้พยาบาลในห้องคลอดใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ สามารถประยุกต์ใช้การพยาบาลองค์รวมในการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จะนำไปสู่การเสียชีวิตหรือทุพพลภาพทั้งของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงและมีภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด

**วิธีการศึกษา**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงและมีภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด

**ผลการศึกษา**

กรณีศึกษา

หญิงตั้งครรภ์อายุ 25 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพรับจ้างในบริษัท ภูมิลำเนาตำบลสระโบสถ์ อำเภอสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี HN 000203963 AN 660005736 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 4 ตุลาคม 2566 เวลา 06:59 น.

**อาการสำคัญ** แพทย์นัดมาผ่าตัดคลอดเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

**ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน**

ครรภ์ที่ 2 ($G_3P_1A_1L_1$) อายุครรภ์ $38^{+2}$ สัปดาห์ ครรภ์แรกผ่าตัดคลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังคลอด บุตรคนแรกอายุ 2 ปี เคยแท้งบุตร 1 ครั้ง อายุครรภ์เมื่อ 28 สัปดาห์ มีอาการปวดศีรษะร่วมกับตาพร่ามัว จุกแน่นบริเวณใต้ลิ้นปี่ ความดันโลหิต 178/98 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง รักษาด้วยยาลดความดัน Amlodipine (5) 1 tab oral OD pc นัดมาผ่าคลอดวันนี้

**ประวัติการฝากครรภ์**

ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 16 สัปดาห์ ไม่มีโรคประจำตัว ฝากครรภ์จำนวน 7 ครั้ง ผลเลือดฝากครรภ์ Hct 32%, VDRL Non Reactive, HBsAg Negative, Anti HIV Negative Tetanus ครบ 3 เข็ม

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต**

ปฏิเสธโรคประจำตัว

**ประวัติการแพ้ยาและอาหาร**

ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

**ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว**

ไม่มีโรคติดต่อทางกรรมพันธุ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปฏิเสธการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดในครอบครัว

**ข้อมูลด้านสังคมและเศรษฐกิจ**

ครอบครัวเดี่ยวขนาดเล็ก มีสมาชิก 5 คน ครอบครัวอบอุ่นสัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี สามีประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้ในครอบครัวพอกินพอใช้ ใช้สิทธิ์บัตรประกันสังคม

**ประวัติทางสูติกรรม**

ประวัติระดู : เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกอายุ 15 ปี ประจำเดือนมาตรงเวลา ครั้งละ 3 วัน สม่ำเสมอ ไม่มีอาการปวดท้องขณะมีประจำเดือน

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด : รับประทานยาคุมกำเนิด

**การประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ**

**แบบแผนที่ 1 แบบแผนการรับรู้และดูแลสุขภาพ** ผู้ป่วยเป็นคนสุขภาพแข็งแรง ไม่เคยป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล เวลามีไข้เจ็บป่วยเล็กน้อยจะไปตรวจและรับยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

**แบบแผนที่ 2 แบบแผนโภชนาการและเมตาโบลิซึม** รับประทานอาหาร 3 มื้อทุกวัน รับประทานอาหารได้ทุกชนิด ส่วนใหญ่เป็นอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ผักน้อย แต่ชอบรับประทานผลไม้โดยเฉพาะส้ม

**แบบแผนที่ 3 แบบแผนการขับถ่ายของเสีย** ถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ทุกวัน ถ่ายปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้ง ไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัด ลักษณะปัสสาวะ อุจจาระปกติ ขณะตั้งครรภ์ไม่มีท้องผูกยังถ่ายได้ปกติ

**แบบแผนที่ 4 แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย** ก่อนการตั้งครรภ์จะออกกำลังกายด้วยการวิ่งระยะสั้น ๆ แถวบ้าน และทำงานบ้านเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่ตั้งครรภ์ออกกำลังกายตามคำแนะนำของพยาบาลสม่ำเสมอ

**แบบแผนที่ 5 แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน** ปกตินอนวันละ 7-8 ชั่วโมง ตั้งแต่เวลา 22.00-06.00 นาฬิกาไม่มีปัญหาการนอนไม่หลับ ไม่เคยใช้ยานอนหลับ นอนหลับกลางวัน บางครั้ง 1-2 ชั่วโมง

**แบบแผนที่ 6 แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้** สามารถระบุ วันเวลา สถานที่ บุคคลได้ตามจริง ความจำในอดีตดี สามารถเล่าเรื่องราวต่างๆ ได้โดยไม่เสียเวลาทบทวน การรับรู้ด้านการมองเห็น การได้ยิน การรับกลิ่น การรับรส การสัมผัส การรู้สึกร้อน-หนาว-เจ็บปวดได้ตามปกติ

**แบบแผนที่ 7 แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์** รับรู้ถึงการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ และสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น

**แบบแผนที่ 8 แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ** สัมพันธภาพในครอบครัว มีสัมพันธภาพดี ผู้ป่วยอยู่กับสามี บิดา มารดา เป็นครอบครัวที่อบอุ่น มีเรื่องขัดแย้งกันบ้าง แต่ไม่เคยทะเลาะกันรุนแรง มีรายได้จากการประกอบอาชีพ

ของสามี ประมาณ 10,000-20,000 บาท เพียงพอต่อการใช้ในครอบครัว

**แบบแผนที่ 9 แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธ์** ปกติ

**แบบแผนที่ 10 แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด** มีกระบวนการคิดที่สมเหตุสมผล ใช้การแก้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผล โดยเมื่อทราบว่าตนเองเกิดการเจ็บป่วยยอมรับสภาพความเป็นจริงและยอมรับการรักษา

**แบบแผนที่ 11 แบบแผนความเชื่อและค่านิยม** นับถือศาสนาพุทธ แต่ไม่ค่อยได้เข้าร่วมพิธีทางศาสนานอกจากการทำบุญในวันสำคัญต่างๆ

**การประเมินสภาพผู้คลอดเมื่อรับไว้ดูแล**

รู้สึกตัว มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการตาพร่ามัว และจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 165/118 มิลลิเมตรปรอท Deep tendon reflex 2+, pupils 2 mm, Reactive to light both eyes, Urine albumin 3+, เสียงหัวใจทารกในครรภ์ 150 ครั้งต่อนาที

**การประเมินสภาพร่างกาย**

ผิวหนัง : ปกติ ไม่มีผื่นคัน ไม่มีจุดจ้ำเลือด ผิวค่อนข้างแห้ง เล็บมือสะอาดตัดสั้น ไม่ซีด ไม่มีร่องรอยของบาดแผล พบบวมบริเวณขาทั้ง 2 ข้าง กดบุ๋ม 3+

ศีรษะ ใบหน้า ลำคอ : ปกติ ศีรษะได้รูป ไม่มีบาดแผล ใบหน้า คิ้ว ตา จมูก ใบหู สมมาตรดีตามองเห็นพร่ามัวบางครั้ง เปลือกตาไม่ซีด ริมฝีปากแดงดี บริเวณลำคอไม่มีก้อน ไม่มีต่อมน้ำเหลืองโต ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน

ตรวจเต้านม : ลักษณะเต้านม ลานนม และหัวนมปกติ ไม่บอด ไม่บุ๋ม ไม่มีอาการคัดตึง

ตรวจหน้าท้อง : ลำไส้เคลื่อนไหวปกติ คลำพบยอดมดลูกสูง 30 เซนติเมตร อยู่บริเวณ 3/4 เหนือสะดือ ทารกดิ้นดี เสียงหัวใจทารกในครรภ์ 138 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอชัดเจนดี

ระบบหายใจ : ลักษณะทรวงอกปกติ ปอดขยายตัวดีทั้ง 2 ข้างสมมาตร เสียงหายใจปกติ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที มีอาการจุกแน่นไม่สุขสบาย ไม่มีเสียง Crepitation ที่ปอด

ระบบประสาท : การรับรู้ การรับความรู้สึกและการโต้ตอบปกติ Deep tendon reflex 3+ มีการเคลื่อนไหวร่างกายปกติ

ระบบไหลเวียน : หัวใจเต้นปกติ 80 ครั้งต่อนาที ไม่มี Murmur สม่ำเสมอดี

ระบบสืบพันธุ์ : ตรวจดูอวัยวะเพศภายนอกลักษณะปกติ ไม่มีมูกเลือด ไม่มีน้ำเดิน

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ ไม่มีการโค้งงอของกระดูกสันหลัง แขนขา ไม่มีรอยโรคของการหักเคลื่อนหรือผิดรูป

**กิจกรรมการพยาบาล**

แรกรับที่ห้องคลอด รู้สึกตัวดี มีอาการบวมที่ขา 2 ข้าง เกรด 3 บ่นปวดศีรษะ Pain score 3 คะแนน ไม่มีอาการจุกใต้ลิ้นปี่ ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 165/118 มิลลิเมตรปรอท ตรวจครรภ์ ท่า LOA FHS 138 ครั้ง/นาที NST ปกติ แพทย์ทำ U/S คะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ (EFW) 2,800 กรัม แพทย์วินิจฉัย Preeclampsia with severe feature ดูแลส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อภาวะชัก ดูแลให้ยาป้องกันชัก 10% $MgSO_4$ 4 gm iv load in 20 min then 50% $MgSO_4$ 20 gm+ 5%D/W 500 ml iv drip 25 ml/hr ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะ เฝ้าระวังผู้ป่วยวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที สังเกตอาการทางระบบประสาท อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกลิ้นปี่ สังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากยา $MgSO_4$ ได้แก่ ลักษณะการหายใจ Deep tendon reflex ปัสสาวะออกน้อย ติดตามภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด โดย On Fetal monitor เวลา 07.42 น. รู้สึกตัวดี ยังมีอาการปวดศีรษะเป็นพักๆ ตาพร่ามัว ไม่มีเจ็บครรภ์ ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด และมีจุกที่ลิ้นปี่เป็น

บางครั้ง ความดันโลหิต 176/100-189/108 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้ยาลดความดัน Nicardipine 5 mg iv stat ประสานทีมพยาบาลห้องผ่าตัด กุมารแพทย์ ส่งห้องผ่าตัดเวลา 08.45 น. คลอดทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,810 กรัม APGAR score นาทีที่ 1,5= 8,10 คะแนน

**การพยาบาลระยะก่อนคลอด**

ผู้คลอดมีโอกาสเกิดภาวะชักในระยะก่อนคลอด เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง ก่อนเข้าห้องคลอด ความดันโลหิต 169/114 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้ง/นาที ให้ผู้คลอดนอนพักในท่านอนตะแคงซ้าย เพื่อลดการกดทับที่บริเวณเส้นเลือดอินฟีเรียเวนาคาวา (inferior venacava) ทำให้เลือดสามารถไหลเวียนเพิ่มขึ้นที่มดลูกและรก ประเมินอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด อาการปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรืออาการเจ็บชายโครงขวา ปฏิกิริยาสะท้อนเร็วเกินไป 3+ ขึ้นไป ถ้าตรวจพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่งรีบรายงานแพทย์ทันที ไม่พบภาวะดังกล่าว ดูแลให้ยาลดความดันโลหิต Nicadepine 10 mg in 5%D/W 100 ml iv drip 10 ml/hr และติดตามการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตทุก 5 นาที ถ้าความดันโลหิต systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิต diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์เพื่อเพิ่มปริมาณขนาดของยา ตามแผนการรักษาเพื่อลดความดันโลหิต ประเมินระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ชีพจรและการหายใจ อาการปวดศีรษะทุก 15 นาที และรายงานแพทย์เมื่ออาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลงกว่าเดิม เตรียมอุปกรณ์และทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือได้ทันทีเมื่อมีอาการชัก ได้แก่ ไม้กดลิ้น เครื่องดูดเสมหะ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินความรุนแรงของโรคและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ HELLP Syndrome หลังจากได้รับยา Nicadepine ตามแผนการรักษาความดันโลหิต 157/109 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว และจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ไม่เกิดภาวะชัก

มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ($MgSO_4$) ผู้คลอดได้รับการรักษาด้วยยาแมกนีเซียมซัลเฟต ($MgSO_4$) และจะต้องได้รับอย่างต่อเนื่องจนครบ 24 ชั่วโมงหลังทารกคลอด อธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงพยาธิสภาพของโรค อาการนำสู่ภาวะชัก อันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการชักที่จะส่งผลแก่ผู้คลอดและทารกในครรภ์ ตลอดจนความจำเป็นในการให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต ($MgSO_4$) และอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ อาการร้อนบริเวณที่ฉีด ร้อนวูบวาบทั่วตัว อาการคลื่นไส้ อาเจียน เตรียมยาแมกนีเซียมซัลเฟต ($MgSO_4$) ก่อนให้ยาต้องตรวจสอบยาให้ถูกต้องทั้งขนาด วิธีเตรียมยา วิธีใช้ และเวลาในการให้ยา รวมถึง การดู Safety factor ถ้าพบข้อหนึ่งข้อใดให้หยุดยา ได้แก่ ปัสสาวะน้อยกว่า 30 ml/hr หายใจน้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที ตรวจ Deep tendon reflex $2^+$ควบคุมการให้ยา 10% $MgSO_4$ 4 g ทางหลอดเลือดดำช้าๆ ไม่น้อยกว่า 15 นาที โดยใช้ syringe pump และให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต ($MgSO_4$) ตามแผนการรักษาคือ 50% $MgSO_4$ 20 g ผสมในสารน้ำ 5%D/W 460 ซีซี ด้วยเครื่องควบคุมการไหลของสารละลายทางหลอดเลือด (Infusion pump) 25 ml/hr ด้วยการใช้เครื่องควบคุมการไหลของสารละลายทางหลอดเลือด (Infusion pump) ประเมินอาการสู่ภาวะชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด อาการปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรืออาการเจ็บชายโครงขวา ปฏิกิริยาสะท้อน (Deep tendon reflex) เร็วเกินไป $3^+$ ขึ้นไปถ้าตรวจพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต้องรีบรายงานแพทย์ ตรียม Antidose คือ 10% Calcium gluconate พร้อมใช้ทันทีและอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือได้ทันที เช่น ออกซิเจน รถEmergency พร้อมทั้งยาที่ต้องใช้ในกรณีฉุกเฉิน เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว สังเกตอาการของการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ($MgSO_4$) มากเกินไป ได้แก่

กล้ามเนื้ออ่อนแรง เดินเซ ซึม สับสน และหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ ปฏิกิริยาสะท้อน และการกระตุกของกล้ามเนื้อเข่า (Ankle clonus) หายไปและติดตามระดับแมกนีเซียมในเลือด งดอาหารและน้ำทางปาก ตรวจและบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย โดยใส่สายปัสสาวะคาไว้ และสังเกตสี ลักษณะของน้ำปัสสาวะ เพื่อประเมินการทำงานของไต ประเมินผลการพยาบาล ไม่พบอาการทางระบบประสาท ได้แก่ ซึม สับสน กล้ามเนื้ออ่อนแรง และหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ ปฏิกิริยาสะท้อนปกติ ความดันโลหิต 140/90 - 150/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80-90 ครั้งต่อนาที หายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกมีปัสสาวะมากกว่า 30 ml/hr ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ 3,510 ซีซี และปริมาณสารน้ำที่ขับออก 1,000 ซีซี

ทารกอาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนในครรภ์ สอนผู้คลอดประเมินสภาพเด็กดิ้น เนื่องจากปริมาณเลือดเลี้ยงรกน้อยลง ประเมินอาการและอาการแสดงของทารกดิ้นน้อยลง ติดตามฟังเสียงหัวใจของทารกในครรภ์เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอทุก 15 นาทีในชั่วโมงแรกและต่อไปทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ และรายงานแพทย์ถ้าอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์น้อยกว่า 110 ครั้งต่อนาทีหรือมากกว่า 160 ครั้งต่อนาที ดูแลให้ได้รับออกซิเจนทางหน้ากาก 10 ลิตรต่อนาที เพื่อให้ออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ มากขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของรก จัดให้นอนในท่าตะแคงซ้าย ศีรษะสูง 30 องศา จะช่วยให่มดลูกไม่ไปกดเส้นเลือดแดงใหญ่และเส่นเลือดที่ไปเลี้ยงไต เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกให้พร้อม ช่วยเหลือเมื่อแรกเกิดประสานกุมารแพทย์เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดและจองหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เตรียม Transport incubator ไว้ให้พร้อมที่จะใช้เคลื่อนย้ายทารก ประเมินผลการพยาบาล ก่อนคลอดเสียงหัวใจทารกเต้นสม่ำเสมอ 148 - 160 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจ Electronic fetal monitoring = Reactive ดี ไม่พบภาวะ Late deceleration

วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ผู้คลอดมีสีหน้ากังวล ประสานงานกับแพทย์เพื่ออธิบายให้ผู้คลอดและสามีทราบถึงสภาวะของโรค สภาวะทารกในครรภ์และเหตุผลในการผ่าตัดเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ลดความกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้คลอดและสามีซักถามข้อสงสัย เพื่อลดความวิตกกังวล มั่นใจในการรักษา อธิบายขั้นตอนการเตรียมร่างกาย ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด และวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกให้ผู้คลอดทราบ ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด รับฟัง และพร้อมที่จะแก้ไขปัญหาต่างๆ ประเมินผลการพยาบาล ผู้คลอดมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล รับฟังคำอธิบายและคำแนะนำจากแพทย์และ พยาบาล ซักถามข้อสงสัย ให้ความร่วมมือในการเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด

วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและมีโอกาสเกิดอันตรายจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ผู้คลอดมีสีหน้ากังวล ประสานงานกับแพทย์เพื่ออธิบายให้ผู้คลอดและสามีทราบถึงสภาวะของโรค สภาวะทารกในครรภ์และเหตุผลในการผ่าตัดเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ลดความกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้คลอดและสามีซักถามข้อสงสัย เพื่อลดความวิตกกังวล มั่นใจในการรักษา อธิบายถึงขั้นตอนต่างๆ ในการเตรียมร่างกายและจิตใจของผู้คลอดเพื่อการผ่าตัดที่ปลอดภัย เตรียมผู้คลอดด้านร่างกาย โดย แจ้งให้ผู้คลอดทราบถึงสาเหตุ ความจำเป็นของการผ่าตัดช่วยคลอด และภาวะ แทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พร้อมทั้ง ลงชื่อยินยอมให้ทำการผ่าตัดในแบบฟอร์มที่กำหนด ให้ผู้คลอดงดอาหารและน้ำอย่างน้อย 6 ชั่วโมง เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการติดตามเพื่อ หาชนิดและหมู่เลือด เตรียมเลือด ให้พร้อมใช้ ติดตามผลเลือด PT, PTT, INR, Platlete count, Hematocrit ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด รับฟัง และพร้อมที่จะแก้ไขปัญหาต่างๆ ประเมินผลการพยาบาล ผู้คลอดมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล รับฟังคำอธิบายและ

คำแนะนำจากแพทย์และ พยาบาล ซักถามข้อสงสัย ให้ความร่วมมือในการเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด

**การพยาบาลระยะคลอด**

มารดามีโอกาสตกเลือดขณะผ่าตัดคลอดและหลังผ่าตัด ผู้คลอดได้รับยา MgSO4 และจะต้องได้รับอย่างต่อเนื่องจนครบ 24 ชั่วโมงหลังทารกคลอด กระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกโดยให้ Oxytocin 20 ยูนิต ผสมใน 5%D/N/2 1000 ml หยดเข้าหลอดเลือดดำในอัตรา 120 ml/hr เตรียมเลือดสำรอง เพื่อสามารถขอใช้ได้ทันที (PRC 2 ยูนิต) ในกรณีที่มีภาวะตกเลือดระหว่างผ่าตัดคลอด ใส่สายสวนปัสสาวะค้างก่อนไปผ่าตัด เพื่อไม่ให้กระเพาะปัสสาวะเต็ม เนื่องจากจะขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูก ตรวจสอบการหัก งอ พับของสายสวนปัสสาวะ เพื่อให้ปัสสาวะไหลสะดวก เตรียมอุปกรณ์และประสานทีมแพทย์พยาบาลในการช่วยเหลือมารดาและทารกในภาวะฉุกเฉิน หลังผ่าตัดคลอด ประเมินสัญญาณชีพตามแนวทางการดูแล ทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นประเมินทุก 1 ชั่วโมง จนอาการคงที่ เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการ อาการแสดงของ ภาวะตกเลือด เช่น หน้าซีด เพลีย ความรู้สึกตัวลดลง ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ตรวจสอบการหัก งอ พับของสายสวนปัสสาวะ เพื่อให้ปัสสาวะไหลสะดวก ตรวจคลึงมดลูกด้วยท่าที่นุ่มนวล เพื่อกระตุ้นให้กล้ามเนื้อมดลูกหดรัดตัวเป็นระยะๆ เส้นเลือดส่วนปลายปิดลดการเสียเลือด ถ้าเลือดยังออกมาก มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ อาการ อาการแสดง ที่บ่งบอกอาการตกเลือดที่เลวลง รายงานแพทย์ทันที เตรียมอุปกรณ์ และทีมแพทย์พยาบาล ในการช่วยเหลือมารดาและทารกในภาวะฉุกเฉิน การประเมินผลมารดาสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 900 ml หลังคลอดมารดามีเลือดออกเพิ่มประมาณ 100 ml และมีก้อนเลือดออกมาประมาณ 50 ml วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.3-37.2 องศาเซลเซียส, อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที, ชีพจร 78-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/87-150/98 มิลลิเมตรปรอท มารดารู้สึกตัวดี มดลูกหดรัดตัวดี ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอดเพิ่ม

**การติดตามเยี่ยมหลังคลอด**

วันที่ 5 ตุลาคม 2566 มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดไม่ซึม ปวดแผลพอทนได้ Pain Score เท่ากับ 3-4 คะแนน มีอาการคัดตึงเต้านม น้ำคาวปลามีสีแดงเข้มไม่มีกลิ่นเหม็น อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/92 มิลลิเมตรปรอท เริ่มจิบน้ำ นำทารกมาให้มารดา ทารกตัวแดงดี ร้องเสียงดัง ดูดนมได้ดี ร่วมวางแผนจำหน่ายกับหอผู้ป่วย ในเรื่องการปฏิบัติตัวหลังคลอด การดูแลแผลผ่าตัดเต้านม การเลี้ยงดูบุตรและให้นมแม่ การสังเกตอาการผิดปกติ และการวางแผนครอบครัว เตรียมแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือภายหลังกลับไปบ้าน เช่น รพสต.

วันที่ 6 ตุลาคม 2566 มารดายังมีอาการปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย แผลแห้งดี อาการทั่วไปปกติดี น้ำคาวปลาสีแดงจางลง ไม่มีกลิ่นเหม็น มารดาเต้านมคัดตึงเล็กน้อย น้ำนมไหลดี ให้ทารกดูดนมได้ดี อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/84 มิลลิเมตรปรอท มีแผนการรักษาให้ยาลดความดันโลหิตต่อเนื่อง Amlodipine 5 mg 1 tab oral OD pc วางแผนจำหน่ายอธิบายการปฏิบัติตัวหลังคลอด การดูแลแผล การให้นมบุตร การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ แผลผ่าตัดบวมแดง น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น ทารกตัวเหลือง จำหน่ายผู้ป่วยวันที่ 7 ตุลาคม 2566 นัดติดตามหลังคลอด 6 สัปดาห์ มาตรวจหลังคลอดสุขภาพแข็งแรงทั้งมารดา และทารก

**สรุปและอภิปรายผล**

ผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ (pre-eclampsia) หลังผ่าตัดคลอดเกิด

ภาวะตกเลือดร่วมด้วย พยาบาลต้องมีความรู้ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เป็นอย่างสูง นับตั้งแต่ประเมินสัญญาณเตือนอันตราย (warning signs) ที่จำทำให้เกิดอาการชัก ตลอดจนอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงหากความดันโลหิตสูงมาก เช่น ภาวะเลือดออกในสมอง ต้องมีการบริหารยา Nicadepine ให้เป็นไปตามแผนการรักษาและสอดคล้องกับระดับความดันโลหิต เฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา การเตรียมตัวผู้คลอดก่อนเข้าผ่าตัดคลอด ต้องมีการเตรียมเลือดให้พร้อมใช้ ต้องประเมินและคาดคะเนการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดได้ตั้งแต่การเสียเลือด 500 ซีซี โดยพิจารณาจากความเสี่ยงต่างๆ เช่น ผลการตรวจเลือดที่ผ่านมา ประวัติการตกเลือดจากการผ่าตัดคลอดในครรภ์แรกหรือไม่ เพื่อค้นหาสาเหตุแก้ไขได้ทันที

การให้ยาป้องกันภาวะชัก (MgSO4) ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลรักษา severe preeclampsia โดยสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเกินขนาด ได้แก่ ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรใน 1 ชั่วโมง อัตราการหายใจต่ำกว่า 14 ครั้ง/นาที ไม่พบ deep tendon reflex รวมทั้งกลุ่มอาการ HELLP ติดตามอาการและระดับ MgSO4 ในเลือดที่จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา MgSO4 การเตรียมผ่าตัด เลือดและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ได้รับการผ่าตัดคลอดปลอดภัย และประสานการช่วยเหลือแก่ทารกแรกเกิด ทารกปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา[8,9,10]

**ข้อเสนอแนะ**

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรภายในทีมงานอยู่เสมอ ทั้งในระดับหน่วยงานและระดับคร่อมสายงาน (ทีมนำทางคลินิก PCT : Patient Care Team) เพื่อคุณภาพบริการ ตลอดจนมีการฝึกฝนด้วยการจำลอง สถานการณ์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมที่รวดเร็ว สามารถจะช่วยเหลือผู้คลอดและทารกได้ทันท่วงที

2. ควรมีการเตรียมเลือดล่วงหน้าก่อนคลอดทุกราย แต่ในภาวะฉุกเฉิน ควรมีการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลเพื่อขอเลือด

## เอกสารอ้างอิง

1. โฉมพิลาศ จงสมชัย. (2560). การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. สืบค้นจาก www.si.mahidol.ac.th/th/division/nursing/NDivision/N_APN /.../3_100_1.pdf.
2. ตวงสิทธิ์ วัฒกนารา. (2560). ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ภาควิชาสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด
3. ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2558). การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3. พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์ทหารผ่านศึก
4. สมจิตร เมืองพิล. (2563). บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการป้องกันและดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด. ศิริยอดการพิมพ์
5. สุภานัน ชัยราช. (2560). Nursing role : Saving Mothers from Massive Management in Postpartum Hemorrhage. บริษัทยูเนี่ยน ครีเอชั่น จำกัด
6. ลัลธพร พัฒนาวิจารณ์. (2560). การดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด. บริษัทยูเนี่ยนครีเอชั่น จำกัดงานสารสนเทศ โรงพยาบาลโคกสำโรง รายงานการคลอดปีงบประมาณ 2564-2566.
7. งานสารสนเทศ โรงพยาบาลโคกสำโรง รายงานการคลอดปีงบประมาณ 2564-2566.
8. ปรียา สุวนิช. (2561). การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์.
โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร, 27(1), 42-53.
9. สุภาพร สุภาทวีวัฒน์. (2564). การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อน : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 18(3), 147-160.

# การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อค: กรณีศึกษา 2 ราย

# Nursing Care of Ectopic Pregnancy with Hypovolemic Shock: Case study 2 case

(Received: April 25,2024 ; Revised: April 27,2024 ; Accepted: April 28,2024)

**นิตยา มั่นจันทึก**[1]
**Nittaya manchantuek**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อคจำนวน 2 ราย เป็นกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกเปรียบเทียบ 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปากช่องนานา ปี 2566 โดยศึกษาจากประวัติการรักษาพยาบาล ข้อมูลจากผู้ป่วย เวชระเบียน ใช้แบบประเมิน 11 แบบแผนของกอร์ดอน นำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายแพทย์วินิจฉัยเป็น Ruptured Ectopic pregnancy with hypovolumic shock กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนทำ Explored laparotomy with Right Sulpingectomy กรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนทำ Explored laparotomy with Left Sulpingectomy with wedge resection left Ovary ได้รับการรักษาและให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ

**คำสำคัญ:** การตั้งครรภ์นอกมดลูก, การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อค

**ABSTRACT**

This study aimed to compare the standardized nursing care of two patients with ectopic pregnancy and shock. A case study of 2 Ruptured ectopic pregnant patients admitted to PakChong Nana Hospital in 2023, based on patient medical records. Taking history of patients Using Gordon's 11 Patterns Assessment Scale, the data was used to support the adoption of the 5-step nursing process as a standard for patient care

Result: Both patients were diagnosed with ectopic pregnancy with hypovolumic shock and The first case study underwent Explored laparotomy with Right Sulpingectomy. The two case study underwent Explored laparotomy with Right Sulpingectomy.with Left Sulpingectomy with wedge resection left Ovary: Received treatment and nurses using a 5- step nursing process. Patients' symptoms improved respectively. No complications were found.

**Keywords**: ectopic pregnancy, nursing care with ectopic pregnancy with shock

## บทนำ

การตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic Pregnancy) เป็นการตั้งครรภ์ที่ไข่ถูกผสมแล้วไปฝังตัวเป็นตัวอ่อนนอก โพรงมดลูก เช่น บริเวณท่อนำไข่พบร้อยละ 93-97 โดยส่วนที่พบบ่อย คือ บริเวณ Ampulla ร้อยละ 75 รองลงมาคือส่วน Isthmus ร้อยละ13 fimbriae ร้อยละ 12 และร้อยละ 2 ของการตั้งครรภ์นอกมดลูกเกิดบริเวณอื่น เช่น รังไข่ ปากมดลูกและในช่องท้อง[7]พบว่าเป็นอุบัติการณ์ร้อยละ 2 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยที่พบในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์[5] สาเหตุการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง ได้แก่ มีประวัติการผ่าตัดท่อนำไข่ ตั้งครรภ์หลังทำหมัน ตั้งครรภ์นอกมดลูก ติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ตั้งครรภ์ขณะใส่ห่วง และได้รับยา Diethylstibestrol ขณะอยู่ในครรภ์ ( Thongsong, Srisomboon, Jareankaun, & Chintakanun, 2016) สำหรับบุคคลที่มีความเสี่ยงปาน

[1] หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลปากช่องนานา

กลางได้แก่ ภาวะมีบุตรยาก มีคู่นอนหลายคน ส่วนกลุ่มที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นได้แก่ เคยผ่าตัดอุ้งเชิงกราน สูบบุหรี่ สวนล้างช่องคลอด และมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 18 ปี โดยผู้ป่วยร้อยละ 50 มีอาการ 3 อย่างคือ ปวดท้องขาดประจำเดือน และเลือดออกจากช่องคลอดผิดปกติ อาการแสดงที่พบได้แก่ กดเจ็บที่ปีกมดลูกและเจ็บเมื่อโยกปากมดลูก คลำได้ก้อนที่ปีกมดลูก อาจตรวจพบมดลูกมีขนาดโตได้ซึ่งเป็นผลจากฮอร์โมนจากการตั้งครรภ์ กรณีที่มีการแตกของถุงการตั้งครรภ์จะทำให้เลือดออกในช่องท้องจนมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพนับเป็นการเจ็บป่วยภาวะเฉียบพลันที่คุกคามชีวิต จะเห็นได้ว่าการตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็นการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน ไม่มีอาการที่บ่งจำเพาะอย่างชัดเจน ผู้ป่วยจึงมาพบแพทย์เมื่ออาการเป็นมากแล้วจึงเกิดความล่าช้าในการรักษา การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกโรคจำเป็นต้องอาศัยประวัติ อาการ อาการแสดง และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม โดยเฉพาะการตรวจอัลตราซาวด์ ตรวจปัสสาวะเพื่อยืนยันการตั้งครรภ์ เมื่อพบเป็นบวก จะตรวจเลือดหาระดับ beta HCG โดยจะพบระดับในระดับที่สูงกว่า 1,500-2,000 มิลลิยูนิต/มิลลิลิตร จะเห็นได้ว่า การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกมีขั้นตอนหลาย ขั้นตอนและระยะเวลาในการรอคอยผลการตรวจพอสมควร ประกอบกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยไม่จำเพาะชัดเจน จึงมีโอกาสที่ทำให้การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกล่าช้าและผิดพลาดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาทันเวลา ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกต้องได้รับการรักษาทันที การรักษานั้นจะประกอบด้วยการใช้ยา methotrexate ในกรณีถุงการตั้งครรภ์มีขนาดเล็กกว่า 5 เซนติเมตร เมื่อถุงการตั้งครรภ์ มีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร หรือมีการแตกทำให้มีเลือดออกในช่องท้องจึงต้องได้รับการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยมารับบริการในโรงพยาบาลสิ่งสำคัญที่สุดคือต้องได้รับการวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ถูกต้องแม่นยำที่ห้องฉุกฉิน หากการวินิจฉัยโรคล่าช้าหรือผิดพลาด จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีเลือดออกในช่องท้องเพิ่มขึ้นจนเกิดภาวะช็อคจากร่างกายเสียเลือดจำนวนมาก เนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายขาดเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ จะส่งผลให้อวัยวะอื่นล้มเหลวตามมา[3]การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลทันเวลาสอดคล้องกับสภาวะการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญจะช่วยลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งพบว่าอุบัติการณ์การตายของหญิงตั้งครรภ์ประมาณร้อยละ 10 เป็นผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก[4]

หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลปากช่องนานา ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหลังคลอดและผู้ป่วยเจ็บป่วยทางด้านนรีเวชวิทยา จากข้อมูลสถิติย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564-2566 ที่ผ่านมาพบอุบัติการณ์ของตั้งครรภ์นอกมดลูกจำนวน 24, 29 และ 44 ราย ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวถือว่ามีจำนวนมากและมีแนวโน้มที่สูงขึ้น อัตราการเกิดภาวะช็อค ปี2564= 8.33 ปี2565= 10.34 ปี 2566= 11.36[6] หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างทันท่วงทีอาจทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น หน่วยงานได้ให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน พยาบาลวิชาชีพเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดนับตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพต้องมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะวิกฤตพร้อมทั้งการวางแผนการพยาบาล ตั้งแต่ระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งกรณีศึกษารายนี้พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยนับตั้งแต่การซักประวัติ การเฝ้าระวังภาวะช็อค การบรรเทาความเจ็บปวด เตรียมการผ่าตัดเร่งด่วน ดูแลภายหลังการผ่าตัด และดูแลต่อเนื่องจนจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อค เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิต

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อคจำนวน 2 ราย

**วิธีการศึกษา**

กรณีศึกษา 2 ราย เปรียบเทียบใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะ ได้ศึกษาหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกจำนวน 2 รายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปากช่องนานาปี 2566 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการตั้งครรภ์นอกมดลูกร่วมกับมีภาวะช็อค เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอน 2) แบบบันทึกทางการพยาบาลที่ครอบคลุมการใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน 3) แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียน 4) เวชระเบียนผู้ป่วยฉบับเต็มของโรงพยาบาลปากช่องนานา โดยศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยและการซักประวัติผู้ป่วยและญาติโดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนในการค้นหาปัญหาและความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยนำมาวิเคราะห์แก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการในการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพที่ครอบคลุมการส่งเสริมการป้องกัน การรักษา ฟื้นฟูสุขภาพและใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

**ผลการศึกษา**

จากกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกทั้ง 2 ราย สาเหตุและมีปัจจัยของการเกิดโรคอาการและ/อาการ แสดงเหมือนกันหรือบางครั้งอาจมีอาการแสดงที่ไม่ชัดเจน ต้องใช้การตรวจวินิจฉัยแยกโรคและมีความแม่นยำ เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง โดยในกรณีศึกษารายที่1 ต้องการมีบุตร ส่วนรายที่2 มีบุตรเพียงพอแล้ว หลังจากนั้นเกิดการตั้งครรภ์เกิดขึ้น ซึ่งทั้ง 2 ราย มีรายละเอียดของการวิเคราะห์ดังแสดงตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ข้อมูลเปรียบเทียบและการวิเคราะห์หญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก 2 ราย

| ประเด็นเปรียบเทียบ | กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| **1.สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง**<br>1.1 มีสิ่งกีดขวางไม่ให้ไข่ที่ถูกผสมแล้วเดินทางเข้าไปฝังตัวในโพรงมดลูก ได้แก่<br>-การอักเสบของท่อนำไข่ (Salpingitis) เรื้อรัง<br>-ท่อนำไข่มีพังผืด (peritubal adhesion)<br>-ท่อนำไข่ที่มีความผิดปกติแต่กำเนิด | - มีประวัติดื่มเหล้า สูบบุหรี่ทุกวัน<br>- จากบันทึกผ่าตัดของแพทย์ พบว่ามีการแตกของท่อนำไข่ด้านขวา มีเลือดออกที่ท่อนำไข่และในช่องท้อง สาเหตุจากท่อนำไข่ที่มีความผิดปกติแต่กำเนิด | - จากบันทึกผ่าตัดของแพทย์ พบว่ามีการแตกของท่อนำไข่และถุงน้ำที่รังไข่ด้านซ้ายร่วมด้วย มีเลือดออกในช่องท้อง สาเหตุให้กีดขวางไม่ให้ไข่ที่ถูกผสมแล้วเดินทางเข้าไปฝังตัวในโพรงมดลูก และมีการอักเสบของท่อนำไข่ (Salpingitis) เรื้อรัง |
| **2.อาการและอาการแสดง**<br>2.1 ปวดท้องน้อย กดเจ็บบริเวณหน้าท้องน้อย (ร้อยละ 80-95) อาจปวดข้างใดข้างหนึ่งหรือทั่วๆไป<br><br>2.2 ขาดประจำเดือนเหมือนการมีครรภ์ทั่วไป<br>2.3 มีเลือดออกกระปริดกระปรอยเป็นช่วงๆหรือออกเรื่อยๆพบได้ประมาณ75% | - ปวดท้องน้อยทั่วๆ ท้อง 2 วันก่อนมารพ. ตรวจหน้าท้อง Abd Soft: generalized tender with Guarding<br><br>- ประจำเดือนขาด 8 สัปดาห์<br><br>- ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด<br><br>- ไม่ได้ตรวจภายใน | - ปวดท้องน้อย 12 ชั่วโมงก่อนมารพ. ตรวจหน้าท้องเกร็ง แน่น อืดอัดท้อง กดเจ็บท้องน้อย (Abd: Guarding, distend, tender at suprapubic area)<br>- ประจำเดือนขาด 6 สัปดาห์<br><br>- ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด |

| ประเด็นเปรียบเทียบ | กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| 3.2.3 การตรวจภายใน พบอาการแสดงของการตั้งครรภ์ เช่น ปากมดลูกเป็นสีคล้ำปากมดลูกนุ่ม เจ็บเมื่อโยกปากมดลูก(excitation pain)พบร้อยละ50<br>3.3 การตรวจการตั้งครรภ์ในปัสสาวะ ร้อยละ90 ของการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ผลเป็นบวก<br>3.4 การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูงอาจพบgestational sac โพรงมดลูกได้ตั้งแต่4 สัปดาห์หลังจากการขาดประจำเดือน ถือว่าเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งในการช่วยวินิจฉัยสามารถ วินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ร้อยละ 82.9[1,8,10] | - ตรวจการตั้งครรภ์ในปัสสาวะ (urine pregnancy test) ได้ ผลบวก<br>- ตรวจอัลตร้าซาวด์ พบมี free fluid in cul-de-sac พบhematoma at peritoneum | - PV: Excited Positive ,tender at uterus and left Adnexa , bulging at CDS<br>- ตรวจการตั้งครรภ์ในปัสสาวะ (urine pregnancy test) ได้ ผลบวก<br>- ตรวจอัลตร้าซาวด์พบมี free fluid in cul-de-sac พบ hematoma at peritoneum |
| 3.5 การตรวจหาความเข้มข้นของเลือดพบค่า hematocrit และhemoglobin จะค่อยๆลดลง ตามสัดส่วนของปริมาณเลือดที่ออกภายในช่องท้อง<br>**4. การรักษา**<br>1.การเฝ้าสังเกตอาการ (observation) บางรายอาจฝ่อหายไปได้เอง เฝ้าสังเกตอาการได้แก่ ระดับ serum β-hCG ลดต่ำลง ไม่มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดขนาดก้อนครรภ์นอกมดลูกไม่เกิน 1เซนติเมตร ไม่มีอาการแสดงของท่อนำไข่แตก (Tubal Rupture)<br>2. การรักษาด้วยยาเป็นการรักษาด้วยการฉีดยา methotrexate เข้าไปทำลายก้อนการตั้งครรภ์ทำให้เสื่อมสลายไปหรือฝ่อไปเหลือท่อนำไข่ที่มีสภาพปกติมากที่สุดได้ผลดีในอายุครรภ์ที่น้อยกว่า 6 สัปดาห์ก้อนยังไม่แตก ขนาดก้อนของการตั้งครรภ์ไม่เกิน 4 เซนติเมตร ตรวจไม่พบการเต้นของหัวใจทารก | - แรกรับ Hct = 28.5% ขณะผ่าตัดสูญเสียเลือด 3,000 ml Hb = 6 g/dl ได้เลือด PRC gr. O 3 unit Hct = 28% | - แรกรับ Hct = 30% ขณะผ่าตัดเสียเลือด 1,800 ml<br>Hb = 9 g/dl ได้เลือด PRC gr. B 2 unit Hct = 29% |
| 3. การรักษาด้วยการผ่าตัด ได้แก่<br>3.1 Salpingostomy การผ่าตัดบริเวณท่อนำไข่เพื่อนำตัวอ่อนและรกออกจากบริเวณท่อนำไข่ (โดยไม่ต้องตัดท่อนำไข่ออก วิธีนี้มักใช้ในรายที่สตรีมีบุตรยาก ผู้ป่วยสามารถมีบุตรได้ในกรณี ที่ไม่เสียเลือดมากและไม่มีภาวะช็อกขณะผ่าตัด การผ่าตัดวิธีนี้เมื่อมีก้อนขนาดน้อยกว่า 2cms.และฝังตัวใกล้กับส่วนปลายของท่อนำไข่<br>3.2 Salpingotomy เป็นการผ่าตัดที่ทำทุกขั้นตอนเช่นเดียวกับ Salpingostomy แต่เย็บปิดแผลบริเวณท่อนำไข่<br>3.3 Salpingectomy เป็นการผ่าตัดเอาท่อ นำไข่ข้างที่มีพยาธิสภาพออกมักทำในราย ที่ท่อนำไข่อยู่ในสภาพที่ถูกทำลายมากหรือควบคุมการเสียเลือดไม่ได้ ผู้ป่วยมีบุตรเพียงพอแล้วและต้องการทำหมัน<br>3.4 Salpingo-oophorectomy การผ่าตัดที่เอาท่อนำไข่ข้างที่มีการตั้งครรภ์ออกพร้อมท่อนำไข่ นิยมทำใน tube-ovarian pregnancy ที่ไม่สามารถแยกรังไข่จากท่อนำไข่ได้ การให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมครอบคลุมและการ | - รักษาด้วยการผ่าตัดฉุกเฉิน( Right Salpingectomy) ผ่าเข้าไปพบท่อนำไข่ข้างขวาออก ส่วน ampulla part ฉีกขาด มี hemaoma at peritoneum จำนวน 3,000 ml.<br>- ให้ยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด Cefazoline 2gms. ก่อนผ่าตัด30 นาที แบบ Antibiotic | - รักษาด้วยการผ่าตัดฉุกเฉิน (Left Salpingectomy with wedge resection left ovary ) ผ่าเข้าไปพบท่อนำไข่และรังไข่ข้างซ้ายออก ส่วน ampulla part ฉีกขาด มี hematoma at peritoneum จำนวน 1,800 ml.<br>- ให้ยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด Cefazoline 2gms. ก่อนผ่าตัด 30 นาที แบบ Antibiotic Prophylaxis หลังผ่าตัดให้ยา |

| ประเด็นเปรียบเทียบ | กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| ผ่าตัดในกรณีที่มีการแตกของท่อนำไข่ซึ่งพื้นฐานที่ควรให้คือยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อก่อโรคในช่อง ท้อง[1,10,12] | Prophylaxis หลังผ่าตัดให้ยาปฏิชีวนะ Ampicillin 1gms. iv drip q 6 hr. * 4 dose | ปฏิชีวนะ Cefazoline 1gms. iv q 6 hr. * 4 dose |

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้จากการประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้น โดยประเมินทางด้านร่างกายจิตวิญญาณและ สังคม พบว่าปัญหาที่จะต้องดูแลจึงได้วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 รายดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **การพยาบาลระยะช็อค**<br>1) มีภาวะช็อคจากการเสียเลือดในช่องท้อง เนื่องจากมีการแตกของท่อนำไข่<br>พบในกรณีศึกษารายที่ 1,2 | 1. ประเมินอาการช็อก ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น ระดับความรู้สึกตัวลดลง<br>2. งดน้ำและอาหารเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด<br>3. ให้สารน้ำและเลือดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา<br>4. ใส่สายสวนปัสสาวะ\ สังเกตสีและปริมาณของปัสสาวะซึ่งปัสสาวะควรออกมากกว่า 30 cc/hr.<br>5. ประเมินระดับความปวดและภาวะซีด<br>6. เจาะเลือด เพื่อตรวจหาหมู่เลือด CBC, electrolyte, Hct, Hb.<br>7. ให้ออกซิเจน mask with bag 6 ลิตรต่อนาที<br>8. ประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ไม่ต่ำกว่า 95 % |
| 2) วิตกกังวลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดฉุกเฉิน พบในกรณีศึกษารายที่ 1,2 | 1. สร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก<br>2. ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคและสาเหตุของการเจ็บป่วย<br>3. ให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด และลงนามยินยอมโดยให้ญาติมีส่วนร่วม |
| **การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด**<br>3) เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากภาวะซีดจากการเสียเลือด และหลังได้รับยาระงับความรู้สึกจากการทำผ่าตัด พบในกรณีศึกษารายที่ 1,2 | 1. จัดท่านอนหัวสูง เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่<br>2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา และปรับเปลี่ยนเป็นออกซิเจนชนิด mask with bag เมื่อ<br>ประเมินค่า SpO2 แล้วพบว่าน้อยกว่า 95%<br>3. ประเมินลักษณะการหายใจ ระดับความรู้สึกตัว และติดตามค่า SpO2<br>4. ตรวจวัดสัญญาณชีพเมื่อรับจากห้องผ่าตัดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง และเมื่อพบอาการผิดปกติที่จะนำไปสู่ภาวะพร่องออกซิเจนรายงานแพทย์ทันที<br>5. เฝ้าระวังและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน พบผิดปกติรายงาน แพทย์ได้แก่ กระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง หายใจไม่สม่ำเสมอ ความดันโลหิตสูงและหัวใจเต้นเร็วขึ้น |
| 4) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดหลังการผ่าตัดทางหน้าท้องในระยะ 24 ชั่วโมงแรก พบในกรณีศึกษารายที่ 1,2 | 1. ดูแลให้สารน้ำและเลือดตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับสารน้ำและเลือด<br>2. ติดตามผลค่า Hct หลังการให้เลือด<br>3. เฝ้าระวังและประเมินอาการเลือดออกในช่องท้องซ้ำ เลือดออกทางช่องคลอด และเลือดออกจากแผลผ่าตัดหน้าท้อง<br>4. เฝ้าระวังและบันทึกสัญญาณชีพเมื่อรับจากห้องผ่าตัดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง และทุก 2-4 ชั่วโมง พบอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกตินำไปสู่ภาวะช็อกรายงานแพทย์ทันที |

**ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| 5) ปวดแผลระดับรุนแรง เนื่องจากเนื้อเยื่อร่างกายและเส้นประสาทในช่องท้องได้รับบาดเจ็บจากได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง พบในกรณีศึกษารายที่ 1,2 | 1. ประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดโดยการซักถามใช้ Pain Score ด้วย Numeric Scale และดูแลให้ยาลดปวดตามแผนการรักษา<br>2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง<br>3. จัดให้นอนท่าศีรษะสูงเล็กน้อย เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน<br>4.กระตุ้นการหายใจแบบผ่อนคลาย (deep breathing exercise) และจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ |
| **การพยาบาลระยะต่อเนื่องและวางแผนจำหน่าย**<br>6) มีโอกาสติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เนื่องจากผิวหนังถูกทำลายจากการผ่าตัด พบในกรณีศึกษารายที่ 1,2 | 1.ประเมินแผลผ่าตัด สังเกตอาการผิดปกติของแผล โดยการใช้หลัก REEDA (R=redness,แดง,E=edema,บวม ,Ecchymosis=ลักษณะช้ำเลือด,D=discharge,มีหนองไหลออกจากแผลหรือไม่,A=approximate,ลักษณะขอบแผลเสมอกันหรือไม่)<br>2.ประเมินบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงเพื่อติดตามภาวะติดเชื้อ<br>3. แนะนำการปฏิบัติตัว การดูแลแผลผ่าตัดดูแลความสะอาดร่างกายเพื่อส่งเสริมการหายของแผล |
| 7) ผู้ป่วยเศร้าโศกเนื่องจากสูญเสียการตั้งครรภ์ และการถูกตัดท่อนำไข่และรังไข่ข้างขวาออก พบในกรณีศึกษารายที่ 1 | 1. สร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัวเอง ยิ้มทักทาย สัมผัสแบบนุ่มนวล เพื่อให้ เกิดความอบอุ่นใจ ไว้วางใจ และให้ความร่วมมือ<br>2.เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยต่างๆ<br>3.อธิบายให้เข้าใจถึงพยาธิสภาพของการตั้งครรภ์นอกมดลูก<br>4. ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวให้การดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจ<br>5.ประเมินอารมณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน |
| 8) ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านโดยใช้หลัก D-M-E-T-H-O-D พบในกรณีศึกษารายที่ 1,2 | 1. ประเมินความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้านในด้าน ความสามารถการดูแลตนเอง แบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด<br>2. วางแผนการจำหน่ายตามหลัก D-METHOD ประกอบด้วย<br>D: Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุอาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง<br>M: Medicine แนะนำการใช้ยาที่ได้รับอย่างละเอียด<br>E: Environmentแนะนำการดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาดเรียบร้อย<br>T: Treatment แนะนำการดูแลบาดแผลให้ทำแผลทุกวันที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน นัดตัดไหมและฟังผลชิ้นเนื้อที่โรงพยาบาล<br>H: Health การวางแผนครอบครัว การดูแลตนเองการบริหารร่างกายที่เหมาะสมและวิธีการผ่อนคลายความเครียด<br>O: Out patient การมาตรวจตามนัด จากสถานพยาบาลใกล้บ้านเช่นการตัดไหมและเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน<br>D: Diet แนะนำรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่และมีกากใยสูงเพื่อป้องกันอาการท้องผูก |

## สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษา หญิงตั้งครรภ์ 2 ราย มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ตำแหน่งท่อนำไข่ส่วนที่เป็น Ampulla part มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการเสียเลือดในช่องท้อง จึงเป็นภาวะวิกฤตที่ต้องดูแลรักษาพยาบาลเร่งด่วนและมีความยุ่งยากซับซ้อน[1] ซึ่งได้รับการการผ่าตัดแบบฉุกเฉินเร่งด่วนทั้ง 2 ราย ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ทักษะความชำนาญเป็นพิเศษ ในการประเมินอาการการประสานงานในทีม ให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและถูกต้อง รวดเร็วตามกระบวนการพยาบาลได้

มาตรฐาน[2] ดังนั้นพยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญของทีมและการประเมินผู้ป่วยในระยะวิกฤติจึงต้องมีสมรรถนะในการประเมินสภาพ วิเคราะห์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นและให้การพยาบาลอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการประสานงานกับทีมการดูแลการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ จะทำให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤติโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพได้เหมาะสม[5]

**ข้อเสนอแนะ**

1. พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกายวิภาคและสรีรวิทยาของโรค เพื่อวางแผนการพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว

2. พยาบาลควรพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (CNPG) ที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ (CPG) ของการตั้งครรภ์นอกมดลูก

3. พยาบาลวิชาชีพควรมีทักษะการใช้เครื่องมือประเมิน early warning signs ภาวะช็อกเพื่อเฝ้าระวังและ รายงานแพทย์ได้รวดเร็วเหมาะสม

**เอกสารอ้างอิง**

1. ดารณี ศิลปรายะ. (2023). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีการแตกของท่อนำไข่ร่วมกับมีภาวะช็อกและ มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน: กรณีศึกษา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(4), 384-393.
2. นุชจรินทร์ ทองโรจน์. (2563). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 17(2), 128-141.
3. ปริญญา ราชกิจ. (2560). การตั้งครรภ์นอกมดลูกในโรงพยาบาลลำปลายมาศ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ -สุรินทร์-บุรีรัมย์, 32 (1), 33-42
4. เพ็ญ ศรีละออ. (2022). การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด. วารสาร สาธารณสุข และ วิทยาศาสตร์สุขภาพ, 5(2), 172-186.
5. อรุณี พัวโสพิศ. (2023). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัดต่อคุณภาพชีวิตและความวิตกกังวล ใน ผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(2), 361-370.
6. หอผู้ป่วยนรีเวช. รายงานตัวชี้วัดประจำปี 2564-2566. โรงพยาบาลปากช่องนานา (สำเนาเอกสาร).
7. Meena, N., Bairwa, R., & Sharma, S. (2020). Study of ectopic pregnancy in a tertiary care centre. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 9(1): 212-215. Retrieved from DOI: https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/7564/5152

# การพยาบาลผู้คลอดอายุมากที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงเนื่องจากการตั้งครรภ์

# Nursing care of elderly pregnant women with severe high blood pressure due to pregnancy

(Received: April 26,2024 ; Revised: April 28,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**อาณัฏฐิยา งับสันเทียะ**[1]
**Anatthiya Ngubsunthia**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดอายุมากที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงเนื่องจากการตั้งครรภ์ โดยศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ครั้งที่สอง อายุ 37 ปี อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ฝากครรภ์ทั้งหมด 9 ครั้ง ผลเลือดปกติ แพทย์นัดนอนโรงพยาบาลเพื่อให้ยาเร่งคลอด ระหว่างรอคลอดผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา พบว่า แพทย์พิจารณาให้ MgSo4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ CR 4.70, SGOT 212, SGPT 232 ,eGFR 72 แพทย์สงสัยผู้คลอดมีภาวะ CPD c severe preeeclampsia c partial HEELP syndrome จึงพิจารณายุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งภายหลังที่ผู้คลอดได้รับการพยาบาลพบว่าผู้คลอดไม่มีภาวะชัก ตกเลือดหลังคลอด หรือได้รับอันตรายรุนแรงจนกระทั่งพิการหรือเสียชีวิต

**คำสำคัญ** การพยาบาลผู้คลอด, ความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์

**Abstract**

This study is a case study. The objective is to study nursing care for older birth attendants who have severe pregnancy-related hypertension. The study was conducted on a second pregnant woman, age 37 years, gestational age 38 weeks, antenatal care 9 times in total.. Blood results are normal. The doctor has scheduled a hospital stay to give medication to speed up labor. While waiting to give birth, the patient had a problem with high blood pressure.

The results of the study found that doctor considered giving MgSo4. Laboratory results found CR 4.70, SGOT 212, SGPT 232, eGFR 72. The doctor suspected that the birth attendant had CPD c severe preeeclampsia c partial HEELP syndrome and therefore considered terminating the pregnancy by cesarean section. After the birth attendant received nursing care, it was found that the birth attendant did not have seizures. Postpartum hemorrhage or have been seriously harmed until disabled or killed. This study shows that nurses play an important role in patient care from the initial assessment. Nursing practice planning and evaluation Using empirical evidence This can be used as a guideline for effective care for pregnant women with critical high blood pressure.

**Keywords :** obstetric nursing, Severe high blood pressure during pregnancy

## บทนำ

ผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่ส่งผลกระทบรุนแรงต่อทั้งผู้คลอดและทารกในครรภ์ ซึ่งอาจทำให้ผู้คลอดเกิดอาการชัก เกิดภาวะของโรคอื่นที่ร้ายแรงอย่างฉับพลันในขณะที่ทารกอาจเกิดภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ของการคลอดก่อนกำหนดได้ กลุ่มอาการ HELLP syndrome เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ถือเป็นโรคพิษแห่งครรภ์อย่างหนึ่ง ส่วนใหญ่พบในช่วงท้ายๆ ของการตั้งครรภ์ และอาจพบในช่วงหลังคลอดได้ HELLP เป็นตัวย่อซึ่งย่อมาจาก **H**emolytic anemia (เลือดจางจากการแตกของเม็ดเลือด) Elevated Liver enzyme (ระดับเอนไซม์ตับในเลือดเพิ่มสูงขึ้น) Low Platelet count (เกล็ดเลือดต่ำ)[1] ผู้ป่วยกลุ่มอาการ HELLP มักมีภาวะความดันโลหิตสูงที่สืบเนื่องจากการตั้งครรภ์มาก่อนแล้ว และอาจกำลังถูกสงสัยว่าจะมีภาวะครรภ์เป็นพิษแทรกซ้อนการตั้งครรภ์ ผู้

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปากช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา

คลอดจะค่อยๆ มีอาการปวดศีรษะ ตามัว อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ รู้สึกมีเหน็บชา อาจมีอาการบวมได้แต่แม้จะไม่บวมก็ไม่ได้หมายความว่าจะไม่เป็นโรคนี้ ผู้ป่วยจะต้องมีความดันเลือดสูง แม้จะสูงไม่มากก็เป็นได้[2] อาจมีการแตกของเยื่อหุ้มตับ และเกิดก้อนเลือดคั่งได้ ผู้ป่วยอาจมีอาการรุนแรงมากจนชัก และหมดสติได้ ซึ่งถือว่าเข้าสู่โรคพิษแห่งครรภ์ระยะชัก และกลุ่มอาการ HELLP การรักษาส่วนใหญ่ผู้คลอดมักจะได้รับยาแมกนีเซียมซึ่งจะช่วยลดความดันโลหิตได้ นอกจากนี้การเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง และให้การพยาบาลเพื่อให้อาการของภาวะความดันโลหิตจากการตั้งครรภ์ลดลงส่งผลให้ผู้คลอดสามารถตั้งครรภ์ครบกำหนดหรือคลอดอย่างปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[3]

**วัตถุประสงค์**

เพื่อเป็นกรณีศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดสำหรับพยาบาลห้องคลอดในการพยาบาลผู้คลอดในระยะวิกฤตจากภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์

**วิธีดำเนินการศึกษา**

การศึกษากรณีศึกษาผู้คลอด 1 รายที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ที่รักษาตัวอยู่ที่แผนกการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลปากช่องนานา ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน โดยศึกษาจากประวัติผู้คลอด ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาพยาบาลการวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้หลักกระบวนการพยาบาล

**ผลการศึกษา**

**รายงานกรณีศึกษา**

**ข้อมูลทั่วไป** ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 37 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพรับจ้าง (พนักงานโฮมโปร) สิทธิการรักษาประกันสังคม ภูมิลำเนา จังหวัดนครราชสีมา

แหล่งที่มาของข้อมูล : จากผู้คลอด สามี และเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลปากช่องนานา

วันที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล วันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2566 เวลา 08.20 น.

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2566 เวลา 12.00 น.

รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 3 วัน

**รายงานประวัติ**

**อาการสำคัญ (Chief complaint)** แพทย์นัดมาเร่งคลอด

**ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน (History of present illness)** ผู้คลอดตั้งครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ปฏิเสธโรคประจำตัว ที่ห้องคลอดแรกรับที่แผนกผู้คลอดวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2566 เวลา 08.20 น. มาตามนัดของแพทย์ไม่มีอาการผิดปกติ สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/98 มิลลิเมตรปรอท Edema +1 Urine Albumin negative Sugar negative แพทย์ให้การรักษาโดยให้ 5%DN/2 1,000 ml+syntocinon 10 unit iv drip 5 cc/hr titrate ทีละ 5 ml/hr ให้ Amlodipine 5 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ดวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้าระหว่างให้ยาเร่งการคลอดผู้คลอดมีผลเลือดที่ผิดปกติ คือ CR 4.70, SGOT 212, SGPT 232 ,eGFR 72 แพทย์ให้หยุดยาเร่งคลอด และให้ 50% MgSO4 20 gm ผสมใน 5%DN/2 460 ml ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 12.5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง โดยควบคุมการไหลด้วย infusion pump หลังได้รับยาตามแผนการรักษาความดันโลหิต 120/69 มิลลิเมตรปรอท ผู้คลอดไม่มีปวดศีรษะ ตาพร่ามัว แพทย์พิจารณาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเวลา 15.00 น. เตรียมผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมผ่าตัด เตรียมยาปฏิชีวนะ cefazolin 2 gm ผสมใน 0.9% NSS 100 ml จอง PRC 1 ถุง เตรียมถุงรองปัสสาวะและสายสวนปัสสาวะไปห้องผ่าตัดพร้อมผู้

คลอด ก่อนไปห้องผ่าตัดผู้คลอดรู้สึกตัวดี ไม่บ่นปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ความดันโลหิต 132/85 มิลลิเมตรปรอท ทารกดิ้นดี อัตราการเต้นของหัวใจทารก 132-142 ครั้ง/นาที ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเวลา 14.45 น.โดยรถนอน ที่ห้องผ่าตัดเวลา 15.10 น. แพทย์ระงับความรู้สึกโดยการดมยาสลบทั่วร่าง สัญญาณชีพระหว่างผ่าตัด อัตราการเต้นของชีพจร 88-100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/60-180/100 มิลลิเมตรปรอท เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 400 มิลลิลิตร ทำผ่าตัดนาน 35 นาที ไม่มีอาการของการตกเลือดหลังคลอด ย้ายไปสังเกตอาการที่ห้องสังเกตอาการครบ 1 ชั่วโมง ผู้คลอดรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการชักเกร็ง ดูแลย้ายตึกสูติกรรม

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past history)**

ไม่มีประวัติโรคประจำตัว ไม่มีประวัติโรคติดต่อร้ายแรงใดๆ ไม่เคยแพ้ยา แพ้อาหาร

**ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว (Family History)** บุคคลในครอบครัวแข็งแรงดี ไม่มีใครเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง หรือโรคที่ติดต่อทางพันธุกรรม

**ประวัติการมีประจำเดือน** เริ่มมีประจำเดือนเมื่ออายุ 14 ปี มาสม่ำเสมอทุกเดือน มาครั้งละ 5 วัน มีปวดท้องเป็นบางเดือน

**ประวัติการตั้งครรภ์** ครรภ์แรกคลอดปกติทางช่องคลอด ปัจจุบัน อายุ 14 ปี สุขภาพแข็งแรงดี

**ประวัติการฝากครรภ์** การตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 8 สัปดาห์ที่คลินิกทั้งหมดจำนวน 12 ครั้ง น้ำหนักเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก 56 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ผลการตรวจครรภ์ปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 95/64-157/95 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจปัสสาวะปกติ ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก 2 เข็ม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขณะฝากครรภ์ครั้งแรก ผลเลือด VDRL,HIV,HBsAg ปกติ ความเข้มข้นของเลือด 41.8 เปอร์เซ็นต์

**การประเมินตามแบบแผนสุขภาพ (Function health pattern)**

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ฝากครรภ์ครบคุณภาพที่คลินิก ไม่มีอาการผิดปกติขณะฝากครรภ์ เมื่อเจ็บป่วยจะรักษาที่คลินิก

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร รับประทานอาหารทั่วไป ไม่ได้รับประทานอาหารเฉพาะโรค ชอบรับประทานอาหารพื้นบ้าน ชอบรสจัด รับประทานครบ 3 มื้อ ไม่มีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย ระยะแรกๆของการตั้งครรภ์ ท้องผูกบ่อย ปัสสาวะปกติ

แบบแผนที่ 4 การออกกำลังกาย ไม่มีแบบแผนการออกกำลังกาย แต่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ เข้านอนเวลาปกติ 21.00 น. นอนวันละ 8-10 ชั่วโมง เพียงพอ ไม่มีปัญหาการนอนไม่หลับ

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ จบ ม.6 การสื่อสารปกติ สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ รับรู้ว่าตนเองมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการตั้งครรภ์ และเข้าใจแผนการรักษา

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ อาศัยอยู่กับบิดา มารดา สมาชิกในครอบครัวรักใคร่กันดี

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ ปกติ

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญความเครียด เป็นคนร่าเริง การเจ็บป่วยครั้งนี้ ยังมีความกังวลเรื่องภาวะแทรกซ้อน

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ นับถือศาสนาพุทธ ยอมรับการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดกับการตั้งครรภ์

**ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ** การตรวจสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/98 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 %
น้ำหนัก 77. 7 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร

**การตรวจร่างกาย(Physical Examination)**

ศีรษะหน้า : ศีรษะรูปร่างปกติ ไม่มีบาดแผล

ตา : มองเห็นชัดเจน ไม่มีตาพร่ามัว รูม่านตากลมเท่ากัน 2 มิลลิเมตรทั้งสองข้าง มีปฏิกิริยาต่อแสงดี

หู : รูปร่างใบหูปกติ ไม่มีการอักเสบ การได้ยินปกติ

จมูก : รูปร่างปกติ ได้สัดส่วน การได้รับกลิ่นปกติ

ช่องปากลำคอ : ไม่มีบาดแผล ไม่มีฟันผุ ต่อมไทรอยด์ไม่โต

หน้าอก : รูปร่างปกติ ไม่มีรอยแผล เต้านมปกติ

แขนขา : บวมที่ขาสองข้าง +1

**ตรวจร่างกายตามระบบ (Body systems assessment criteria)**

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ถามต่อรู้เรื่อง ไม่มีแขนขาอ่อนแรง

ระบบการหายใจ : ฟังปอดไม่ได้ยินเสียงผิดปกติ

ระบบหัวใจ : อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง murmur

ระบบทางเดินอาหาร : ไม่มีจุกแน่นท้อง ลำไส้เคลื่อนไหวปกติ

ระบบผิวหนัง : ไม่มีรอยโรคที่ผิวหนัง ไม่มีบาดแผล

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : ปกติ

**การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย (Final diagnosis)**

maternal care due to CPD c severe preeeclampsia c partial HEELP syndrome

**สรุปอาการและอาการแสดง**

ผู้คลอดตั้งครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ มาตามนัดของแพทย์ไม่มีอาการผิดปกติ สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/98 มิลลิเมตรปรอท Edema +1 Urine Albumin negative Sugar negative แพทย์ให้การรักษาโดยให้ 5%DN/2 1,000 ml+syntocinon 10 unit iv drip 5 cc/hr titrate ทีละ 5 ml/hr ให้ Amlodipine 5 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ดวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า ระหว่างให้ยาเร่งการคลอดผู้คลอดมีผลเลือดที่ผิดปกติ คือ CR 4.70, SGOT 212, SGPT 232 ,eGFR 72 แพทย์ให้หยุดยาเร่งคลอด และให้ 50% MgSO4 20 gm ผสมใน 5%DN/2 460 ml ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 12.5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง โดยควบคุมการไหลด้วย infusion pump หลังได้รับยาตามแผนการรักษาความดันโลหิต 120/69 มิลลิเมตรปรอท ผู้คลอดไม่มีปวดศีรษะ ตาพร่ามัว แพทย์พิจารณาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเวลา 15.00 น.เนื่องจากผู้คลอดมีภาวะ HELLP syndrome ที่ห้องผ่าตัดเวลา 15.10 น.แพทย์ระงับความรู้สึกโดยการดมยาสลบทั่วร่าง สัญญาณชีพระหว่างผ่าตัด อัตราการเต้นของชีพจร 88-100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/60-180/100 มิลลิเมตรปรอท เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 400 มิลลิลิตร ทำผ่าตัดนาน 35 นาที ไม่มีอาการของการตกเลือดหลังคลอด ย้ายไปสังเกตอาการที่ห้องสังเกตอาการครบ 1 ชั่วโมง ผู้คลอดรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการชักเกร็ง ดูแลย้ายตึกสูติกรรม

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1** เสี่ยงต่อภาวะชัก เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง<br>**วัตถุประสงค์**<br>เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะชัก<br>**เกณฑ์การประเมินผล** | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. อธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงพยาธิสภาพของโรค อาการนำสู่ภาวะชัก อันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการชักซึ่งจะส่งผลต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ ตลอดจนความจำเป็นในการให้ยา MgSO4 และอาการข้างเคียงจากการได้รับยา MgSO4 ซึ่งอาจพบได้ เช่น ร้อนวูบวาบทั่วตัว อาการร้อนบริเวณที่ฉีด |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| 1. ความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic BP) ไม่เกิน หรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท หรือไม่เกิน 15 มิลลิเมตรปรอทของความดันโลหิตเดิม<br>2. ไม่มีอาการนำสู่ภาวะชักได้ก่อน ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ และกล้ามเนื้อเข้ากระตุก<br>3. ไม่เกิดภาวะชัก | 2. ประเมินอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด อาการปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรืออาการเจ็บชายโครงขวา Deep tendon reflex เร็วเกินไป 3+ ขึ้นไป ถ้าตรวจพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต้องรีบรายงานแพทย์<br>3. ดูแลให้ 50% MgSO4 20 gm ผสมใน 5%DN/2 460 ml หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตราการไหล 12.5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันการชัก และสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ของยา เช่น อัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง Deep tendon reflex น้อยกว่า 2+ ถ้าตรวจพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต้องรีบรายงานแพทย์ และหยุดการให้ยา<br>4. ดูแลให้ยา Amlodipine 5 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ดวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า ตามแผนการรักษาเพื่อลดความดันโลหิต<br>5. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ชีพจร และการหายใจ อาการปวดศีรษะทุก 1 ชั่วโมง และรายงานแพทย์เมื่ออาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลงกว่าเดิม<br>6. ตรวจและบันทึกการได้รับสารน้ำ และปริมาณปัสสาวะ โดยเฉพาะตรวจสอบปริมาณน้ำปัสสาวะทุกชั่วโมงเพราะยาจะถูกขับออกจากร่างกายทางไต ถ้าไตทำงานผิดปกติจะทำให้มีการคั่งของยาในร่างกาย<br>7. เตรียมยา 10% calcium carbonate 10 กรัมไว้ให้พร้อม โดยฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้าๆ ถ้าพบมีอาการผิดปกติ เช่น การหยุดหายใจ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เพราะเป็นอาการแสดงของภาวะหัวใจถูกกดจากยา MgSO4 ที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อลาย<br>8. จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักผ่อน ทำกิจกรรมต่างๆบนเตียง เพื่อให้สามารถพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ ช่วยลดความดันโลหิต และป้องกันการเกิดอาการชัก ไม่ปล่อยให้ผู้คลอดอยู่ตามลำพัง ขณะอยู่บนเตียงยกไม้กั้นเตียงขึ้นทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง<br>9. เตรียมอุปกรณ์ และทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมเพื่อช่วยเหลือได้ทันทีเมื่อมีอาการชัก ได้แก่ ไม้กดลิ้น เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น<br>10. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค<br>**ประเมินผล**<br>หลังได้รับยา MgSO4 และยา Amlodipine ตามแผนการรักษาของแพทย์ความดันโลหิต 120/69 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการนำก่อนชัก ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ กล้ามเนื้อเข่ากระตุก ไม่เกิดภาวะชัก |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2** มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยา MgSO4<br>**วัตถุประสงค์**<br>เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากยา MgSO4<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>1. อัตราการหายใจมากกว่า 14 ครั้ง/นาที<br>2. ปัสสาวะออกมากกว่า 25 มิลลิลิตร/ชั่วโมง<br>3. ปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (DTR) ไม่หายไป<br>4. ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. อธิบายเหตุผลและการให้ยา MgSO4 อาการร้อนบริเวณที่ฉีดและร้อนวูบวาบทั่วทั้งตัว<br>2. ดูแลให้ได้รับยาและสารน้ำโดยให้ 50% MgSO4 20 gm ผสมใน 5%DN/2 460 ml หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตราการไหล 12.5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ด้วย infusion pump<br>3. บันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หรือน้อยกว่า 100 มิลลิลิตรใน 4 ชั่วโมง ให้หยุดยา<br>4. ประเมิน Deep tendon reflex ทุก 4 ชั่วโมง ถ้าหายไปให้หยุดยา<br>5. เตรียมพร้อมในการช่วยเหลือภาวะ MgSO4 toxicity ได้แก่ยา antidote คือ 10% Calcium gluconate10 มิลลิลิตร<br>6. ดูแลความสุขสบายของผู้คลอด เช่น เช็ดตัว ประคบด้วยผ้าเย็นหรือกระเป๋าน้ำแข็ง และประเมินอาการร้อนวูบวาบ คลื่นไส้อาเจียน<br>7. Monitor magnesium level ทุก 4 ชั่วโมงให้อยู่ในช่วง 4.8-8.4 mg/dl (Therapeutic serum level)<br>8. ใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคาสายสวนไว้<br>9. Maintain electronic fetal monitoring ทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อประเมิน fetal status<br>10. เตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉินให้พร้อมใช้ เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | 11. อธิบายอาการที่เกิดขึ้นให้ผู้คลอดรับทราบและเชิญญาติเข้าเยี่ยมอาการและปรึกษาเพื่อหาแนวทางดูแลร่วมกันในขั้นต่อไป<br>**การประเมินผล**<br>ความดันโลหิต 126/69 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออก 1,000 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปฏิกิริยาสะท้อนกลับ 2+ ไม่พบกล้ามเนื้ออ่อน |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3** มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของ Preeclampsia (HELLP syndrome) ที่ต้องได้รับการรักษาที่เร่งด่วน<br>**วัตถุประสงค์**<br>เพื่อให้ผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และทารกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>1. ตรวจสัญญาณชีพปกติ<br>2. ระดับความรู้สึกของมารดา และความตื่นตัวทางระบบประสาท (DTR) ปกติ<br>3. ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะสีปกติ<br>4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบการทางานของตับปกติ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ได้แก่ ระดับความรู้สึกอาการเลือดออกตามไรฟันหรือจุดต่างๆ<br>ของร่างกาย ปัสสาวะสีโค้ก ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที รายงานแพทย์<br>2. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการด่วนเพื่อประเมินช่วยให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง สามารถให้การรักษาได้ทันท่วงที<br>3. แพทย์พิจารณาส่งผู้คลอดผ่าตัดคลอด พยาบาลได้ประสานงานกับห้องผ่าตัด (OR) พร้อมทั้งจัดเตรียมให้คำแนะนำผู้คลอดก่อนผ่าตัด เช่น ความสะอาดร่างกาย ของมีค่า ฟันปลอม สภาพร่างกายก่อนและหลังผ่าตัด เตรียมอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็น และรายงานกุมารแพทย์พร้อมทั้งเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตทารก<br>**การประเมินผล**<br>ความดันโลหิต 126/69 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออก 1,000 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปฏิกิริยาสะท้อนกลับ 2+ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย มึนงง ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ระคายคอ คอแห้งกระหายน้ำ สีปัสสาวะเป็นสีน้ำโค้ก ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบการทำงานของตับผิดปกติ |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่** 4 วิตกกังวลต่อการผ่าตัดคลอดเนื่องจากไม่มีประสบการณ์มาก่อน<br>**วัตถุประสงค์**<br>เพื่อให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวล<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>ผู้คลอดบอกว่าคลายความกังวลลง สีหน้าสดชื่นขึ้น | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. แนะนำตนเองพูดคุยด้วยท่าทีเป็นมิตรเพื่อสร้างสัมพันธภาพและเกิดความไว้วางใจ<br>2. เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก และรับฟังด้วยความตั้งใจเพื่อลดความกดดันทางอารมณ์<br>3. ยอมรับในความรู้สึกและพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ<br>4. แนะนำสถานที่ บุคคลที่เกี่ยวข้อง<br>5. อธิบายให้เข้าใจถึงความจำเป็นของการผ่าตัดคลอดผลดีและผลเสียให้ผู้คลอดและญาติเข้าใจและลงชื่อยินยอมรับการผ่าตัดคลอด<br>6. สร้างความมั่นใจในความปลอดภัยของผู้คลอดให้ข้อมูลว่าตลอดระยะเวลาของการผ่าตัดจะอยู่ภายใต้การดูแลของทีมทุกคนพร้อมจะให้การช่วยเหลือผู้คลอดและทารกให้ปลอดภัยตลอดเวลา<br>7. ประเมินความวิตกกังวล<br>**ประเมินผล**<br>ผู้คลอดมีสีหน้าคลายความกังวล ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง วันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2566 เวลา 15.00 น. ผู้คลอดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง |
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5** ทารกมีโอกาสขาดออกซิเจน เนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณรกเปลี่ยนแปลง และการไหลเวียนของเลือดลดลง จากภาวะความดันโลหิตสูง<br>**วัตถุประสงค์**<br>เพื่อให้ทารกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>1. อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ระหว่าง 120-160 ครั้งต่อนาที<br>2. ผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภปกติ ทารกดิ้นดี | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารก ทุก 15-30 นาทีถ้าพบผิดปกติรายงานแพทย์<br>2. ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ (Non stress test)<br>3. จัดให้นอนตะแคงข้างซ้าย และศีรษะสูง เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงรกมากขึ้น<br>4. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตการดิ้นของทารก<br>5. ประเมินอาการและอาการแสดงของรกลอกตัวก่อนกำหนด เช่น เลือดออก มดลูกหดรัดตัวแข็ง ปวดท้อง และทารกดิ้นน้อยลง<br>**การประเมินผล**<br>อัตราการเต้นของหัวใจทารก 142 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ปกติทารกดิ้นดี |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่** 6 ผู้คลอดและทารกมีโอกาสเกิดอันตรายจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง<br>**วัตถุประสงค์**<br>เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้คลอดและทารกขณะผ่าตัดคลอด<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>ผู้คลอดและทารกมีสัญญาณชีพปกติ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. อธิบายถึงขั้นตอนต่างๆในการเตรียมร่างกาย และจิตใจของผู้คลอดเพื่อการผ่าตัดที่ปลอดภัย<br>2. การเตรียมผู้คลอดด้านร่างกาย<br>2.1 แจ้งให้ผู้คลอดทราบถึงสาเหตุ ความจำเป็นของการผ่าตัดช่วยคลอด และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พร้อมทั้งลงชื่อยินยอมให้ทำการผ่าตัดในแบบฟอร์มที่กำหนด<br>2.2 ให้ผู้คลอด NPO อย่างน้อย 6 ชั่วโมง<br>2.3 เจาะเลือดส่งห้องปฏิบัติการ เพื่อติดตามเพื่อ หาชนิดและหมู่เลือด เตรียมเลือดให้พร้อมใช้ จองไว้ PRC 1 unit ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเตรียมพร้อมในกรณีที่ผู้คลอดเสียเลือดมาก และผล PT,PTT,<br>INR,CBC ติดตามผลเพื่อการให้การดูแลแก้ไข<br>2.4 ดูแลให้ได้รับยาให้ได้ยาระงับชัก 50% MgSO4 20 gm ผสมใน 5%DN/2 460 ml หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตราการไหล 12.5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ด้วย infusion pump หรือให้ยาลดความดันโลหิตตาม<br>แผนการรักษาพร้อมทั้งเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของยา MgSO4 และยาลดความดันโลหิต<br>2.5 ทำความสะอาดหน้าท้องด้วยน้ำยา Hibiscrub และโกนขนบริเวณหัวเหน่า<br>2.6 ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้<br>2.7 ให้คำแนะนำ การปฏิบัติตนก่อน และหลังผ่าตัด เช่น การหายใจการไออย่างมีประสิทธิภาพ การ<br>ออกกำลังกายเป็นต้น<br>2.8 ตรวจสัญญาณชีพของผู้คลอดและฟังเสียงหัวใจทารกเป็นระยะๆเพื่อระวังการเปลี่ยนแปลง<br>2.9 ดูแลให้ผู้คลอดถอดสิ่งแปลกปลอมต่างๆ และเครื่องประดับในร่างกาย เพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นและป้องกันทรัพย์สินสูญหาย<br>2.10 เตรียมยาปฏิชีวนะให้พร้อมไปที่ห้องผ่าตัด<br>3. การเตรียมผู้คลอดด้านจิตใจ<br>3.1 ประเมินความวิตกกังวลหรือความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของผู้คลอดเพื่อ<br>ให้การพยาบาลได้ถูกต้อง<br>3.2 เปิดโอกาสให้ผู้คลอดซักถามข้อสงสัยและอธิบายให้ผู้คลอดและญาติเข้าใจถึงความจำเป็นที่จะต้องผ่าตัดช่วยคลอดฉุกเฉิน<br>3.3 ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแก่ผู้คลอดเพื่อลดความวิตกกังวลและความกลัว<br>4. เตรียมทีมช่วยกู้ชีพ รายงานกุมารแพทย์ช่วยรับเด็ก<br>5. ประสานห้องผ่าตัดและทีมวิสัญญีเพื่อเตรียมความพร้อม<br>6. เตรียม transport incubator สำหรับการเคลื่อนย้ายทารก<br>7. เตรียม set ผ้า สำหรับรับเด็กเตรียมอุปกรณ์/ยา สำหรับการกู้ชีพทารกให้พร้อมใช้ |

## สรุปและอภิปรายผล

ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์เป็นภาวะที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตทั้งมารดาและทารกในครรภ์ การได้รับการวินิจฉัย และรักษาที่รวดเร็วช่วยลดอันตรายที่ก่อให้เกิดการสูญเสียในภาวะนี้ได้การพยาบาลอย่างเร่งด่วนตามปัญหาที่พบนั้นยังเป็นการช่วยให้ผู้คลอดและทารกในครรภ์ปลอดภัยได้บทเรียนที่ได้รับจากกรณีศึกษา การพยาบาลที่สำคัญ คือการประเมินภาวะเสี่ยงของผู้คลอดตั้งแต่แรกรับไว้ในห้องคลอด[4] รวมทั้ง การประเมินภาวะเสี่ยงของผู้คลอดในแต่ระยะของการคลอดได้รวดเร็ว ถูกต้องครบถ้วน นั้นจะทำให้การ

บริหารจัดการดูแลรักษาพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะคุกคามผู้คลอดและทารกในครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้ผู้คลอดและทารกปลอดภัย[5]

**ข้อเสนอแนะ**

การป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ จุดเน้นที่สำคัญคือการค้นหาความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะดังกล่าว ตั้งแต่ก่อนที่จะมีการตั้งครรภ์ และในขณะตั้งครรภ์ รวมถึง การให้ความรู้แก่ผู้คลอดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการรับประทานอาหารในปริมาณที่พอเหมาะและได้สัดส่วน แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าผู้คลอดจะได้รับการดูแลจนอาการดีขึ้นระดับหนึ่งแล้วก็ตามแต่การพยาบาลที่สำคัญอีกประการคือการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นภายหลังคลอดโดยดูแลให้ผู้คลอดพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา และก่อนที่ผู้คลอดจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพยาบาลควรมีการวางแผนจำหน่ายให้ร่วมกับการกำหนดแนวทางในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้คลอดต่อเนื่องเพื่อให้ผู้คลอดมีคุณภาพชีวิตที่ดี

**เอกสารอ้างอิง**

1. กิติพร กางการ.(2562). การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ร่วมกับการคลอดก่อนกำหนดในระยะคลอด.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 16(2).25-28.
2. กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ.(2562). สถิติสาธารณสุข .สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
3. นงลักษณ์ เฉลิมสุข.(2562). การพยาบาลและการผดุงครรภ์ : สตรีที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.พิมพ์ครั้งที่ 1.
4. ปรียา สุวนิช.(2561). การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร.27(2).25-27.
5. สุภาพร สุภาทวีวัฒน์.(2564).การพยาบาลสตรีตั้งครรภที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภชนิดรุนแรงร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อน. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ,18 (3).148-149.

# ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพโรคสมาธิสั้น อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด

# Factor Effecting Access to Health Services of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Phochai District, Roi-Et Province.

(Received: April 26,2024 ; Revised: April 28,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**สุทธา บุญสินชัย**[1]
**Sutta Boonsinchai**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ แบบ Cross Sectional Study **มีวัตถุประสงค์**เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพโรคสมาธิสั้นในเด็ก โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด
กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยเด็กอายุไม่เกิน 15 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2567จำนวน 82 รายเก็บข้อมูลโดยการทำแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว ความรู้และทัศนคติของผู้ปกครอง รวมทั้งแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form) ก่อนและหลังรักษา 8 สัปดาห์แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติของผู้ปกครองและปัจจัยอื่นๆกับการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพโรคสมาธิสั้นในเด็กโดยใช้ Logistic regression Analysis

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 51.21เพศชาย 48.79 อายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 45.12 การศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 39.03 ความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 81.71 ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีอายุช่วง 5-10ปีร้อยละ 53.66 เพศชายร้อยละ 80.49 ระดับประถมศึกษาตอนต้นร้อยละ 63.41 ระดับสติปัญญาของเด็ก (IQ) อยู่ในระดับปกติร้อยละ 86.58 ส่วนใหญ่มีผลข้างเคียงจากการกินยาคือ มีอาการเบื่ออาหารร้อยละ 68.29 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองที่ได้คะแนนมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นจะช่วยให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการดีขึ้นร้อยละ 93.90 เด็กสมาธิสั้นมักอยู่ไม่นิ่ง นั่งไม่ติดที่ พูดแทรก ทำงานไม่เป็นระเบียบ ร้อยละ 90.24 และการจัดสิ่งแวดล้อม เช่น ให้ทำงานที่มุมเงียบสงบจะช่วยเด็กสมาธิสั้นได้มากร้อยละ 86.58 ทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองที่ได้คะแนนมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ เด็กสมาธิสั้นต้องช่วยเหลือด้านการเรียนเพิ่มเติมเป็นพิเศษร้อยละ 84.14 รองลงมาคือเด็กสมาธิสั้นมีสติปัญญาปกติ สามารถพัฒนาได้ร้อยละ 82.92 และเมื่อเด็กสมาธิสั้นทำดี ก็ควรได้รับรางวัลเช่นเดียวกับเด็กอื่นร้อยละ 82.92 ตามลำดับ การประเมินพฤติกรรม SNAP-IV ของเด็กในช่วงแรกที่มารับบริการและวินิจฉัย ADHD พบว่าการประเมินอาการขาดสมาธิ พบเสี่ยงร้อยละ 51.22 การประเมินอาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น พบเสี่ยงร้อยละ 56.10 และการประเมินอาการดื้อต่อต้านพบเสี่ยงร้อยละ 36.59 ส่วนการประเมินพฤติกรรม SNAP-IV หลังการรักษา 8 สัปดาห์ คะแนนทั้ง 3 ด้านลดลงได้แก่ การประเมินอาการขาดสมาธิ พบเสี่ยงร้อยละ 13.42 การประเมินอาการไม่อยู่นิ่งหุนหันพลันแล่น พบเสี่ยงร้อยละ 18.30 และการประเมินอาการดื้อต่อต้านพบเสี่ยงร้อยละ 9.76 และพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพโรคสมาธิสั้นในเด็กโดยใช้ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กกับผลการรักษาโรคสมาธิสั้นโดยพบว่าความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองต่อโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p =0.004)

**คำสำคัญ :** ระบบบริการ โรคสมาธิสั้น

**ABSTRACT**

This study was survey research by cross Sectional study aimed to study factors affecting access to the health service system for ADHD in children in Phochai hospital Roi-Et Province. The sample consisted of 82 pediatric patients under 15 years of age who were diagnosed with ADHD from October 1, 2023 to March 31, 2024.Data were collected by completing a general information questionnaire. of family Parents' knowledge and attitude including the behavioral assessment form SNAP-IV(Short Form) before and after 8

[1] โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด

weeks of treatment and then analyzing the data to find relationships between knowledge, attitude of parents and other factors and access to the health service system for ADHD in children using Logistic regression Analysis

Main findings : Most parents were female 51.21%, male 48.79, age ranged from 30-39 years, 45.12%, secondary education 39.03%, father/mother relationship 81.71%, general information of the children. Most of the children with ADHD were 5-10 years old, 53.66 percent, 80.49 percent male, 63.41 percent lower primary school. The children's intelligence level (IQ) was at the normal level, 86.58 percent. Most had side effects from taking medication. That is, 68.29% had anorexia. The top 3 highest scores for parents' knowledge and understanding about ADHD were: Medications used to treat ADHD will help ADHD children's symptoms improve, 93.90%. Short, often restless Sitting still, interrupting, working in a disorganized manner (90.24%), and arranging the environment, such as working in a quiet corner, will it helped children with ADHD a lot, 86.58%. The top 3 highest scores in attitudes towards ADHD among parents were that children with ADHD need extra help with learning, 84.14%, followed by children with ADHD having normal intelligence. Can develop 82.92 percent and when children with ADHD do well should receive the same rewards as other children, 82.92 percent, respectively. SNAP-IV behavioral assessment of children during the first period of receiving services and being diagnosed with ADHD found that Evaluate symptoms of attention deficit Found a risk of 51.22%. Assessment of restless symptoms. impulsive The risk was found to be 56.10%, and the assessment of resistance symptoms found a risk of 36.59%. As for the SNAP-IV behavioral assessment, after 8 weeks of treatment, scores in all 3 areas decreased, including: Assessment of attention deficit symptoms Found a risk of 13.42 percent. Assessment Restless and impulsive symptoms Found a risk of 18.30% and assessment of resistance symptoms found a risk of 9.76%. and found factors affecting access to the health service system for ADHD in children using general information of children's parents with the results of treatment for ADHD. It was found that parents' knowledge and understanding of ADHD was statistically significant.

**Keywords :** Attention Deficit Hyperactivity Disorder

**บทนำ**

โรคสมาธิสั้น (Attention - deficit hyperactivity disorder: ADHD) จัดเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากสุดในเด็กเป็นอันดับหนึ่ง เกิดจากภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองส่งผลให้มีความผิดปกติทางพฤติกรรมในด้านการควบคุมตนเอง โดยมีความผิดปกติที่สำคัญอยู่ 3 ด้าน คือ 1) การมีช่วงสมาธิที่สั้น หรือขาดสมาธิ (Inattention) 2) ซุกซนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และ 3) อาการหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) โดยมีอาการมากกว่าเด็กที่มีอายุในช่วงวัยเดียวกัน และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการทำกิจกรรมในสังคม[1] ผลกระทบของโรคสมาธิสั้นในเด็กนั้นจะส่งผลทำให้เด็กมีสมาธิสั้นที่หลายคนคาดไม่ถึง เช่น เด็กขาดการจดจ่อที่ไม่เหมาะสมกับระดับพัฒนาการตามช่วงอายุ โดยผลลัพธ์จากโรคสมาธิสั้นที่พบบ่อยที่สุดในวัยเด็กนั้นคือ ความบกพร่องด้านการเรียนทางสังคม ความรู้วิชาการและอารมณ์[2] เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะไม่สามารถใช้ชีวิตในห้องเรียนได้ตามปกติเหมือนเด็กปกติทั่วไป ทำให้เกิดปัญหาต่อเนื่องด้านการเรียนรู้ช้ากว่าเด็กปกติ เด็กสมาธิสั้นมักจะรบกวนเพื่อนในชั้นเรียน เนื่องจากทำอะไรไม่ได้เท่ากับเพื่อนทำให้เกิดรู้สึกเศร้า และอารมณ์หงุดหงิด การเข้าสังคมกับเพื่อนไม่ได้ ไม่เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อนร่วมชั้นจนนำไปสู่ปัญหาการไม่อยากไปโรงเรียน รู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกตนเองไร้ค่า จนมีโอกาสเสี่ยงที่เด็กคนดังกล่าวจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้ต่อไป[1] อาการของโรคสมาธิสั้นนั้นมักพบตั้งแต่ในวัยเด็ก และส่วนใหญ่มักมีอาการต่อเนื่องไปจนถึงวัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ หาก

ไม่ได้รับการคัดกรองเข้ารับการรักษา หรือช่วยเหลือที่เหมาะสมอาการความผิดปกติดังที่กล่าวมานั้น นอกจากส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกาย สุขภาพจิตและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ยังจะส่งผลกระทบทางอ้อมต่อทั้งผู้ป่วยเองในด้านของการเรียน การประกอบอาชีพ รวมถึงส่งผลกระทบต่อครอบครัว และสังคมต่อไป

ในจังหวัดร้อยเอ็ดพบว่ายังไม่มีการศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้น พบเพียงข้อมูลการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่เข้ารับการวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาลโดยเริ่มมีการรายงานข้อมูลในระบบ Health Data Center ในปีพ.ศ. 2564-2566 เท่ากับ 3,184, 3,390 และ 3,698 คน ตามลำดับ และพบข้อมูลผู้ป่วยเด็กที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ( Attention-deficit hyperactivity disorder: ADHD และ Hyperkinetic disorder) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโพธิ์ชัย พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในปีพ.ศ.2564-2566โดยพบผู้ป่วย 62,66 และ 82 คนตามลำดับ[3] ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะมีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ฉะนั้นผู้วิจัยในฐานะแพทย์ประจำ โรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีบทบาทในการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยแยกโรค และการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมนั้น จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพโรคสมาธิสั้น ปัจจัยด้านตัวเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อมของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นว่ามีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงระบบการรักษาสมาธิสั้นในเด็กเพื่อจะได้นำผลการวิจัยและข้อเสนอแนะจากการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางป้องกันการเกิดโรคสมาธิสั้นในอนาคตต่อไป บนฐานความคิดที่ว่าเด็กเป็นอนาคตของชาติที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สามารถพัฒนาประเทศชาติสืบต่อไปในอนาคต

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพโรคสมาธิสั้นและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาของโรคสมาธิสั้นในเด็กโรงพยาบาลโพธิ์ชัยจังหวัดร้อยเอ็ด

**วิธีดำเนินการวิจัย**

**รูปแบบการวิจัย** เป็นงานวิจัยแบบ Cross Sectional Comparative Study

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ผู้ป่วยเด็กอายุไม่เกิน 15 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโพธิ์ชัย ตั้งแต่วันที่ 20 ธันวาคม 2566- 31 มีนาคม 2567 จำนวน 82 รายเข้าร่วมโครงการทั้งหมด

**เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)** ยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้ปกครองและเด็กอายุไม่เกิน 15 ปีได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น สามารถฟัง อ่าน เขียนได้

**เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)** ผู้ปกครองและเด็กไม่ยินยอมให้ข้อมูล เด็กมีภาวะออทิสติกผู้ป่วยอายุเกิน 15 ปี

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** แบบสอบถามที่ให้ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบ แบบสอบถามผ่านการหาความตรงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน ระดับผลการเรียน ระดับสติปัญญาของเด็ก รายได้ เป็นต้น ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง มีข้อคำถาม 10 ข้อโดยคิดคะแนนคำตอบ คือ ความรู้ดีได้คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน, ความรู้ไม่ดีได้คะแนนรวมน้อยกว่า 6 คะแนน ส่วนที่ 3 ทัศนคติของผู้ปกครองต่อโรคสมาธิสั้น มีข้อคำถาม 10 ข้อโดยคะแนนคำตอบคือ ทัศนคติเชิงบวกได้คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 24 คะแนน ,ทัศนคติเชิงลบได้คะแนนรวมน้อยกว่า 24 คะแนน แบบประเมิน SNAP-IV (Short Form) ก่อนและหลังรักษา 8 สัปดาห์

**การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระดับผลการเรียน ระดับสติปัญญา ความถี่ของการ

กินยา ผลข้างเคียงจากการกินยาด้วยสถิติพรรณนา (descriptive static) โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพโรคสมาธิสั้นด้วยสถิติ Logistic Regression Analysis เปรียบเทียบผลการประเมินพฤติกรรม SNAP-IV แรกรับและหลังการรักษา 8 สัปดาห์โดยค่าร้อยละ

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่การรับรอง COE 1222566 วันที่ 20 ธันวาคม 2566

**ผลการวิจัย**

1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็ก ทั้งหมดจำนวน 82 คน พบว่าส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบิดาหรือมารดาของเด็ก จำนวน 67 คน ร้อยละ 81.71โดยเลี้ยงดูเด็กมาเป็นระยะเวลามากกว่า 6 ปี จำนวน 69 คน ร้อยละ 84.15 ซึ่งผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถามมีอายุเฉลี่ย 39 ปีส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 42 คน ร้อยละ 51.21 ผู้ปกครองมีการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาจำนวน 32 คน ร้อยละ 39.03

ข้อมูลทั่วไปของเด็กส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 5-10 ปี จำนวน 44 คนร้อยละ 53.66 เป็นเพศชาย จำนวน 66 คนร้อยละ 80.49 ระดับการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาตอนต้นจำนวน 52 คนร้อยละ 63.41 ระดับสติปัญญาของเด็ก Intellectual Quotient (IQ) อยู่ในระดับปกติจำนวน 71 คน ร้อยละ 86.58 ส่วนใหญ่มีผลข้างเคียงจากการกินยาคือ มีอาการเบื่ออาหารจำนวน 56 คนร้อยละ 68.29

2. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองที่ได้คะแนนมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้น จะช่วยให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการดีขึ้นจำนวน 77 คนร้อยละ 93.90 เด็กสมาธิสั้น มักอยู่ไม่นิ่ง นั่งไม่ติดที่ พูดแทรก ทำงานไม่เป็นระเบียบจำนวน 74 คนร้อยละ 90.24 และการจัดสิ่งแวดล้อม เช่น ให้ทำงานที่มุมเงียบสงบจะช่วยเด็กสมาธิสั้นได้มากจำนวน 71 คนร้อยละ 86.58

3. ทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองที่ได้คะแนนมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ เด็กสมาธิสั้นต้องช่วยเหลือด้านการเรียนเพิ่มเติมเป็นพิเศษจำนวน 69 คนร้อยละ 84.14 รองลงมาคือเด็กสมาธิสั้นมีสติปัญญาปกติ สามารถพัฒนาได้จำนวน 68 คนร้อยละ 82.92 และเมื่อเด็กสมาธิสั้นทำดี ก็ควรได้รับรางวัลเช่นเดียวกับเด็กอื่นจำนวน 68 คน ร้อยละ 82.92 ตามลำดับ

4. ประเมินพฤติกรรม Swanson, Nolan and Pelham-IVQuestionnaire (SNAP-IV) ของเด็กในช่วงแรกที่มารับบริการและวินิจฉัย ADHD พบว่าการประเมินอาการขาดสมาธิ พบเสี่ยงจำนวน 42 คนร้อยละ 51.22 การประเมินอาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น พบเสี่ยงจำนวน 46 คน ร้อยละ 56.10 และการประเมินอาการดื้อต่อต้านพบเสี่ยงจำนวน 30 คนร้อยละ 36.59 ส่วนการประเมินพฤติกรรม SNAP-IV หลังการรักษา 8 สัปดาห์ คะแนนทั้ง 3 ด้านลดลงได้แก่ การประเมินอาการขาดสมาธิ พบเสี่ยงจำนวน 11 คนร้อยละ 13.42 การประเมินอาการไม่อยู่นิ่งหุนหันพลันแล่นพบเสี่ยงจำนวน 15 คนร้อยละ 18.30 และการประเมินอาการดื้อต่อต้านพบเสี่ยงจำนวน 8 คน ร้อยละ 9.76

5. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพโรคสมาธิสั้นในเด็กโดยใช้ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กกับผลการรักษาโรคสมาธิสั้นโดยพบว่าความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองต่อโรคสมาธิสั้น(P=0.004)

**สรุปและอภิปรายผล**

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเด็กอายุไม่เกิน 15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ณ คลินิกเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จำนวน 82 คน (จากทั้งหมด 82 คน) เป็นเพศชายร้อยละ

80.49 เพศหญิงร้อยละ 19.51 คล้ายคลึงกับผลการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมาที่พบว่า โรคสมาธิสั้นพบในเพศชายมากกว่าหญิง 3-4 เท่า อายุของเด็กส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 5-10 ปี ร้อยละ 53.66 สอดคล้องกับการศึกษาของบุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี[4]ที่พบว่าเด็กเพศชายเสี่ยงเป็นโรคสมาธิสั้น 2.7 เท่าของเพศหญิง(OR=2.7,P<0.05) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ[5] ที่สำรวจในประเทศไทย ในปีพ.ศ.2555 พบความชุกของโรคสมาธิสั้นประมาณร้อยละ 8.1 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือเด็กอายุระหว่าง 8 - 11 ปี ซึ่งพบความชุกสูงสุดในเด็กระดับชั้นประถมศึกษาตอนต้น (ป.1-3) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษาสมาธิสั้นในเด็ก (ด้านอาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น) คือ ความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองต่อโรคสมาธิสั้น (p = 0.004) ซึ่งจากการศึกษานี้ ผู้ปกครองทั้งหมดร้อยละ 100.0 เห็นด้วยกับการรักษาซึ่งส่งผลดีต่อการรักษาของแพทย์ หากผู้ปกครองไม่ให้ความสำคัญในเรื่องการรักษา อาจส่งผลให้เด็กมีปัญหาด้านพฤติกรรมและการเรียนต่อเนื่องไปจนถึงผู้ใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปัจฉิมา หลอมประโคน [6] ที่พบว่าโรคสมาธิสั้นมีการดำเนินโรคนานประมาณร้อยละ 60.0 ของเด็กที่เป็นสมาธิสั้นจะมีอาการต่อเนื่องจนโตเป็นผู้ใหญ่ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมัย ศิริทองถาวรและคณะ[7]ที่พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ผู้ปกครอง ร้อยละ 37.2 ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นมาก่อน หาข้อมูลเกี่ยวกับเด็กโรคสมาธิสั้นจากหนังสือหรือตำราหรือเว็บไซต์ หลังการฝึกอบรมผู้ปกครองมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นและการปรับพฤติกรรมที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01) และพบว่าความรู้ความเข้าใจในการรักษาของผู้ปกครองมีบทบาทอย่างมากในการเข้ารับการรักษาผู้ปกครองที่มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อโรคสมาธิสั้นจะมีผลต่อความสม่ำเสมอในการรักษาและผลการรักษา ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ วันรวี พิมพ์รัตน์ [8]ที่พบว่า ความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการกินยา methylphenidate ของเด็กสมาธิสั้น และเมื่อพิจารณาตามหัวข้อย่อยของแบบสอบ ถามของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองที่ได้ คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 อันดับแรก มีดังนี้ เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเมื่อโตเป็นวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงที่จะติดสารเสพติด (ร้อยละ 46.7) โรคสมาธิสั้นเกิดจากการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมของพ่อแม่ (ร้อยละ 63.8) และเด็กสามารถนั่งดูโทรทัศน์หรือเล่นเกมติดต่อกันได้เป็นเวลานานได้เป็นโรคสมาธิสั้นอย่างแน่นอน (ร้อยละ 64.8) ส่วนทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 อันดับแรก คือ เด็กสมาธิสั้น มักเป็นเด็กขี้เกียจ (ร้อยละ 65.7) ยารักษาโรคสมาธิสั้นมีผลเสียมากกว่าผลดี (ร้อยละ 68.6) และควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาเด็กสมาธิสั้น (ร้อยละ 69.5) ซึ่งข้อมูลเหล่านี้เป็นประโยชน์ต่อการนำไปปรับปรุงการให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองของเด็กให้มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อเด็กต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้

1. ควรพัฒนาระบบการติดตามและส่งต่อการดูแลรักษาเพื่อให้เด็กและวัยรุ่นที่หลุดออกจากระบบการรักษาก่อนสิ้นสุดแผนการรักษาได้รับบริการต่อเนื่อง โดยการสร้างความร่วมมือในการบำบัดรักษา และการเข้ารับการบำบัดรักษาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษา รวมทั้งการประสานการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นกับหน่วยงาน หรือ สถานพยาบาลนอกพื้นที่เพื่อให้ผู้บำบัดได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

2. ควรพัฒนาระบบการเฝ้าระวังภาวะโรคสมาธิสั้นในระดับชุมชนและโรงเรียนเพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบต่อเนื่องเพื่อค้นหากลุ่มหมายให้ได้รับการดูแลตั้งแต่ช่วงปฐมวัยเพื่อเพิ่มโอกาสการพัฒนาการศึกษาเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

3.นำผลการศึกษาที่ได้ไปสร้างแนวปฏิบัติในการคัดกรองเพื่อค้นหาเด็กสมาธิสั้นต่อไปทำให้เด็กสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้มากขึ้น

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งการบำบัดรักษาระยะสั้น และ การพัฒนาส่งเสริมสุขภาพระยะยาวเพื่อเป็นทางเลือกให้กับเด็กและวัยรุ่นที่พบปัญหาการแพ้ยารักษาโรคสมาธิสั้น หรือลดผลข้างเคียงจากการใช้ยา ลดต้นทุนการใช้ยาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบำบัดรักษา

2. ควรศึกษาวิจัยปัจจัยบริบทของครอบครัวและชุมชน เพื่อพัฒนาแนวทางการสร้างความร่วมมือ หรือลดปัญหา อุปสรรคในการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

3. ควรมีการศึกษาผลการรักษาโรคสมาธิสั้นที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ ของผู้ป่วยโดยมีการควบคุม หรือศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนร่วมด้วย

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบคุณบุคลากรทุกท่านที่เกี่ยวข้องตลอดจนผู้ป่วยและผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ชัยที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

**เอกสารอ้างอิง**

1. American Psychiatric Association. (2014). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM - 5 (5th ed.). Arlington, VA.: American Psychiatric Publishing.
2. Uneri, O. S., Senses - Dinc, G., & Goker, Z. (2015). The quality of life (QoL) in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). ADHD: New Directions in Diagnosis and Treatment, 197.
3. กระทรวงสาธารณสุข: HDC.(2566). ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ. สืบค้น 4 กรกฎาคม 2566, จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/format1.php&cat_id=22710ed5db1ed6b12aab540a7b0753b3&id=90ccfbfd92f7d1bdd89d0cfd8b4e46ec.
4.บุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี, เอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ, และธารินทร์ เพ็ญวรรณ. การศึกษาเชิงวิเคราะห์ตามขวางของปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียนผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลสิชล.วารสารวิชาการแพทย์เขต 11.2562 ;33(2): 327 - 338.
5.ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน,โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ,พรทิพย์ วชิรดิลก,พัชรินทร์ อรุณเรือง,ธันวรุจน์ บูรณสุขสกุล.ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.2557;21(2):66-75.
6.ปัจฉิมา หลอมประโคน.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาสมาธิสั้นในเด็ก(2563-2564).วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์.2565;37(2):381-390.
7.สมัย ศิริทองถาวร, เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์, ภิญโญ อิสรพงศ์, สุรีรักษ์ พิลา, พัชนี พัฒนกิจโกศล,... วรรณกมล สอนสิงห์. การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และครูในเขตภาคเหนือ (รายงานผลการวิจัย)2560. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
8.วันรวี พิมพ์รัตน์.ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองรวมทั้งความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่นๆกับความสม่ำเสมอในการกินยา Methylphenidate ของเด็กสมาธิสั้น.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2559;61(1):15-26.

# การพัฒนาคู่มือการดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

# The Development of Self-Health care Manual with meditation (SKT) therapy of diabetics Person in Uthai Hospital Phra Nakhon Si Ayutthaya Province.

(Received: April 26,2024 ; Revised: April 28,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**พวงเพ็ญ ภู่สีม่วง[1] และสุรัสวดี เพชรคง[2]**
**Poungpen Pooseemuang[1] and Suratsavadee Pachkong[2]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีความมุ่งหมายเพื่อสร้างคู่มือ และศึกษาผลการใช้คู่มือการดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยกลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลอุทัยจำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผลระดับน้ำตาลในเลือดและแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t – test

ผลการวิจัยพบว่าคู่มือการดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลอุทัยที่ได้รับการพัฒนาสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.05) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และสามารถนำไปปฏิบัติได้ และมีความพึงพอใจภาพรวมในระดับมาก

**คำสำคัญ:** คู่มือการดูแลสุขภาพตนเอง, สมาธิบำบัดแบบ SKT, ผู้ป่วยเบาหวาน

**Abstract**

This study was quasi experiment research aimed to develop a manual and study the outcomes of utilizing the self-care manual in conjunction with SKT meditation therapy for diabetic patients at Uthai Hospital in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. The sample group comprises 60 diabetic patients seeking services at the diabetes clinic in Uthai Hospital. They will be divided into two groups: an experimental group and a control group, each consisting of 30 individuals. The tool data recording form, blood sugar level results, and a satisfaction assessment. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t - test.

The research results indicate that the self-care manual combined with SKT meditation therapy, developed for diabetic patients at Uthai Hospital, effectively lowers average blood sugar levels with statistical significance (p-value < 0.05). The sample group demonstrated a high level of knowledge and ability to implement the practices, and they expressed overall satisfaction at a high level.

**Keywords:** Self-care manual, SKT meditation therapy, Diabetic patients

## บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคที่แพร่หลายและรักษาได้ยากในปัจจุบันเนื่องจากยังไม่มีวิธีรักษาที่หายขาด จากข้อมูลของศูนย์ควบคุมโรคของอเมริกามากกว่า 100 ล้านคนกำลังเป็นโรคเบาหวานหรือโรค prediabetes เข้าข่ายเบาหวาน นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและสาเหตุหลักของการตาบอด ไตวาย หัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมองและพิการจากการตัดแขนขาที่เป็นผลพวงจากเบาหวาน โรคเบาหวานคือโรคที่

[1] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลอุทัย สำนักงานสาธารณสุขพระนครศรีอยุธยา
[2] แพทย์แผนไทยชำนาญการ โรงพยาบาลอุทัย สำนักงานสาธารณสุขพระนครศรีอยุธยา

เซลล์ร่างกายมีความผิดปกติ กระบวนการเปลี่ยนน้ำตาลในเลือดให้เป็นพลังงาน โดยกระบวนการนี้เกี่ยวข้องกับอินซูลินซึ่งเป็นฮอร์โมนที่สร้างจากตับอ่อนเพื่อใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเมื่อน้ำตาลไม่ได้ถูกใช้จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าระดับปกติ โรคเบาหวานแบ่งออกเป็น 4 ชนิดตามสาเหตุของการเกิดโรคคือ 1) โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 diabetes mellitus, T1DM) เกิดจากเซลล์ตับอ่อนถูกทำลายจากภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้ขาดอินซูลิน มักพบในเด็ก 2) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ( Type 2 diabetes mellitus, GDM) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด หรือกว่าร้อยละ 95.0 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดเกิดจากภาวการณ์ดื้ออินซูลิน มักพบในผู้ใหญ่ที่น้ำหนักเกินหรืออ้วนร่วมด้วย (gestational diabetes mellitus, GDM) 3) โรคเบาหวานขณะทั้งครรภ์ (โรคเบาหวานชนิดที่เป็นโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ มักเกิดเมื่อไตรมาส 2-3 ของการตั้งครรภ์ 4) โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ(specific types of diabetes due to other causes) มีได้หลายสาเหตุ เช่น โรคทางพันธุกรรม โรคของตับอ่อน โรคทางต่อมไร้ท่อ และยาบางชนิดเป็นต้น[1] โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญที่เป็นสาเหตุของการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร สมาพันธ์โรคเบาหวานคาดการณ์ว่าแนวโน้มผู้ป่วยโรคเบาหวาน จะเพิ่มขึ้นเป็น 693 ล้านคนทั่วโลกในปี ค.ศ. 2045[2] สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคนและคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุก ๆ 5 วินาที[3]

สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทย จากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2551-2552 มีคนไทยป่วยเป็นโรคเบาหวานทั้งสิ้น 3.5 ล้านคน และในระหว่าง ปีพ.ศ. 2554-2563 คาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอยู่ในช่วง 501,299-553,941 ราย/ปี ทั้งนี้จะมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ภายใน 6 ปี และในปีพ.ศ.2563 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่สูงถึง 8,200,000 ราย[4] จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนครั้งที่ 4 ปี พ.ศ.2551-2552 พบว่าความชุก ของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ15 ปี ขึ้นไปมีร้อยละ 6.9 หรือ3,185,632 คน โดยผู้หญิงมีความชุกสูงกว่าผู้ชาย พบร้อยละ 7.7 และ 6.0ตามลำดับ ความชุกสูงสุดพบในกลุ่มอายุ 60-69 ปี คิด เป็นร้อยละ 16.7 ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที 2 มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ร้อยละ 73.0 และเป็น สาเหตุของไตวาย ร้อยละ 44.0 ภาวะแทรกซ้อนทางปลายประสาท ร้อยละ 60.0-70.0 เป็นสาเหตุสำคัญ ของการถูกตัดขาส่วนปลายถึง ร้อยละ 60.0[5] และพบอีกว่ามีการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานทีเกิดจากภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจ และสมองสูงถึง ร้อยละ 65.0 นอกจากนีพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานใน ปีพ.ศ. 2552 ประมาณ 7,019 คน หรือประมาณวันละ 19 คน[6] นอกจากนี้โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่น ๆ ในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง ฯลฯ[7]

จากสถานการณ์ดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563 ซึ่งเป็น แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ เพื่อใช้เป็นกรอบชี้นำทิศทางการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติอย่าง บูรณาการโดยมีเป้าหมายหลักในการพัฒนาคือลดปัญหาโรควิถีชีวิตที่สำคัญ 5 โรคใน 5 ด้าน คือลด การเกิดโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการพิการ ลดการตาย และลดภาระค่าใช้จ่าย เพิ่มวิถีชีวิตพอเพียง ใน 3 ด้านคือ การบริโภคที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่พอเพียง การจัดการอารมณ์ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว สังคมและประเทศ ให้ก้าวสู่วิถีชีวิตพอเพียง และสังคมสุขภาวะภายใต้สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันอย่างมีความสุข[8] ซึ่ง

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง 1 ใน 5 โรคที่ต้องลดการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อน ลดการพิการ ลดการตาย และลดภาระค่าใช้จ่ายด้วย

โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีนโยบายที่จะตอบสนองต่อแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย มุ่งเน้นการลดปัญหาจากโรควิถีชีวิตโดยเฉพาะการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน และมีความพยายามให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติลดภาวะแทรกซ้อนลด ความพิการ และลดการตาย โดยกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานขึ้น สมาธิบำบัดแบบ SKT โดยอาจารย์สมพร กันทรดุษฎีเตรียมชัยศรี เป็นผู้พัฒนาเทคนิคได้นำองค์ความรู้ทั้งเรื่องสมาธิ โยคะ ชี่กง การออกกำลังกาย แบบยืดเหยียด การปฏิบัติสมาธิยังมีผลต่อระบบต่อมไร้ท่อทำให้ฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) ลดลง ช่วยลดระดับน้ำตาลสะสมได้ โดยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของอินซูลิน เนื่องจาก ส่งผล ให้น้ำตาลในเลือดลดลง และทำให้ฮอร์โมนเบต้าเอ็นโดฟินเพิ่มขึ้น ระดับอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิกฮอร์โมนลดลง เกิดการผ่อนคลาย จิตใจสงบ ลดความตึงเครียด ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกสมาธิบำบัดแบบ SKT มาใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C≤6.00) โดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT เทคนิคที่ 2 หลังอาหารเช้า และเทคนิค ที่ 4 หลังอาหารกลางวันหรือเย็น โดยให้ปฏิบัติเทคนิคละ 30 รอบลมหายใจ ภายหลังรับประทานอาหาร 30 นาทีระยะเวลา 6 สัปดาห์ เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูงก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้มีการเรียนรู้ร่วมกันทั้งระดับเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ในการแก้ปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วย โรคเบาหวานทีมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพทีไม่เหมาะสม[9]

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาและพัฒนาคู่มือในการดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยาขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการและลดค่าใช้จ่าย ตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีไปจนตลอดอายุขัยของแต่ละบุคคล

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อสร้างคู่มือในการดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลอุทัย
2. เพื่อศึกษาผลการใช้คู่มือคู่มือการดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

**วิธีการวิจัย**

เป็นการศึกษาเชิงพัฒนาในการจัดทำคู่มือการดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลอุทัย และนำมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจง (purposive sampling ) คือ ประชากรกลุ่มโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอุทัย

1. รูปแบบการสร้างคู่มือในการดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ของผู้ป่วยเบาหวานโดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาและวิเคราะห์แนวทาง แก้ไขปัญหา ด้วยการศึกษาสถานการณ์ต่างๆ ของผู้ป่วย โรคเบาหวานที่มารักษาโรงพยาบาลอุทัย โดยการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน ของโรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา[8] แล้วนำข้อมูลดังกล่าวมาพิจารณาดำเนินการในขั้นตอนที่ 2 ต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำคู่มือในการพัฒนาโดยการระดมสมองแพทย์ และพยาบาลผู้ที่ให้การดูแล แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลอุทัย รวม 10 คน โดยการนำแนวคิดทฤษฎี เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และข้อมูลที่ ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาพิจารณาปัญหาและวิเคราะห์ แนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ดังนี้

1. ระบุกระบวนการที่ต้องการพัฒนาในการดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเลือกขั้นตอนและท่าสมาธิบำบัด (SKT) ที่เหมาะสมกับช่วงอายุ สภาพของผู้ป่วยในพื้นที่

2. ค้นหาประเด็นท่าที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และเหมาะสมกับโรคที่เป็น โดยประเมินผลจากงานวิจัยเรื่องการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

3. สร้างเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบ การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยให้สอดคล้องกับประเด็นปัญหา ในขั้นตอนที่ 1 และวิธีการแก้ปัญหาในขั้นตอนที่ 2 ข้อ 2 โดยเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัด ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และแบบวัดความพึงพอใจ ต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยสมาธิบำบัด (SKT)

4. นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับแก้ไขตามคำ แนะนำ

5. นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงใน เนื้อหา ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาคำนวณค่าความ สอดคล้องภายในแบบครอนบาค อัลฟา เพื่อวิเคราะห์ค่า ความเที่ยง (reliability)

6. เสนอคู่มือการดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ของผู้ป่วยเบาหวานต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลอุทัยเพื่อให้ความเห็นและข้อเสนอแนะ พร้อมปรับปรุง ให้เกิดความเหมาะสมและเป็นไปได้

ขั้นตอนที่ 3 การนำคู่มือการดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย และประเมินผล ซึ่งประชากรกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลอุทัย จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ใช้คู่มือที่พัฒนาควบคู่กับการรักษา) จำนวน 30 คน กับกลุ่มควบคุม (กลุ่มที่ไม่ใช้คู่มือที่พัฒนาร่วมกับการรักษา) ในการคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ผู้วิจัยได้ จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะต่างๆ ใกล้เคียงกัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา ระยะเวลาการ ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และดัชนีมวลกาย ซึ่งถือว่าเป็น ตัวแปรควบคุม แล้วแยกเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ตามความสมัครใจซึ่งมีประชากรณ์กลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลอุทัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลอุทัย โดยการสุ่มสอบถามผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอุทัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้วิธีการประมาณค่าสัดส่วน (Proportion) ผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลอุทัย โดยการสุ่มสอบถามผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอุทัยจำนวน 100 คน มีผู้สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ 79 คน คิดเป็นร้อยละ 79 จึงนำข้อมูลการประมาณค่าสัดส่วนมาประมาณขนาดตัวอย่างดั้งนี้

จากสูตร $n = \frac{Z_{\alpha}^2 P(1-P)}{e^2}$

n= จำนวนตัวอย่างทั้งหมด

$Z_{\alpha}$ = ค่ามาตรฐานจากตาราง Z สำหรับ $\alpha$ ที่กำหนด

P = ค่าสัดส่วนที่ผู้ป่วยจากการสุ่มสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด 79 ใน 100 คน

e = ค่าความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

n = 60.69

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม จึงปรับกำหนดกลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสมต่อการศึกษา เป็น 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

**เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)** 1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอุทัย 2) มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C>6.00) 3) อายุระหว่าง 40 – 65 ปี 4) มีสัญญาณชีพและอาการทางคลินิกคงที่ (Vital Signs Stable & Clinically Stable) 5) ไม่มีความพิการทางร่างกายและมีโรคแทรกซ้อนที่ร้ายแรง เช่น โรคหัวใจ ไตวายระยะ 4-5 6) ยินดีเข้าร่วมโครงการและยินยอมลงลายมือชื่อเข้าร่วมวิจัยตามกระบวนการที่กำหนด

**เกณฑ์ในการคัดออก(Exclusion criteria)** 1) ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยโรคตับ ผู้ป่วยโรคไต ที่รุนแรง 2) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ หลังจากการติดตาม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในกลุ่มที่ใช้คู่มือการดูแลสุขภาพตนเอง (2 เดือน ต่อมา) ผู้วิจัยก็ทำการประเมินผลพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ความต่อเนื่องในการปฏิบัติ และระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อเปรียบเทียบกับ กลุ่มที่ไม่ใช้คู่มือ และความพึงพอใจต่อคู่มือดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัด STK

**เครื่องมือการวิจัย**

1. สมุดคู่มือการดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย ขั้นตอนการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1 ท่าที่ 2 และท่าที่ 4 วันละ 1 ครั้ง เช้าหรือเย็น

2. แบบทดสอบก่อนและหลังการใช้คู่มือการดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ของผู้ป่วยเบาหวาน เปรียบเทียบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการ สมรส การศึกษา ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน น้ำหนักและส่วนสูง ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปิด หรือ ให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ รวมจำนวน 6 ข้อ

2.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการนำไปใช้และขั้นตอนการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1 ท่าที่ 2 และท่าที่ 4 สอดคล้องกับวิถีชีวิต ระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติความเหมาะสม และส่งผลต่อสุขภาพอย่างไร มีผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นหรือไม่ ลักษณะคำถาม เป็นแบบคำถามให้เลือกตอบว่าใช่ ไม่ใช่ หรือมี หรือ ไม่มี

2.3 ความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ของผู้ป่วยเบาหวาน แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคอร์ต (Likert scale) รวมทั้งสิ้น 13 ข้อ ว่ามีความพึงพอใจต่อคู่มือนี้ มาก ปานกลาง น้อย และไม่พึงพอใจ แบ่งเกณฑ์การพิจารณาในแต่ละข้อดังนี้ คือ ถ้าตอบมาก ให้คะแนน 3 คะแนน ปานกลาง ให้ คะแนน 2 คะแนน น้อย ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่พอใจให้คะแนน 0 คะแนน

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

1. การพัฒนาคู่มือการดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ของผู้ป่วยเบาหวานได้ผ่านการทบทวนของทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกับปัญหา และความเหมาะสมในการนำไปใช้ ปรับแก้ไขตามคำแนะนำคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลอุทัย

2. นำแบบสอบถามก่อนและหลังการใช้คู่มือไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยเบาหวาน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้ไปหาค่า ความเชื่อมั่น(Reliability) โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า ( alpha coefficient ; $\alpha$ ) ของ Cronbach[10] สำหรับผล

การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยรวมได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.927 สำหรับความเชื่อมั่นในแต่ละส่วนมีดังนี้ ส่วนที่เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เท่ากับ 0.924 ส่วนที่แบบสอบถามเกี่ยวกับการนำไปใช้และขั้นตอนการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT เท่ากับ 0.929 ซึ่งผลโดยรวมมากกว่า 0.7 แสดงว่า แบบสอบถามมีความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้ จึงนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบผลการรักษาโดยใช้สถิติ อนุมานหรือเพื่อทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ t-test

**ผลการวิจัย**

การศึกษาพัฒนาคู่มือการดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลอุทัยในครั้งนี้ เป็นการต่อยอดจากการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อให้ได้คู่มือการดูแลตนเองโดยนำคู่มือมาทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานเพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้คู่มือการดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้แบบทดสอบในการเก็บข้อมูลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังนี้

การวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติและลักษณะทั่วไปที่ใกล้เคียงกันดังนี้ เพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมีเพศหญิงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 70.0 และ 76.0 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 57.93±0.258 และ 57.32±0.289 ตามลำดับ มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.35±17.55 และ 25.11±17.05 ตามลำดับ ระยะเวลาที่เป็นเฉลี่ย 9.16± 19.87 และ 9.3±19.92 ส่วนมากมีโรคแทรกซ้อนมากกว่า 2 โรคคิดเป็นร้อยละ 40.0 และ 36.6

ผลการเปรียบเทียบการระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลก่อนและหลังการใช้คู่มือการดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ของผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มทดลองและการรักษาเบาหวานโดยใช้ยาเบาหวานอย่างเดียวของกลุ่มควบคุม (n=30) พบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) เฉลี่ยจาก 8.71±0.078 เป็น 8.65±0.044 ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) เฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองจากค่าเฉลี่ย 8.73±0.164 ลดลงเป็น 6.66±2.97 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลอดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30)

| การนัดหมาย | กลุ่มทดลอง (n= 30) | กลุ่มควบคุม (n= 30) |
|---|---|---|
| | Mean±S.D. | Mean±S.D. |
| **น้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C)** | | |
| ก่อนเข้าร่วมวิจัย | 8.73±0.164 | 8.71±0.078 |
| หลังเข้าร่วมวิจัย | 6.66±2.97* | 8.65±0.044 |

*p-value p< 0.05

**ผลการประเมินการ**หลังการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT ของกลุ่มทดลอง พบว่า การฝึกสมาธิบำบัด SKT 1, 2 และ 4 สอดคล้องกับวิถีชีวิตร้อยละ 90.0 ระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติความมี

ความเหมาะสมและมีประโยชน์ต่อสุขภาพร้อยละ 100.0 ไม่มีผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นร้อยละ 90.0 ส่วนร้อยละ 10.0 มีอาการเหนื่อยและวิงเวียนเล็กน้อย กิจกรรมนี้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องจนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ถึงร้อยละ 100.0 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แบบสอบถามหลังการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT ของกลุ่มทดลอง (n=30)

| คำถามเกี่ยวกับกิจกรรม | ใช่ | | ไม่ใช่ | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน (ราย) | ร้อยละ | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
| 1. การฝึกสมาธิบำบัด SKT 1, 2 และ 4 สอดคล้องกับวิถีชีวิตหรือไม่ | 27 | 90.0 | 3 | 10.0 |
| 2. ระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติมีความเหมาะสมและมีประโยชน์ต่อสุขภาพใช่หรือไม่ | 30 | 100.0 | 0 | 0.0 |
| 3. ผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นหรือไม่ | 3 | 10.0 | 27 | 90.0 |
| 4. กิจกรรมนี้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องจนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้หรือไม่ | 30 | 100.0 | 0 | 0.0 |

**ผลการประเมินตามแบบประเมินความพึงพอใจ** พบว่าความรู้เนื้อหาเข้าใจง่ายมีค่าเฉลี่ยและสามารถปฏิบัติตามได้ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจคือ 2.83±2.04 และ 3.00±0 ตามลำดับ รูปแบบคู่มืออ่านง่าย สวยงามน่าอ่าน และเนื้อหาเหมาะสม ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจคือ 2.80±2.19, 3.00±3และ 2.80±2.19 ตามลำดับ ส่วนด้านประโยชน์ที่ได้รับและด้านอื่นๆพบว่า เกิดประโยชน์ต่อตนเอง เป้นประโยชน์ต่อการนำไปรักษาโรคเรื้อรัง และความพึงพอใจต่อต่อการให้คำแนะนำและติดตามผลของเจ้าหน้าที่ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ คือ 2.93±1.36, 2.96±0.98 และ 3.00±0 ตามลำดับ

**สรุปและอภิปรายผล**

พัฒนาคู่มือการดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นการศึกษาเชิงพัฒนาในการจัดทำคู่มือการดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลอุทัย และนำมาทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 30 คนและเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ใช้สมาธิบำบัด STK ร่วมกับการใช้ยาเบาหวาน 30 คน ซึ่งสามารถสรุปผล อภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ข้อมูลทั้งไปของกลุ่มตัวอย่างในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติและลักษณะทั่วไปที่ใกล้เคียงกัน มีเพศหญิงมากถึงร้อยละ 70.0 และ 76.0 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน คือ 57.93 ปี และ 57.32 ปี ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นอ้วน/โรคอ้วนระดับ 2 มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.35±17.55 และ 25.11±17.05 ตามลำดับ ระยะเวลาที่เป็นเฉลี่ยอยู่ประมาณ 9 ปี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.16±19.87 และ 9.3±19.92 ตามลำดับ ส่วนมากมีโรคแทรกซ้อนมากกว่า 2 โรคคิดเป็นร้อยละ 40.0 และ 36.6

ข้อมูลการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง 30 คน พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดลอดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งแสดงถึงการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT อย่างต่อเนื่องติดต่อกัน 3 เดือน มีผลต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดย SKT 1 จะช่วยการปรับประสาทการรับรู้ของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 1, 2, 3, 4, 6, 10 (Chemoreceptors และ Photoreceptors) ในช่วงการหายใจเข้าลึก และปรับประสาทการรับรู้ของเส้นประสาท Gustation และเส้นประสาทสมองคู่ ที่ 7, 9, 10 “ลดความดันโลหิต ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และลดน้ำตาลในผู้ป่วย

เบาหวานได้ดี ส่วน SKT 2 ช่วยลดความดันโลหิตและลดน้ำตาลในเลือดได้ดี ด้วยการควบคุมและปรับประสาทรับความรู้สึกบริเวณไขสันหลัง กล้ามเนื้อ ข้อต่อ เอ็น การทำงานของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10 และปรับ Baroreflex receptor ให้ไวขึ้น ร่วมกับการออกกำลังกายแบบ Isometric Exercise “ช่วยลดความดันโลหิต ลดน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานได้ดี และควบคุมการทำงานของไขสันหลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ” และ SKT 4 กลไกทางเทคนิคนี้ช่วยป้องกันและเสริมสร้างสุขภาพ และเยียวยาในผู้ที่มีปัญหาของระบบ กล้ามเนื้อ ช่วยลดความดันโลหิต ลดน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 1 ลดอาการปวดหลัง ปวดเข้า ท้องผูก เพิ่มภูมิต้านทาน ลดอาการหายใจลำบาก หลอดลมอุดกั้น ด้วยการควบคุมและปรับการ ทำงานของประสาทส่วนกลาง ประสาทรับความรู้สึกบริเวณไขสันหลัง กล้ามเนื้อ ข้อต่อ เอ็น การทำงาน ของเส้นประสาทสมองทั้ง 12 คู่ และ Proprioceptors, Mechanoreceptors “ช่วยเพิ่มภูมิต้านทาน กับโรคเรื้อรังทุกประเภท”

ซึ่งยังสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสมาธิบำบัด (SKT) ต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดและลด ระดับความดันโลหิตในพระสงฆ์ในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร[11] เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสมาธิบำบัด (SKT) ต่อระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดัน ได้รับโปรแกรมสมาธิบำบัด (SKT) เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าพระสงฆ์มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.008) และ พระสงฆ์มีระดับความดันโลหิต Systolic เฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) รวมถึง พระสงฆ์มีระดับความดันโลหิต Diastolic เฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) เมื่อ เทียบกับก่อนเข้าโปรแกรมสมาธิบำบัด (SKT)

การประเมินความคิดเห็นหลังการนำสมาธิบำบัด SKT ไปฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องพบว่าภาพรวมการฝึกสมาธิบำบัด SKT สอดคล้องกับวิถีชีวิต ระยะเวลาปฏิบัติที่เหมาะสมและมีประโยชน์ต่อสุขภาพร ไม่มีผลข้างเคียงที่รุนแรงและสามารถต่อยอดและนำไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องจนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ถึงร้อยละ 95.0 ส่วนการประเมินความพึงพอใจในการพัฒนาคู่มือการดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ด้านเนื้อหาเข้าใจง่ายมีค่าเฉลี่ยและสามารถปฏิบัติตามได้ ด้านรูปแบบคู่มี อ่านง่าย สวยงามน่าอ่าน และเนื้อหาเหมาะสม และส่วนด้านประโยชน์ที่ได้รับและด้านอื่นๆพบว่า เกิดประโยชน์ต่อตนเอง เป็นประโยชน์ต่อการนำไปรักษาโรคเรื้อรัง และความพึงพอใจต่อต่อการให้คำแนะนำและติดตามผลของเจ้าหน้าที่ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าคู่มือการดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลอุทัยที่ได้รับการพัฒนาสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และสามารถนำไปปฏิบัติได้ และมีความพึงพอใจภาพรวมในระดับมาก การศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า[12] พบว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบ หลังการใช้รูป แบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่า ก่อนการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้พัฒนาขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ศึกษาการพัฒนารูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสีดาผล[13] การศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรม การดูแลตนเองดีขึ้น และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) และศึกษาการพัฒนาคู่มือการดูแลสุขภาพด้วยตัวเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา ผู้สูงอายุในชุมชนหนองอี

เลี่ยน ตำบลหนองขอนกว้าง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี[14] พบว่าผู้สูงอายุมีความเข้าใจในการปฏิบัติตัวโดยทั่วไป การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และ การฟื้นฟูสุขภาพในผู้สูงอายุได้มากขึ้น รวมถึงมีความพึงพอใจในระดับมาก สรุปการพัฒนาคู่มือการดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สามารถนำไปใช้ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับการใช้ยาทางแผนปัจจุบันได้ส่งผลต่อระดับน้ำตาบในเลือดลดลง และเป็นประโยชน์ทางเลือกต่อผู้ป่วยเบาหวาน สามารถต่อยอดงานวิจัยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆได้ต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1.American Diabetes Association. Diabetes: Clinical management guidelines for healthcare professionals. Publisher; 2009.

2.Cho N., Shaw J., Karuranga S., Huang Y., da Rocha Fernandes J., Ohlrogge A., Malanda B. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. Diabetes Research and Clinical Practice 2018; 138:271-281.

3.International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 2021. Brussels: The International Diabetes Federation (IDF); 2021.

4.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โครงการทบทวนสถานการณ์และผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. 2560-2562. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2562.

5.สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชน ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. กรุงเทพฯ: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย; 2554.

6.อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า และสุธิดา แก้วทา. รายงานสถานการณ์โรค NCDs. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2562.

7.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2558. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผานศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.

8.สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่10. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ห้างหุ้นส่วนจำกัด วีเจพริ้นติ้ง กรุงเทพฯ; 2554.

9.สุรัสวดี เพชรคง และสิธาพร ผดุงยุทธ. การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ในการลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. พระนครศรีอยุธยา: รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา; 2566.

10.Cronbach L.J. Essentials of psychological testing. England: Oxford University Press; 1990.

11.สมฤดี ชื่นกิติญานนท์ และวราภรณ์ คำรศ. ประสิทธิผลของโปรแกรมสมาธิบำบัด (SKT) ต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดและลด ระดับความดันโลหิตในพระสงฆ์ในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม; 2561.

12.มยุรี เที่ยงสกุล และสมคิด ปานประเสริฐ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 28(4):696-710.

13.ชานนท์ เชาว์ดำรงสกุล. การพัฒนารูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสีดา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2563; 9(14):314-329.

14.ฉวีวรรณ อุปมานะ. พัฒนาคู่มือการดแลสุขภาพด้วยตัวเองของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา ผู้สูงอายุในชุมชนหนองอีเลี่ยน ตำบลหนองขอนกว้าง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 2 2560; 1043-1054.

# การพยาบาลผู้ป่วยแผลกระจกตาที่มีภาวะติดเชื้อในลูกตา: กรณีศึกษา

# The Nursing care for Corneal Ulcer with Endophthalmitis: case study

(Received: April 26,2024 ; Revised: April 28,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**ดารา ณ นรงค์**[1]
**Dara Na Narong**[1]

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยแผลกระจกตาที่มีภาวะติดเชื้อในลูกตา โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 62 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 4 มกราคม 2567 ด้วยอาการมีไข้ ตาข้างขวามีหนองมัวลง 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติถูกยางใบตองเข้าตาขวา 1 สัปดาห์ ประวัติเป็นโรคเบาหวาน แรกรับตาซ้ายปกติ ตาขวามองไม่เห็น มีหนองในช่องม่านตา มีไข้สูง

ผลการศึกษา: แพทย์วินิจฉัย มีภาวะติดเชื้อในลูกตา มีแผนการรักษาให้หยอดตาด้วยยาปฏิชีวนะ ขณะดูแลรักษาพยาบาล ให้การพยาบาลลดอาการปวด ป้องกันภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด ลดความวิตกกังวลของญาติ ดูแลด้านจิตใจ จนผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2567 รวมรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 41 วัน ติดตามภายหลังการรักษา ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่มีการติดเชื้อลุกลาม

**คำสำคัญ:** การพยาบาล, แผลกระจกตา, การติดเชื้อในลูกตา

## Abstract

This study was case study aimed to study nursing care for corneal ulcer with endophthalmitis: case study. A 62-year-old Thai female patient was admitted to the hospital on January 4, 2567 (Buddhist calendar equivalent to 2014) with symptoms of fever and purulent discharge from the right eye for 2 days. She had a history of a foreign body entering her eye one week prior and was diabetic. Initially, her left eye was normal, but the right eye had impaired vision with purulent discharge.

Study results: She was diagnosed with an infected corneal ulcer and was treated with topical antimicrobial eye drops. Nursing care focused on pain management, prevention of bloodstream infection, and alleviating family members' anxiety. The patient's condition improved sequentially, and she was discharged on February 14, 2567, after 41 days of hospitalization. Post-treatment follow-up showed no complications or recurrence of infection.

**Keywords:** Nursing, Corneal Ulcer, Endophthalmitis

## บทนำ

โรคแผลกระจกตาเป็นโรคที่พบบ่อยเป็นอันดับ 3 ในปัญหาโรคทางจักษุของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุบริเวณกระจกตา และเกิดแผล ส่งผลให้เชื้อโรคเข้าสู่กระจกตาเกิดการอักเสบและติดเชื้อตามมาได้ อย่างไรก็ดียังมีสาเหตุและปัจจัยอื่นที่ทำให้เกิดแผลที่กระจกตาได้เช่นกัน ถ้าผู้ที่มีแผลที่กระจกตาละเลยไม่รับการรักษาให้ทันท่วงที การติดเชื้อจะลุกลามเข้าสู่ตาทำให้เกิดการติดเชื้อภายในลูกตาทั้งหมด (panophthalmitis) หรือกระจกตาทะลุ ส่งผลให้ตาบอดในที่สุด[1] สาเหตุเหล่านี้ เมื่อเกิดแผลขึ้นแล้วไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ทำให้มีการติดเชื้อแบคทีเรีย ไวรัสหรือเชื้อราตามมาได้ เชื้อโรคที่พบบ่อยในบ้านเรานั้น เชื้อแบคทีเรีย ได้แก่ Pneumococcus, Pseudomonas, Staphylococcus, Streptococcus เชื้อไวรัสได้แก่ Herpes simplex และเชื้อรา ได้แก่ Aspergillus,

[1] กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Fusarium จากสาเหตุที่กล่าวมาทำให้เกิดการแตกแยกหรือฉีกขาดของกระจกตาลึกมากกว่าชั้นอิพิธีเลียม ส่งผลให้มีการอักเสบและติดเชื้อของกระจกตาได้[2] หากได้รับการรักษาถูกต้องความก้าวหน้าของโรคจะทุเลาลง เมื่อหายแล้วจะเกิดเป็นแผลเป็น (corneal scar) ทำให้เห็นเป็นจุดขาวบนตาดำในตำแหน่งที่เป็นแผลเป็นเนื่องจากโดยปกติกระจกตาเมื่อเกิดแผลที่ชั้นอิพิธีเลียม จะสามารถสมานแผลให้หายและกระจกตาจะใสดังเดิม แต่ถ้าแผลของกระจกตาลึกเข้าไปเลยชั้นอิพิธีเลียม แม้แผลสมานกันจนหายแล้วก็ยังจะเกิดเป็นแผลเป็นขึ้น ในรายที่ได้รับการรักษาไม่ถูกต้องหรือไม่ได้รับการรักษาหลายวัน จะเกิดการติดเชื้อที่มีความก้าวหน้าของโรคที่ลุกลามไปสู่ม่านตาและซิเลียรีบอดีได้ เนื่องจากชั้นเอนโดธีเลียม (endothelium) ของกระจกตาติดต่อกับเอนโดธีเลียมของม่านตาและซิเลียรีบอดี ทำให้ม่านตาและซิเลียรีบอดีอักเสบตามมาได้ (iridocyclitis) ส่งผลให้เกิดหนองในช่องหน้าของลูกตา (hypopyon) ได้ หรืออาจทำให้เกิดกระจกตาทะลุยังผลให้เชื้อโรคกระจายไปทั่วลูกตายกเว้นตาขาว เรียกภาวะนี้ว่า ลูกตาติดเชื้อ (endophthalmitis) และถ้าลุกลามไปทั้งลูกตาเรียกภาวะนี้ว่า panophthalmitis ในระยะนี้การรักษาที่ได้ผลคือการควักลูกตาออก (enucleation)[3]

จากสถิติของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วย โสต ศอ นาสิก จักษุ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ปี 2564-2566 ที่ผ่านมา พบผู้ป่วยจำนวน 33 ราย, 33 ราย และ 35 ราย ตามลำดับ ดังนั้นเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยมีคุณภาพมากขึ้น พยาบาลควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาล และมีบทบาทให้ผู้ป่วยและครอบครัวดูแลตนเองได้ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะตาติดเชื้อรุนแรง ตาบอดถาวร และสามารถถ่ายทอดความรู้ได้อย่างถูกต้อง แสดงบทบาทสำคัญในการสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อให้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถดูแลตนเองได้ ลดความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยแผลกระจกตาที่มีภาวะติดเชื้อในลูกตา

**วิธีการศึกษา**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยแผลกระจกตาที่มีภาวะติดเชื้อในลูกตา

**ผลการศึกษา**

**กรณีศึกษา**

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 62 ปี สถานภาพ สมรส เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพ ค้าขาย ที่อยู่ 51/1 หมู่ 6 ตำบลตะลุง อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 24 กุมภาพันธ์ 2567 เวลา 09.30 น.

**อาการสำคัญ** มีไข้ ตาข้างขวามีหนอง มัวลง 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

**ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน**

1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล ขณะตัดใบตองถูกเศษผง และยางใบตอง เข้าตาข้างขวา

2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ตาข้างซ้ายมีหนอง มัวลง บุตรจึงนำส่งโรงพยาบาล

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต** ประวัติเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง 8 ปี รักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ยาที่รับประทานได้แก่ Metformin (500) 1 tab oral bid pc., Glipizide (5) 1 tab oral bid ac., Enalapril (5) 1 tab oral OD pc., Atrovastatin 40 mg 1 tab oral OD hs.

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

WBC count 12,000 cells/$mm^3$ Neutrophil 84%

Na 141 mmol/L, K 3.04 mmol/L, Cl 105 mmol/L, $CO_2$ 25.4 mmol/L, BS 286 mg/dl

ผลการตรวจตาขวา gram stain few leukocyte, KOH few septate hyphae

**การประเมินตามแบบแผนสุขภาพ**

แบบแผนที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยปฏิเสธการแพ้ยา / สารต่าง ๆ และอาหาร ปฏิเสธการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา วิธีการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ผ่านมา ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ต้องรับประทานยาสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ครั้งนี้ทราบว่าตาอักเสบและติดเชื้อจากถูกเศษผงและยางใบตอง เข้าตา และไม่มารักษา

แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร ในภาวะปกติ ผู้ป่วยรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ รับประทานได้ตามปกติเน้นเป็นอาหารที่เคี้ยวง่าย ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืน

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย ปกติปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้ง อุจจาระวันละ 1 ครั้ง ในช่วงเวลาเช้า ไม่เคยมีปัญหาเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ

แบบแผนที่ 4 กิจกรรม การออกกำลังกาย ผู้ป่วยบอกว่าปกติสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันเองได้ดี ทำงานดูแลความเรียบร้อยของบ้านได้ หลังจากที่ป่วย ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง สนใจทำกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมทุกอย่างที่เคยทำลดลง เนื่องจากตามองไม่ค่อยเห็น ปวด

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ ปกตินอนหลับวันละ 8 ชั่วโมง เข้านอนเวลา 21.00 น. ตื่นนอนประมาณ 05.00 น. นอนหลับได้ดีตลอด ปฏิเสธการใช้ยานอนหลับ มักนอนกลางวันในช่วงบ่าย 1-2 ชั่วโมง

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ ปกติผู้ป่วยบอกว่า การได้ยิน การรับรส และรับกลิ่นดี การรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคลถูกต้อง สามารถตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ได้ดี

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยรับรู้ตนเองว่ามีการติดเชื้อที่ตา ยอมรับสภาพของโรคได้และคิดว่าเป็นโรคที่หายรักษาได้ กลัวการผ่าตัด กลัวตาบอดมาก

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้ป่วยเป็นสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวดี มีสมาชิกในครอบครัว รวม 5 คน (ผู้ป่วย สามี บุตรสาว บุตรเขย และหลาน 2 คน) ขณะเจ็บป่วยสัมพันธภาพในครอบครัวดี บุตร ดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันและให้กำลังใจผู้ป่วยยังคงมีบทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว และญาติเป็นอย่างดี

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ ไม่มีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากอายุมากและสภาพความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด ปกติเป็นคนใจเย็น บางครั้งหงุดหงิดง่าย ทำงานด้วยความรวดเร็วว่องไว มนุษยสัมพันธ์ดี

แบบแผนที่ 11 ค่านิยมและความเชื่อ ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นประจำ มีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นกรรมที่ทำมา สิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจคือ พระในบ้าน

**การวินิจฉัยโรค**

การวินิจฉัยโรคแรกรับ Corneal Ulcer with Endophthalmitis RE

รับใหม่จากห้องผู้ป่วยนอก แผนกจักษุ รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ตาขวา เปลือกตาบวมแดง ลืมตาได้เล็กน้อย เยื่อบุตาแดงทั้งลูกตา กระจกตาเป็นฝ้าขาว มีหนองเต็มช่องหน้าของม่านตา วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/64 มิลลิเมตรปรอท เจาะเลือดตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte ส่งตรวจ ติดตามผลตรวจ gram stain และ KOH จาก OPD On 0.9% NSS 1000 ml iv drip 100

ml/hr. แพทย์วินิจฉัย มีภาวะติดเชื้อลูกตา มีแผนการรักษาให้หยอดตาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยและบุตรวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและกลัวตาบอดถาวรทั้ง 2 ข้าง ได้อธิบายและให้กำลังใจ เนื่องจากตาขวามีการติดเชื้อรุนแรง รวมทั้งอาจลุกลามไปยังตาซ้าย จำเป็นต้องกำจัดเชื้อที่ตาข้างขวา และป้องกันการติดเชื้อลูกตาซ้าย หากผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล จะลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ พยาบาลได้สอนการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยและญาติดูแลหยอดตาข้างขวาให้ตามแผนการรักษาทุก 1 ชั่วโมง ได้แก่ Fort ceftazidime ed RE ทุก 1 ชั่วโมง Fort vancomycin ed RE ทุก 1 ชั่วโมง และ Fort Amphotericin B ed RE ทุก 1 ชั่วโมง Itracornazone (100mg)2เม็ด วันละ2เวลา หลังอาหารเช้าและเย็น พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา

24 ชั่วโมง รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ปิดตาขวาไว้ด้วยที่ครอบตา เปิดตา เยื่อบุตาขาวแดงพอสมควร ตาดำยังเห็นเป็นรอยฝ้าขาว มีอาการเคืองตาเล็กน้อย ปวดตามาก มีน้ำตาไหล ขี้ตา สีเหลืองอ่อน มองเห็นยังไม่ชัดเจน ความสามารถในการมองเห็น ตาขวา FC 1 ฟุต ตาซ้าย 20/50-2 IOP=14,16 mmHg ดูแลลดอาการปวด โดยให้ผู้ป่วยได้พัก ให้ยาแก้ปวด Paracetamol 500 mg 1 tab หยอดตาด้วย Fort ceftazidime ed RE ทุก 1 ชั่วโมง Fort vancomycin ed RE ทุก 1 ชั่วโมง และ Fort Amphotericin B ed RE ทุก 1 ชั่วโมง Itracornazone (100mg) 2เม็ด วันละ 2 เวลา หลังอาหารเช้าและเย็น ไม่มีผลข้างเคียงจากยา แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการเพิ่มยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm iv OD วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.4-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 74-80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง / นาที ความดันโลหิต 100/60 –120/80 มิลลิเมตรปรอท

3 วัน เยื่อบุตาขาวแดงลดลง กระจกตายังเห็นเป็นรอยแผลเป็นฝ้าขาว ช่องหน้าม่านตามีหนองลดลงเหลือ 1/3 มีอาการเคืองตามาก ปวดตาน้อยลง มีน้ำตาไหล ขี้ตาสีเหลืองอ่อนมากขึ้น ผู้ป่วยใช้มือขยี้ตาบ่อย ๆ ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ได้ชี้แจงผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เน้นย้ำผู้ป่วยและผู้ดูแลให้รักษาความสะอาดและหลีกเลี่ยงการสัมผัสตา เพราะอาจนำเชื้อโรคเข้าสู่ตาได้ สอบถามการมองเห็น มองเห็นยังไม่ชัดเจน ความสามารถในการมองเห็นตาขวา HM ตาซ้าย 20/40 ดูแลพูดคุยให้กำลังใจ ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลพูดคุยกับผู้ป่วยข้างเตียงได้ ด้วยสีหน้าแจ่มใสขึ้น วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.4-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 78-80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง /นาที ความดันโลหิต 100 /60 –120/80 มิลลิเมตรปรอท ขณะดูแลพบปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาล**

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **1. มีการติดเชื้อที่กระจกตา**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. ตาขวา เปลือกตาบวม แดง ลืมตาได้เล็กน้อย เยื่อบุตาแดงทั้งลูกตา กระจกตาเป็นฝ้าขาว มีหนองเต็มช่องหน้าของม่านตา<br>2. สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/64 มิลลิเมตรปรอท<br>3. ผลการตรวจตาขวา gram stain few leukocyte, KOH few septate hyphae | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ประเมินสภาพตาที่บ่งถึงภาวะติดเชื้อทุกครั้งที่เช็ดตาหรือหยอดตาเช่นเปลือกตาบวมมาก สีขี้ตา ผิดปกติ แผลกระจกตากว้างขึ้น มีหนองในช่องหน้าม่านตา ปวดตารุนแรง รายงานแพทย์ ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล การเช็ดตา หยอดยา ใช้หลัก Aseptic technique ทุกครั้ง โดยหยอดตา Fort ceftazidime ed RE ทุก 1 ชั่วโมง Fort vancomycin ed RE ทุก 1 ชั่วโมง และ Fort Amphotericin B ed RE ทุก 1 ชั่วโมง Itracornazone (100 mg) 2 เม็ด วันละ 2 เวลา หลังอาหารเช้าและเย็น เช็ดตาวันละ 2 ครั้งหรือเมื่อมีขี้ตา ก่อนหยอดยาถ้ามีขี้ตาต้องเช็ดตาก่อนทุกครั้ง แนะนำการปฏิบัติตัว เช่น ห้ามขยี้ตา ไม่ให้น้ำเข้าตาไม่ทาแป้งบริเวณใบหน้า |

| | |
|---|---|
| 4. WBC count 12,000 cells/mm$^3$ Neutrophil 84% | หลีกเลี่ยงการนอนตะแคงข้างที่เป็นขึ้นข้างบน วิธีการรับยาหยอดตาที่มีประสิทธิภาพ แนะนำการรับประทานที่ส่งเสริมการหายของแผล ได้แก่ ผักใบเขียวและผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะและยาส่งเสริมการหายของแผลกระจกตา ได้แก่ Ceftriaxone 2 gm iv ODประเมินอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินการติดเชื้อของร่างกาย ดูแล unit care และ hygiene care เพื่อลดการสะสมเชื้อโรค<br>**การประเมินผล**<br>หลังได้รับการรักษาพยาบาล เปลือกตายุบบวม แดง มี discharge สีแดงจาง ๆ ไม่ปวดตา ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC count 9,800 cells/mm$^3$ Neutrophil 76% |
| **2. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดตาข้างขวา**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. ผู้ป่วยบอกว่าปวดตาข้างขวามาก<br>2. แสดงสีหน้าไม่แจ่มใส<br>3. ตาขวามีแผลที่กระจกตา ตาขาวแดงมีขี้ตาสีเหลือง ผู้ป่วยขอยาแก้ปวด บ่นนอนไม่หลับ<br>4. สัญญาณชีพ ชีพจร 98 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 150/90 มิลลิเมตรปรอท<br>5. Pain scale = 8 | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ประเมินพฤติกรรมความเจ็บปวดจากสีหน้า และคำบอกเล่า และ Pain scale ผู้ป่วยมีอาการปวดตา พิจารณาให้ยา Paracetamal (500 mg) 1 tab พร้อมทั้งประเมินอาการภายหลังให้ยา ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนที่เตียง เพื่อลดการกระทบกระเทือน และบรรเทาปวด หยอดตาด้วย Fort ceftazidime ed RE ทุก 1 ชั่วโมง Fort vancomycin ed RE ทุก 1 ชั่วโมง และ Fort Amphotericin B ed ทุก 1 ชั่วโมง Itracornazone (100mg) 2 เม็ด วันละ 2 เวลา หลังอาหารเช้าและเย็น จัดสภาพแวดล้อมไม่ให้มีสิ่งรบกวนผู้ป่วยมากเกินไปเช่น แสง เสียง อุณหภูมิ ยุง ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลโดยเฉพาะตาข้างขวา ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา เพื่อลดการอักเสบติดเชื้อส่งผลให้อาการปวดลดลง ได้แก่ Ceftriaxone 2 gm iv OD และติดตามอาการข้างเคียงภายหลังได้รับยา เช่น ผื่นคัน คลื่นไส้ อาเจียน<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยบ่นปวดตาลดลง Pain scale = 3-4 ผู้ป่วยแสดงสีหน้าผ่อนคลายลง นอนหลับผักผ่อนได้ 6 ชั่วโมงไม่มีอาการอ่อนเพลีย สัญญาณชีพ ชีพจร 68 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท |
| **3. อาจเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มหรือของมีคมบาด**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ตาข้างขวาปิดตาไว้ ตาข้างซ้ายการมองเห็นลดลง | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ปรับระดับเตียงให้ต่ำ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถขึ้นลงเตียงได้สะดวก ล้อเตียงสามารถล็อคได้เพื่อป้องกันการเลื่อนของเตียงขณะขึ้นลงเตียง และยกไม้กั้นเตียงขึ้นเมื่อนอนพักผ่อน เพื่อป้องกันการพลัดตกเตียงได้ ให้คำแนะนำก่อนลุกจากเตียงให้ลงยืนให้มั่นคงก่อนที่จะออกเดิน เนื่องจากตาขวามองเห็นลดลง การมองเห็นจะเปลี่ยนไปอาจเกิดอุบัติเหตุได้ แนะนำสถานที่อุปกรณ์ต่าง ๆ ภายใน หอผู้ป่วย รวมทั้งการใช้ห้องน้ำห้องส้วม ดูแลจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น ดูแลพื้นห้องและห้องน้ำผู้ป่วยไม่ให้เปียกลื่น ขจัดสิ่งกีดขวางที่จะเป็นอันตรายกับผู้ป่วย ดูแลให้มีแสงสว่างเพียงพอ ดูแลจัดของใช้ที่จำเป็นของผู้ป่วยไว้ใกล้มือ หยิบใช้ได้ง่าย แนะนำไม่ให้ใช้ของมีคมและไม่วางของมีคมไว้ใกล้ ไม่เร่งรีบผู้ป่วยในขณะทำกิจวัตรประจำวัน และให้ญาติช่วยดูแลในการทำกิจกรรมอย่างใกล้ชิด<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มหรือของมีคมบาด ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอุบัติเหตุได้ถูกต้อง |
| **4. ผู้ป่วยวิตกกังวลกลัวมองไม่เห็น**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. ผู้ป่วยถามว่าตาข้างขวาจะมองเห็นเหมือนเดิมหรือเปล่า และจะหายเป็นปกติไหม<br>2. ผู้ป่วยบอกว่ากลัวการรักษาของแพทย์และไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย พูดคุยกับผู้ป่วยอย่างเป็นกันเอง ซักถามปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และมีความมั่นใจในการตรวจรักษาจากแพทย์และพยาบาล อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคที่เป็นและแผนการรักษาของแพทย์ อธิบายถึงประโยชน์ของการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและผลเสียของความกลัว และความวิตกกังวลซึ่งมีผลต่อ |

| | |
|---|---|
| 2. ผู้ป่วยบอกว่าปวดหัว นอนหลับๆ ตื่นๆ สังเกตเห็นผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น | การหายของโรค อธิบายเหตุผลของการพยาบาลทุกครั้งที่ให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกับความเป็นจริง ให้โอกาสซักถามข้อข้องใจ ตอบข้อซักถามของผู้ป่วยและญาติด้วยถ้อยคำที่เข้าใจง่าย แนะนำสถานที่และกฎระเบียบต่าง ๆ ของโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยเข้าใจถึงโรคที่เป็น เข้าใจขั้นตอนการรักษาของแพทย์ ตอบคำถามเกี่ยวกับการรักษาและปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง คลายความวิตกกังวล สีหน้าสดชื่นขึ้น พักผ่อนนอนหลับตอนกลางวันได้ มีความมั่นใจในการรักษาของแพทย์ เซ็นใบยินยอมการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล |
| **5. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. ผู้ป่วยสอบถามว่า ต้องหยอดยานานแค่นั้น<br>2. เมื่อสอบถามถึงการปฏิบัติตัวตอบได้ไม่ถูกต้อง | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวต่อที่บ้านดังนี้ ไม่ก้มหน้า และเงยหน้ามาก ถ้าต้องการสระผมให้นอนหงายแล้วให้ญาติช่วยสระผม ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดหน้า และไม่ผัดแป้งบริเวณใบหน้า ระมัดระวังไม่ให้น้ำ ฝุ่น ควันหรือสิ่งสกปรกต่าง ๆ เข้าตา อาบน้ำโดยวิธีตักอาบ โดยอาบน้ำตั้งแต่คอลงไป เพื่อป้องกันน้ำเข้าตาข้างที่เป็น ไม่นวดบริเวณรอบ ๆ ดวงตา ไม่ขยี้ตา และระมัดระวังไม่ให้อะไรมากระแทกตา รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายให้ครบ 5 หมู่ เช่น เนื้อปลา ผักบุ้ง ส้ม นม ระมัดระวังไม่ให้ท้องผูก โดยดื่มน้ำและรับประทานผักผลไม้มาก ๆ เช่น ฝรั่ง ส้ม ถ้า ท้องผูกไม่เบ่งถ่ายอุจจาระแรง ๆ ใช้ฝาครอบตาเวลานอนทุกครั้ง เพื่อป้องกันการขยี้ตาหรือโดนกระแทกตาจนกว่าจะมาตรวจตามแพทย์นัด ตอนเช้าให้แกะฝาครอบออกทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่ ล้างออกด้วยน้ำสะอาด แล้วผึ่งในร่มให้แห้ง หลังจากนั้นใช้ฝาครอบตาอันใหม่ครอบหลังจากเช็ดตา หยอดตาแล้ว ควรสวมแว่นกันแดดป้องกันแสงจ้า ลม หรือ ฝุ่นละอองเมื่อออกนอกบ้าน ไม่ควรอุ้มเด็กหรือเล่นกับเด็กและสัตว์เลี้ยง เช่น แมว สุนัข เพราะอาจถูกตาได้ ระมัดระวังอุบัติเหตุต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การหกล้ม เดินชนสิ่งกีดขวางและการกระทบกระเทือนบริเวณดวงตา ใบหน้า หรือ สวมแว่นหรืออุปกรณ์ป้องกันขณะตัดใบตอง ต้นกล้วย มาตรวจตามแพทย์นัดตามเวลาถ้ามีอาการผิดปกติเช่น ปวดตามากรับประทานยาแก้ปวดแล้วไม่หาย มีขี้ตามากตาแดงมาก ตาพร่ามัวลงว่าเดิม ควรรีบมาพบแพทย์ ไม่ต้องรอให้ถึงนัด หยอดตา และรับประทานยาให้ครบตามแผนการรักษาของแพทย์ สอนพร้อมทั้งสาธิตวิธีการหยอดตาที่ถูกต้องตามเทคนิคปลอดเชื้อ ให้แก่ผู้ป่วยและญาติให้ลองฝึกปฏิบัติ ให้ข้อมูลในการปลูกถ่ายกระจกตาเพื่อให้การมองเห็นกลับมาดีขึ้น<br>**การประเมินผล**<br>หลังจากได้รับคำแนะนำแล้ว ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามพยาบาลและหยอดตาได้ถูกต้อง สีหน้าคลายวิตกกังวล มีความมั่นใจมากขึ้น การมองเห็นดีขึ้น ไม่ต้องปลูกถ่ายกระจกตา |

## สรุปและอภิปรายผล

แผลที่กระจกตาเป็นภาวะที่เยื่อบุหรือเนื้อเยื่อของกระจกตามีการแตกแยกหรือฉีกขาดหรือถูกทำลายลึกกว่าชั้นอิพิธีเลียม มักเกิดจากสาเหตุอุบัติเหตุเป็นส่วนใหญ่ ทำให้เกิดการแตกแยกหรือฉีกขาด ส่งผลให้มีการอักเสบและติดเชื้อของกระจกตาได้ หากได้รับการดูแลรักษาถูกต้องความก้าวหน้าของโรคจะทุเลาลงเมื่อหายแล้วจะเกิดเป็นแผลเป็น ทำให้เห็นเป็นจุดขาวบนตาดำในตำแหน่งที่เป็นแผลเป็น ในรายที่ได้รับการรักษาไม่ถูกต้อง หรือไม่ได้รับการรักษาหลายวัน จะเกิดการติดเชื้อที่มีความก้าวหน้าของโรคลุกลามไปสู่ม่านตาและซิเลียรีบอดี้ได้ เนื่องจากชั้นเอนโดธีเลียม ของกระจกตาติดต่อกับเอนโดธีเลียมของม่าน

ตาและซิเลียรีบอดี้ ทำให้ม่านตาและซิเลียรีบอดี้อักเสบตามมาด้วย อาจทำให้เกิดกระจกตาทะลุ ยังผลให้เชื้อโรคกระจายไปทั่วลูกตาที่เรียกว่า Endophthalmitis[1]

การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ เป็นการบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้น และที่สำคัญเพื่อป้องกันภาวะตาบอด พยาบาลต้องให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำซ้อน และป้องกันตาบอดถาวร โดยประเมินอาการติดเชื้อ ได้แก่ มีขี้ตาเป็นหนอง ระคายเคืองเพิ่มมากขึ้น ตาแดงมากขึ้น ต่อมน้ำเหลืองโตบริเวณหน้าหู นอกจากนี้ยังต้องเน้นย้ำผู้ป่วยและผู้ดูแลให้รักษาความสะอาด และหลีกเลี่ยงการสัมผัสตา เพราะอาจนำเชื้อโรคเข้าสู่ตาได้ เมื่อผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่ตาแล้วพบปัญหาที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างมาก คืออาการเจ็บปวด จะต้องประเมินความเจ็บปวดและความรุนแรง เพื่อให้การพยาบาล การให้ยาแก้ปวดและยาหยอดตาจะช่วยให้กล้ามเนื้อม่านตาหดเกร็งน้อยลง เป็นการบรรเทาปวด แต่ผู้ป่วยจะไม่ค่อยสุขสบายและรำคาญจากการได้รับหยอดตาทุก 1 ชั่วโมง ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาและความจำเป็นที่ต้องได้รับหยอดตาบ่อย ๆ ทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี[3,4] นอกจากจะให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของจักษุแพทย์แล้ว ปัจจัยที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคให้สงบได้ คือการให้การพยาบาลทางด้านจิตใจของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับสภาวะของโรค มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีความอดทนและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา เนื่องจากโรคแผลกระจกตาเป็นโรคตาที่ร้ายแรงมาก จะมีการทำลายเนื้อกระจกตาไปเรื่อย ๆ ผู้ป่วยมักจะทุกข์ทรมานใช้เวลาในการรักษานาน บางรายอาจต้องผ่าตัดเอาตาออก (Enucleation) เนื่องจากการติดเชื้อลุกลามและตาข้างนั้นสูญเสียการมองเห็นแล้ว และไม่สามารถควบคุมหรือกำจัดเชื้อโรคได้ด้วยวิธีอื่น ทั้งนี้เพื่อยับยั้งให้เชื้อโรคลุกลามเข้ากระแสเลือดหรือเข้าสมอง จากอาการเจ็บป่วยยังส่งผลต่อสภาพจิตใจเป็นอย่างมาก พยาบาลได้ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และช่วยหาแนวทางช่วยเหลือและแสดงให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่า มีความยินดีที่ให้การช่วยเหลืออย่างเต็มที่ จนผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลกับอาการเจ็บป่วยน้อยลง[4]

**ข้อเสนอแนะ**

1. พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับโรคแผลกระจกตา การติดเชื้อของลูกตาเพื่อให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะควรมีความรู้เรื่อง กายวิภาคของตา พยาธิสภาพของโรค ยาหยอดตาที่เหมาะสมกับโรค ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อสามารถประเมินสภาพความรุนแรงของโรคและรายงานแพทย์ได้ทันท่วงที

2. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยควรได้รับการส่งเสริมอบรมฟื้นฟูการดูแลผู้ป่วยโรคตา การช่วยเหลือ และเน้นให้เห็นความสำคัญของการดูแลตาอย่างสม่ำเสมอ

3. ควรมีการจัดทำแนวทางการดูแล และมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่ตา

4. ควรจัดทำเอกสารแผ่นพับโรคแผลกระจกตา ภาวะลูกตาติดเชื้อ เพื่อเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชนทั่วไป

## เอกสารอ้างอิง

1. วิศรุตา วุฑฒยากร. แผลติดเชื้อที่กระจกตาที่จำเป็นต้องรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พ.ศ.2555-2559. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 2562, 16(3), 69- 79.
2. Tangpagasit W, Reanpinyawat T. Out-come of Urgent Penetrating Keratoplasty for Corneal Ulcer at Thammasat University Hospi-tal. J Med Assoc Thai 2016, 99(1), 6.

3. วรวุฒิ จันทร์เพ็ง. การเตรียมผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2566;16(2): 17-31.
4. กนกวรรณ หอมจันทนากุล. การพยาบาลผู้ป่วยแผลกระจกตาที่ได้รับการปลูกถ่ายกระจกตา : กรณีศึกษาโรงพยาบาลพยาบาลขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2565; 7(2): 17-31.

# กลยุทธ์การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

# Strategies for developing routine to research for public health personnel under Mueang Ubon Ratchathani District Public Health Office, Ubon Ratchathani Province.

(Received: April 17,2024 ; Revised: April 27,2024 ; Accepted: April 28,2024)

**วุฒิชัย ลิมปิทีปราการ**[1]
**Wutthichai Limpiteeprakan**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากลยุทธ์การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 130 คน กลุ่มเป้าหมายในการสนทนา จำนวน 15 คน กลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการประเมินกลยุทธ์ฯ จำนวน 17 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองกลยุทธ์ฯ จำนวน 50 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย SWOT Analysis การสนทนากลุ่ม แบบประเมินกลยุทธ์ และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired Samples t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามกลยุทธ์การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี นำไปปฏิบัติ พบว่า ภายหลังการพัฒนากลยุทธ์ ฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนากลยุทธ์ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CL =8.61-6.23, t = 98.04, P < 0.001) ความพึงพอใจต่อกลยุทธ์ฯ อยู่ในระดับมาก ( $\overline{X}$ =4.48, SD=0.32) กลุ่มตัวอย่างมีศักยภาพในการวิจัย สามารถเสนอโครงร่างวิจัยซึ่งมาจากปัญหาในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 100.00

**คำสำคัญ :** การวิจัย, การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย, โครงร่างการวิจัย, กลยุทธ์

**Abstract**

The objective of this action research was to study to develop strategies for developing routine work to research for public health personnel under Khong Chiam District Public Health Office. The sample group consisted of 130 public health personnel, the target group for discussion was 15 people, the group of experts in strategy evaluation was 17 people, and the sample group used to experiment with the strategy was 50 people. by simple random sampling. Tools used in the research include SWOT Analysis, group discussion. Strategy evaluation forms and questionnaires. Data were analyzed using ready-made computer programs. Using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation, Paired Samples t-test, and content analysis.

The research results found that: Results of operations according to the strategy for developing routine work to research put it into practice and found that after developing the strategy, the sample group had knowledge about conducting research better than before the strategy was developed. Statistically significant (95%CL =8.61-6.23, t = 98.04, P < 0.001). Satisfaction with the strategy at a high level ( $\overline{X}$ =4.48, SD=0.32) ,the sample group has research potential, able to propose a research Proposal based on operational problems 100.00 percent

**Keywords:** research, routine to research, research proposal, strategy

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

**บทนำ**

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดกรอบแนวคิดระบบสุขภาพ (The WHO Health System Framework) 6 องค์ประกอบ (Six Building Blocks) ได้แก่ 1) ภาวการณ์นำและการอภิบาล 2) การเงิน 3) บุคลากรด้านสุขภาพ 4) ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี 5) สารสนเทศ และการวิจัย 6) การให้บริการ โดยที่สารสนเทศและการวิจัย เป็น 1 ใน 6 องค์ประกอบ (Six Building Blocks) ตามกรอบแนวคิดระบบสุขภาพที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อการพัฒนางานสาธารณสุขขององค์กร เป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนางานบริการ ควบคู่ไปกับการ พัฒนาศักยภาพของบุคลากรภายในองค์กร ใช้กระบวนการในการสร้างแรงบันดาลใจให้เกิดแนวคิดที่จะพัฒนาคุณภาพงานภายใต้ความรับผิดชอบของตนเองให้ดีขึ้น โดยใช้หลักฐานทางวิชาการและการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเป็นระบบ ให้เกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการเป็นหลัก

การพัฒนางานประจำสู่การวิจัย (Routine to Research: R2R) เป็นเครื่องมือที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานในตัวบุคคลและในองค์กร การพัฒนางานประจำสู่การวิจัยเริ่มต้นจากการเปลี่ยนแปลงเล็กๆ ของคนหน้างานเพื่อพัฒนาการทำงานประจำที่ทำให้เกิดประโยชน์อย่างมากที่จะส่งผลไปสู่สังคม การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนางานบริการ ควบคู่ไปกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรภายในองค์กร ใช้กระบวนการในการสร้างแรงบันดาลใจให้เกิดแนวคิดที่จะพัฒนาคุณภาพงานภายใต้ความรับผิดชอบของตนเองให้ดีขึ้น โดยใช้หลักฐานทางวิชาการและการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเป็นระบบ มุ่งให้เกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการเป็นหลัก และการสร้างความรู้จากงานประจำได้รับการกำหนดเป็นหนึ่งในเกณฑ์การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลทั่วประเทศของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ซึ่งยอมรับว่าการวิจัยจากงานประจำเป็นเครื่องมือสำคัญของการพัฒนา[1] ในวงการสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย เป็นกลไกที่เข้าไปปรับกระบวนการทำงานประจำ โดยนำงานวิจัยเข้าไปรังสรรค์คุณค่าให้แก่งานประจำ กระตุ้นให้ผู้ทำงานพัฒนางานให้ดีขึ้น ซึ่งการทำงานแบบเดิม ๆ มักจะถูกกำหนดนโยบายการทำงานมาจากผู้บริหารหรือการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารองค์กรเป็นหลัก แต่ R2R จะทำให้ผู้ทำงานทุกระดับได้มีส่วนแลกเปลี่ยนข้อมูลโดยเฉพาะได้นำองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นเข้าไปเสริมให้งานประจำมีคุณค่าสูงขึ้น คนหน้างานได้รับเกียรติและการยอมรับมากขึ้น ลักษณะผลได้ดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานตระหนักถึงการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้คน องค์กร ชุมชน และจิตวิญญาณว่า เป็นสิ่งสำคัญมาก ซึงบุคลากรสาธารณสุขจำเป็นต้องร่วมกันสร้างความเชื่อมโยงเหล่านี้ทั้งหมด ขณะที่บุคลากรที่ยังไม่มีความเข้าใจก็จะรู้สึกอึดอัดกับการทำงานเช่นนั้น แต่เมื่อมีการนำ R2R เข้ามาใช้ได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น เห็นคุณค่าของตัวเองมากขึ้น โดยหัวใจสำคัญคือ “บุคลากรสาธารณสุขต้องไม่มองการรักษาความเจ็บป่วยว่าเป็นเพียงแค่การบำบัดโรคอย่างเดียว แต่ต้องมองว่าเป็นเรื่องสุขภาวะ ที่รวมไปถึงสังคมและจิตวิญญาณด้วย” R2R เป็นการวิจัยที่ทำให้งานประจำเป็นงานสร้างความรู้หรือทำให้งานที่ทำอยู่มีคุณค่า ได้รับการพัฒนาแก้ไขปัญหาในงานที่ทำ นอกจากนั้น R2R ทำให้ผู้ทำวิจัยประเภทนี้เกิดปัญญา มีความภาคภูมิใจในตนเอง[2] บุคคลสำคัญที่จะทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินการได้คือ หัวหน้างานหรือผู้บริหาร (Chief Knowledge Officer) และ ผู้ที่จุดประกายความคิดและสามารถเชื่อมโยง กระตุ้นให้บุคคลอื่นที่ ต้องการใช้ความรู้มาดำเนินงานด้วยกัน (Facilitator) ซึ่งในหน่วยงานที่มีบุคคลดังกล่าวแล้วจะสามารถ กระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถตั้งปัญหาจากงานประจำในพื้นที่นั้น เมื่อทำวิจัยเพื่อแสวงหาแนวทาง แก้ปัญหาแล้วจะต้องมีการวัดผลว่า การวิจัยสามารถแก้ไขปัญหาได้หรือไม่เพียงใด และมีการนำกระบวนการวิจัยดังกล่าวมาใช้ประโยชน์ในการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลต่างๆ ทำให้หน่วยบริการสุขภาพสามารถ เพิ่มขีดความสามารถในการแก้ไขปัญหาการให้บริการหลายพื้นที่[3]

การวิจัยแบบ R2R เป็นกระบวนการจัดการความรู้ที่สนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายได้ใช้ศักยภาพของตนเองและกลุ่ม ในการพัฒนางานวิจัย รวมทั้งการที่วิทยากรมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุข และมีประสบการณ์ในการวิจัยด้านสาธารณสุข รวมทั้งการคำนึงถึงความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่ ต้องการสนับสนุนให้กำลังใจ ให้เกียรติซึ่งทำให้กลุ่มเป้าหมายมีแรงจูงใจในการทำการวิจัย และสิ่งที่สำคัญที่สุดคือ การวิจัย R2R ให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจผู้ป่วย ผู้รับบริการ เห็นคุณค่าของตนเองและทีมงานสุขภาพเพราะปัญหาจากการวิจัยได้จากงานที่ทำประจำและแนวทางแก้ไขปัญหาเกิดจากการคิดวิเคราะห์ร่วมกันอย่างมีระบบและมีข้อมูลสนับสนุน ทำให้การบริการสุขภาพได้รับการพัฒนาซึ่งผู้ที่จะได้ประโยชน์ที่สุดคือ ประชาชนนั่นเอง[4] แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าบุคลากรสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี โดยในปี 2556 มีการดำเนินการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยปัจจุบัน ตามรูปแบบและความถนัดของแต่ละบุคคล มีการจัดส่งผลงานวิชาการสู่เวทีวิชาการไม่มากเท่าที่ควร จากการสำรวจเบื้องต้น (Pilot Study) พบปัญหาสำคัญคือ 1) ขาดความรู้ความเข้าใจในเทคนิคการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย 2) ขาดประสบการณ์ในการดำเนินการวิจัย 3) ขาดงบประมาณและการสนับสนุนที่เพียงพอจากหน่วยงานต้นสังกัด ข้อเสนอแนะคือ 1) ควรจัดทำโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย โดยมีพี่เลี้ยงสอนงาน (Mentor) 2) ผู้บริหารควรให้ความสำคัญและสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย 3) ควรมีเวทีนำเสนอผลงานวิจัยที่สามารถเข้าถึงได้มากยิ่งขึ้น 4) ควรมีการจัดทำฐานข้อมูลงานวิจัย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษากลยุทธ์การพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานีให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อศึกษาบริบทการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อพัฒนากลยุทธ์การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อประเมินผลกลยุทธ์การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี โดยการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานพัฒนางานประจำของบุคลากรสาธารณสุขก่อนและหลังการนำกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการ

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis และ McTaggart (1991)[5] โดยใช้กระบวนการดำเนินการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ 1) ขั้นวางแผน (Planning) 2) ขั้นปฏิบัติการ (Action) 3) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และ 4) ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) มีรายละเอียดดังนี้

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาบริบทพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี เป็นบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จำนวน 130 คน

กลุ่มเป้าหมายในการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนากลยุทธ์การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง

อุบลราชธานี เป็นผู้บริหาร ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาบุคลากร และผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการและการวิจัย จำนวน 15 คน

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการประเมินกลยุทธ์การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ นักวิชาการ/อาจารย์ผู้สอนด้านการสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ด้านการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรหรือกำหนดนโยบายพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 17 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองกลยุทธ์การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี ในปี พ.ศ.2565 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ Program G Power ได้ขนาดตัวอย่าง 45 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า ( (Inclusion Criteria) 1) เป็นบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี 2) มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย 3) ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

เกณฑ์การคัดออก ( (Exclusion Criteria) ขอถอนตัวออกจากการวิจัย 1) ขอถอนตัวจากการวิจัย 2) ย้ายสถานที่ทำงานไปจังหวัดอื่น โดยไม่สามารถติดต่อได้

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. แบบวิเคราะห์กลยุทธ์การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้ SWOT Analysis[6]

2. แนวคำถามในการสนทนาแบบมีส่วนร่วม (Discussion (ORID) Method) เพื่อพัฒนากลยุทธ์การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

3. แบบประเมินกลยุทธ์การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

4. แบบสอบถาม 3 ส่วน ประกอบด้วย

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา ตำแหน่ง บทบาท/หน้าที่ ประสบการณ์ทำวิจัย การอบรมเกี่ยวกับการทำวิจัย ประเด็นการวิจัยที่สนใจ เหตุผลในการทำวิจัยครั้งนี้ รูปแบบการเสริมสร้างทักษะการวิจัยที่ต้องการ

2) ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูก ให้ 1 คะแนน

ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

การตัดสินระดับความรู้

ระดับความรู้สูง หมายถึง มีระดับคะแนนตั้งแต่ 70% ขึ้นไป

ระดับความรู้ปานกลาง หมายถึง มีระดับคะแนนระหว่าง 50 - 69%

ระดับความรู้ต่ำ หมายถึง มีระดับคะแนนน้อยกว่า 50%

3) ข้อเสนอแนะทั่วไป

5. แบบประมินความพึงพอใจต่อพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้คือ

5 = มากที่สุด หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

4 = มาก หมายถึง พึงพอใจมาก

3 = ปานกลาง หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

2 = น้อย หมายถึง พึงพอใจน้อย

1 = น้อยที่สุด หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

การวัดระดับความพึงพอใจในการวิจัยครั้งนี้ใช้เกณฑ์และการแปลความหมายค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ ดังนี้[7]

ช่วงคะแนนและแปลความหมายค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 4.51 – 5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.51 – 4.50 หมายถึง พึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.51 – 3.50 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.51 – 2.50 หมายถึง พึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 – 1.50 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

6. แบบประเมินผลการวิจัย เป็นแบบกรอกข้อมูลรายงานผลการดำเนินการวิจัยของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

การตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ใช้เทคนิค IOC (Index of Item Objective Consistency) การตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสาธารณสุขสังกัด สสอ.เขื่องใน จำนวน 30 คน นำผลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) 1) แบบทดสอบความรู้เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก มีค่าคะแนน 0 กับ 1 ทำการทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีการของ Kuder-Richardson 20 : KR-20 2) แบบสอบถามความพึงพอใจ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า ทำการหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการ Cronbach Alpha's coefficient [7]

**ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย**

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning)

1) วิเคราะห์กลยุทธ์การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัด สสอ.g,nv' จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้ SWOT Analysis

2) สร้างกลยุทธ์การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัด สสอ.เมือง จังหวัดอุบลราชธานี

3) ประเมินและพัฒนากลยุทธ์การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัด สสอ.เมือง จังหวัดอุบลราชธานี

4) จัดทำแผนปฏิบัติการตามกลยุทธ์ฯ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติ (Action)

ดำเนินการตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ กลยุทธ์การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัด สสอ.เมือง จังหวัดอุบลราชธานี

1) ประชุมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาสมรรถนะด้านการวิจัยแก่บุคลากรสาธารณสุข

2) สร้างเครือข่ายนักวิชาการ/นักวิจัย ที่สามารถเป็นพี่เลี้ยงการทำวิจัย

3) พัฒนาศักยภาพนักวิจัยพี่เลี้ยง

4) ส่งเสริมการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ และการสอนงานแบบมีพี่เลี้ยงมุมกลับ (Mentor Reverse) 4.1) การออกแบบการวิจัย/พัฒนาโครงร่างวิจัย 4.2) การสร้างและพัฒนาคุณภาพเครื่องมือวิจัย 4.3) การเก็บรวบรวมข้อมูล 4.4) การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย 4.5) การเขียนรายงานการวิจัย 4.6) การเผยแพร่งานวิจัย 4.7) การนำผลงานวิจัย/ R2R ไปใช้ประโยชน์/การจัดทำผลงานทางวิชาการ

ขั้นตอนที่ 3 สังเกตการณ์ (Observation)

ใช้วิธีการสังเกต ติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะ เก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ โดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึกการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) การคืนข้อมูล และ ถอดบทเรียน

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้**

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติ ดังนี้

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และความพึงพอใจ ก่อนและหลังการพัฒนากลยุทธ์ โดยใช้ Paired Samples t-test

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)

**จริยธรรมในการวิจัย**

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนในการขอจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2565-181 ลงวันที่ 4 พฤศจิกายน 2565

**ผลการวิจัย**

1. บริบทการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี เป็นเพศชาย จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 18.46 และเป็นเพศหญิง จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 81.54 อายุระหว่าง 37 – 51 ปี มากที่สุด จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 65.38 อายุเฉลี่ย 44.85 ปี ส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาสูงสุด คือ ปริญญาตรี จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 87.69 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 44.62 มีประสบการณ์ทำวิจัย มากที่สุด จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 65.38 โดยเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย (สัดส่วนร้อยละ 60)จำนวน 30 เรื่อง และเป็นผู้ร่วมโครงการวิจัย (สัดส่วนน้อยกว่าร้อยละ 60) จำนวน 72 เรื่อง ไม่เคยอบรมเกี่ยวกับการทำวิจัย จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 60.80 เคยอบรมการทำวิจัย จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 39.23 รูปแบบการเสริมสร้างทักษะการวิจัยที่ต้องการมากที่สุด การสอนงานโดยระบบพี่เลี้ยง (Mentor) จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากเพื่อนร่วมงาน จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 18.46 ประเด็นการวิจัยที่สนใจมากที่สุด คือ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 16.92 และประเด็นผู้สูงอายุ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 14.62 รูปแบบการทำวิจัยที่สนใจมากที่สุดคือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 32.31 เหตุผลในการทำวิจัยครั้งนี้ คือ เพื่อพัฒนางานประจำ จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 24.62 และ พัฒนาทักษะ/องค์ความรู้ในการทำวิจัย จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 กลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุข สังกัด สสอ.เมือง มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยระดับปานกลาง มากที่สุด จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 56.92 รองลงมา มีความรู้ระดับต่ำ จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 33.08 และมีความรู้ระดับสูง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 คะแนนสูงสุดคือ 30 คะแนน คะแนนต่ำสุด 8 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 15.44 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม 1) ควรมีการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขด้านการทำวิจัย 2) ควรมีคณะทำงาน/ที่ปรึกษาด้านการทำวิจัย/ผลงานวิชาการ ที่มีความรู้ ประสบการณ์ในการทำวิจัย และมีความเป็นกัลยาณมิตร 3) ควรสนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย และ 4) ผู้บริหารองค์กรควรส่งเสริมและสนับสนุนการทำวิจัย และR2R

1.2 สภาพปัจจุบันในการดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข ของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า รูปแบบการดำเนินงานยังไม่ชัดเจน เป็นการดำเนินงานตามความสนใจและความถนัดของบุคลากร ตามประเด็นที่สนใจ ปัญหาที่พบคือบุคลากรบางส่วนไม่มีประสบการณ์ในการทำวิจัย

ขาดความรู้และทักษะ ประกอบกับภาระงานประจำ ทำให้ไม่มีเวลาในการทำวิจัยที่ไม่ใช่งานนโยบาย

2. ผลการพัฒนากลยุทธ์การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

2.1 กระบวนการจัดทำกลยุทธ์การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัด สสอ.เมือง จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วยขั้นตอนหลัก 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดความจำเป็นในการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัด สสอ.เมือง ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์/ประเมินองค์กรโดยใช้ SWOT Analysis เพื่อกำหนดกลยุทธ์ในการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย และขั้นตอนที่ 3 ประเมินความเป็นไปได้ในการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ

2.2 กลยุทธ์การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ ได้แก่ กลยุทธ์ที่ 1พัฒนาศักยภาพบุคลากร ให้มีขีดความสามารถทางวิชาการและการวิจัยสร้างองค์ความรู้ นวัตกรรมสุขภาพ กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนางานประจำสู่งานวิจัยด้วยระบบพี่เลี้ยงแบบมุมกลับ (Reverse Mentoring) กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพด้านวิชาการ ของบุคลากรสาธารณสุขให้เชี่ยวชาญ ทันสมัย สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3 ผลการประเมินความเหมาะสมเป็นไปได้ และเป็นประโยชน์ของกลยุทธ์ฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.63, S.D.=0.35) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านกระบวนการดำเนินงานตามกลยุทธ์ ($\overline{X}$ =4.88, S.D.=0.62) รองลงมาคือกิจกรรม/โครงการตามกลยุทธ์ ($\overline{X}$ =4.53, S.D.=0.51) และเมื่อพิจารณารายละเอียดของกลยุทธ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ปรากฏว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.47 – 4.88 อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดทุกรายการ ซึ่งเกณฑ์การพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญต้องได้ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นไม่น้อยกว่า 3.51 จึงจะถือว่าผ่านการพิจารณาในประเด็นดังกล่าว สรุปได้ว่า กลยุทธ์การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีความเหมาะสม เป็นไปได้ เป็นประโยชน์ และผ่านเกณฑ์การประเมินทุกรายการ

3. ผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามกลยุทธ์การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

3.1 จากการนำกลยุทธ์การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

กิจกรรมที่ 1 พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัยแก่บุคลากรสาธารณสุข

1) มีการจัดประชุมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อจัดตั้งคณะกรรมการในการดำเนินงาน

2) จัดทำแผนปฏิบัติการและโครงการในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อขออนุมัติ

3) ดำเนินการอบรมพัฒนาศักยภาพนักวิจัยแก่บุคลากร

กิจกรรมที่ 2 สร้างเครือข่ายนักวิชาการ/นักวิจัย ที่สามารถเป็นพี่เลี้ยงการทำวิจัย ได้นักวิจัยพี่เลี้ยง จำนวน 10 คน และนักวิจัยน้องเลี้ยง จำนวน 50 คน

กิจกรรมที่ 3 รวบรวมผลงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2560 – 2565 ผลงานวิจัยทั้งหมด 16 เรื่อง ปี 2566 ผลงานวิจัย/R2R ทั้งหมด 12 เรื่อง โดยมีโครงร่างวิจัยที่ต้องดำเนินการต่อเนื่องในปี 2566 จำนวน 50 เรื่อง จากนักวิจัยน้องเลี้ยงที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยด้วยกลยุทธ์พี่เลี้ยงมุมกลับ

กิจกรรรมที่ 4 ดำเนินการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยด้วยระบบพี่เลี้ยงแบบมุมกลับ (Reverse Mentoring)

4.1 พัฒนาศักยภาพนักวิจัยพี่เลี้ยงเลี้ยง จัดการประชุมและให้ความรู้บทบาทหน้าที่แก่ทีมพี่

เลี้ยง เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการเป็นนักวิจัยพี่เลี้ยง และแจ้งช่องทางในการเรียนรู้การวิจัยผ่าน E-learning และวางแผนแบ่งน้องเลี้ยงให้แก่พี่เลี้ยง

4.2 ส่งเสริมการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ และการสอนงานแบบมีพี่เลี้ยง มุมกลับ (Mentor Reverse) ดังนี้ การออกแบบการวิจัย/พัฒนาโครงร่างวิจัย การสร้างและพัฒนาคุณภาพเครื่องมือวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย การเขียนรายงานการวิจัย การเผยแพร่งานวิจัยการและการนำผลงานวิจัย/ R2R ไปใช้ประโยชน์การจัดทำผลงานทางวิชาการ

3.2 ผลการเปรียบเทียบความรู้ในการดำเนินการวิจัย ก่อนและหลังการพัฒนากลยุทธ์ ก่อนการพัฒนากลยุทธ์ กลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยระดับปานกลาง มากที่สุด จำนวน 31คน คิดเป็นร้อยละ 62.00 รองลงมา มีความรู้ระดับต่ำ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 34.00 และมีความรู้ระดับสูง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.00 หลังการพัฒนากลยุทธ์ กลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยระดับสูง มากที่สุด จำนวน 34คน คิดเป็นร้อยละ 68.00 และมีความรู้ระดับปานกลาง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 32.00 โดยพบว่า ภายหลังการพัฒนากลยุทธ์ ฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนากลยุทธ์ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CL =8.61-6.23, t = 98.04, P < 0.001)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย ก่อนและหลังการพัฒนากลยุทธ์ (n=50)

| **ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย** | $\overline{X}$ | S.D. | n | 95%CL | t | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ก่อนการพัฒนา | 15.62 | .29 | 50 | 8.61-6.23 | 12.49 | <0.001* |
| หลังการพัฒนา | 23.04 | .32 | 50 | | | |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 ความพึงพอใจต่อกลยุทธ์การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =4.48, SD=0.32) ข้อที่พึงพอใจมากที่สุดคือ ความพึงพอใจกับกระบวนตามกลยุทธ์พัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ($\overline{X}$ =4.64, SD=0.53) รองลงมาคือ ความพึงพอใจต่อวิธีการตามกลยุทธ์พัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ($\overline{X}$ =4.48, SD=0.61) และ พึงพอใจต่อวิทยากร/พี่เลี้ยงในการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ($\overline{X}$ =4.64, SD=0.53) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ พึงพอใจในการติดตามความก้าวหน้าการพัฒนางานวิจัยเพื่อพัฒนากลยุทธ์พัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี อุบลราชธานี ($\overline{X}$ =4.28, SD=0.61)

3.4 ผลการดำเนินการวิจัยของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีศักยภาพในการวิจัย โดยสามารถเสนอโครงการวิจัยซึ่งมาจากปัญหาในการปฏิบัติงาน โดยเสนอโครงร่างวิจัยทั้งหมด ร้อยละ 100.00 ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ร้อยละ 20.00 เขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ ร้อยละ 80.00 ส่งบทความวิจัยเผยแพร่ ร้อยละ 75.00 ได้รับการตอบรับตีพิมพ์/เผยแพร่ผลงานวิชาการ ร้อยละ 66.67

**สรุปและอภิปรายผล**

งานวิจัยเรื่อง กลยุทธ์การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานีผู้วิจัยได้นำประเด็นสำคัญที่ควรนำมาอภิปรายผลดังนี้

กลยุทธ์การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ ได้แก่ กลยุทธ์ที่ 1พัฒนาศักยภาพบุคลากร ให้มีขีดความสามารถทางวิชาการและการวิจัยสร้างองค์ความรู้ นวัตกรรมสุขภาพ กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนางานประจำสู่งานวิจัยด้วยระบบพี่เลี้ยงแบบมุมกลับ (Reverse Mentoring) กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพด้านวิชาการ ของบุคลากรสาธารณสุขให้เชี่ยวชาญ ทันสมัย สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ อธิบายได้ว่า กลยุทธ์ฯ พัฒนาขึ้นจากการศึกษาบริบทการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี และพัฒนากลยุทธ์โดยการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 15 คน ผลการประเมินความเหมาะสม เป็นไปได้ และเป็นประโยชน์ โดยผู้เชี่ยวชาญ 17 คน อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.63, S.D.=0.35) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า กลยุทธ์ฯ มีความสอดคล้องกับบริบทและความต้องการในการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข จะเห็นได้จากผลการวิจัยที่พบว่า รูปแบบการเสริมสร้างทักษะการวิจัยที่บุคลากรต้องการมากที่สุด การสอนงานโดยระบบพี่เลี้ยง (Mentor) ร้อยละ 50.00 และเมื่อทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยพบว่ามีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 56.92 และ มีความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 33.08 สอดคล้องกับผลการศึกษาของพันทะนาม ลัดสะจัก (2560)[8] ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านการพัฒนางาน ประจำสู่งานวิจัย : กรณีศึกษาแขนงข้อมูลข่าวสารทรัพยากรธรรมชาติ แขวงคำม่วน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว 1 พบว่า 3.1) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรหลังการใช้ยุทธศาสตร์เท่ากับร้อยละ 80.22 ซึ่งมากกว่าก่อนการใช้ยุทธศาสตร์ที่คะแนนเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 38.46 3.2) เจตคติเกี่ยวกับการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรหลังการใช้ยุทธศาสตร์ดีกว่าก่อนการใช้ยุทธศาสตร์ 3.3) หลังการใช้ยุทธศาสตร์บุคลากรทุกคนร่วมการทำโครงการวิจัยเรื่องการเสริมสร้างศักยภาพในการออกโฉนดที่ดินของแขนงข้อมูลข่าวสารทรัพยากรธรรมชาติ แขวงคำม่วน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พบว่า หลังอบรมสูงกว่าก่อนอบรม

ผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามกลยุทธ์การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จากการนำกลยุทธ์การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี ไปปฏิบัติ กิจกรรมที่ 1 พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัยแก่บุคลากรสาธารณสุข กิจกรรมที่ 2 สร้างเครือข่ายนักวิชาการ/นักวิจัย ที่สามารถเป็นพี่เลี้ยงการทำวิจัย ได้นักวิจัยพี่เลี้ยง จำนวน 4 คน และนักวิจัยน้องเลี้ยง จำนวน 50 คน กิจกรรมที่ 3 รวบรวมผลงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2560 – 2564 ผลงานวิจัยทั้งหมด 16 เรื่อง ปี 2565 ผลงานวิจัย/R2R ทั้งหมด 12 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างมีศักยภาพในการวิจัย โดยสามารถเสนอโครงการวิจัยซึ่งมาจากปัญหาในการปฏิบัติงาน โดยเสนอโครงร่างวิจัยทั้งหมด ร้อยละ 100.00 ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ร้อยละ 20.00 เขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ ร้อยละ 80.00 ส่งบทความวิจัยเผยแพร่ ร้อยละ 75.00 ได้รับการตอบรับตีพิมพ์/เผยแพร่ผลงานวิชาการ ร้อยละ 66.67 มีโครงร่างวิจัยที่ต้องดำเนินการต่อเนื่องในปี 2566 จำนวน 50 เรื่อง จากนักวิจัยน้องเลี้ยงที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยด้วยกลยุทธ์พี่เลี้ยงมุมกลับ กิจกรรรมที่ 4 ดำเนินการพัฒนางานประจำสู่

งานวิจัยด้วยระบบพี่เลี้ยงแบบมุมกลับ (Reverse Mentoring) โดยพบว่า ภายหลังการพัฒนากลยุทธ์ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนากลยุทธ์ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CL =8.61-6.23, t = 98.04, P < 0.001) ความพึงพอใจต่อกลยุทธ์ฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\overline{X}$ =4.48, SD=0.32) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นพวรรณ ธีระพันธ์เจริญ (2559)[9] ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาศักยภาพการวิจัย R2R ของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัด พระนครศรีอยุธยา พบว่า หลังการอบรม กลุ่มตัวอย่างมีศักยภาพในการวิจัย โดยสามารถเสนอโครงการวิจัยซึ่งมาจากปัญหาในการปฏิบัติงาน กำหนดวัตถุประสงค์ สมมติฐานการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย สถิติที่ใช้ในการทำวิจัยแบบ R2R ของ หน่วยงานตนได้ตามเป้าหมาย และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ นันทไชย และฐาปนีย์ ธรรมเมธา (2558) ศึกษาการพัฒนาชุดฝึกอบรม เรื่อง การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย สำหรับบุคลากรสายสนับสนุน คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า 1) ประสิทธิภาพของชุดฝึกอบรมเรื่องการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย สำหรับบุคลากรสายสนับสนุน คณะวิศวกรรมศาสตร์ มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 80.33/84.11 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ 2) ผลการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์หลังการอบรมด้วยชุดฝึกอบรมสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 3) ผู้เข้าอบรมมีความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมโดยชุดฝึกอบรมเรื่องการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.44 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.2 อธิบายได้ว่า ระบบพี่เลี้ยง (Mentoring System) เป็นระบบที่พี่เลี้ยงดูแล ช่วยเหลือสนับสนุน และให้คำปรึกษากับบุคลากรที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า ส่วนพี่เลี้ยงมุมกลับ (Reverse Mentoring) เป็นการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ระหว่างพี่เลี้ยงกับน้องเลี้ยง มีข้อดีหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นการให้มุมมองที่สำคัญเกี่ยวกับการคิดเชิงกลยุทธ์ ภาวะผู้นำ แนวความคิด และค่านิยมในสถานที่ทำงาน ในการวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการพี่เลี้ยงมุมกลับในการแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ในการทำวิจัยและ R2R ในลักษณะการให้คำปรึกษา (Consulting) พี่เลี้ยงในองค์กรเป็นผู้มีประสบการณ์ มีความชำนาญ เชี่ยวชาญด้านการทำวิจัยเป็นพิเศษ จะสามารถถ่ายทอดความรู้และให้คำปรึกษาแนะนำ ซึ่งเป็นความรู้หรือทักษะเฉพาะ ให้กับน้องเลี้ยงได้รับรู้ แล้วนำไปประยุกต์ใช้หรือปรับเปลี่ยนการทำงาน เปิดโอกาสให้คนรุ่นใหม่ และรุ่นเก่าแบ่งปันมุมมองด้านต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจที่ดียิ่งขึ้น และขจัดทัศนคติเดิม ๆ ที่ไม่ถูกต้องออกไป[10]

**ข้อเสนอแนะจากการนำผลการวิจัยไปใช้**

1. ควรมีการประชุมชี้แจงให้บุคลากรสาธารณสุขทุกคนได้เข้าใจ รับรู้ เห็นความสำคัญและเห็นกระบวนพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย เพื่อกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการพัฒนางานประจำให้มีแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ควรนำกลยุทธ์การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะด้านการวิจัยให้แก่บุคลากรสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. ควรนำกลยุทธ์ระบบพี่เลี้ยงมุมกลับไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข ด้านอื่นๆ เช่น งานบริหาร งานการเงินการบัญชี ที่ต้องอาศัยการสอนงานระหว่างบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ

4. ควรส่งเสริมการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยสำหรับบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพ

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรศึกษารูปแบบการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้

2. ควรศึกษาประสิทธิผลของการสอนงานแบบพี่เลี้ยงมุมกลับ

3. สร้างพลังอำนาจให้บุคลากรสาธารณสุขให้มีความมั่นใจในการทำวิจัย

## เอกสารอ้างอิง

1. ประภัสสร สุรวัฒนาวรรณ. (2556). R2R : Routineto Research.วารสารเพื่อการวิจัยและพัฒนาองค์การเภสัชกรรม. 16(2), 2-3
2. จรวยพร ศรีศศลักษณ์. คุณค่าการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข; 2552: 3(1),138-152.
3. เชิดชัย นพมณีจำรัสเลิศ. (2557). R2R เสริมพลัง สร้างคุณภาพ สู่สุขภาวะ. กรุงเทพฯ: บริษัทสหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด
4. นพวรรณ ธีระพันธ์เจริญ. (2559). การพัฒนาศักยภาพการวิจัย R2R ของบุคลากรสาธารณสุขใน จังหวัด พระนครศรีอยุธยา. วารสารวิจัยและพัฒนาวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 11(2) (พฤษภาคม – สิงหาคม 2559), 205-214
5. Kemmis S , & McTaggart R. (1988). The Action Research Planer (3 ed.). Victoria: Deakin University.
6. สมยศ นาวีการ. (2544). การบริหารเชิงกลยุทธ์. กรุงเทพฯ : สำหนักงานพิมพ์บรรณกิจ.
7. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2555). การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย : คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
8. พันทะนาม ลัดสะจัก, สำราญ กำจัดภัย.(2560). ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านการพัฒนา งานประจำสู่งานวิจัย : กรณีศึกษาแขนงข้อมูลข่าวสารทรัพยากรธรรมชาติแขวงคำม่วน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว.วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. 14 (65), 52-62. http://competency.rmutp.ac.th
9. นพวรรณ ธีระพันธ์เจริญ. (2559). การพัฒนาศักยภาพการวิจัย R2R ของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัด พระนครศรีอยุธยา. วารสารวิจัยและพัฒนาวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 11(2) (พฤษภาคม – สิงหาคม 2559), 205-214
10. ศุภวิทย์ ภาษิตนิรันดร์ และญาณี โชคสมงาม. (2564). KM knowledge management: ความรู้ในองค์กร คือ Big data ที่สำคัญที่สุด ศักยภาพในการแข่งขันด้วยกลยุทธ์การจัดการความรู้. กรุงเทพฯ: วิช กรุ๊ป (ไทยแลนด์).

# ECH Journal

of environmental and community health

VOL.9 NO.2 March - April 2024

# วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 มีนาคม – เมษายน 2567

ISSN : 2672-9717

PART III

**ECH JOURNAL**

**วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน**

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

**ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 มีนาคม – เมษายน 2567 VOL. 9 NO. 2 March – April 2024 Part 3**

**สารบัญ**

**รายงานการวิจัย** **หน้า**

**การพัฒนาคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์** ..... 592
จุฑารัตน์ จังโกฏิ

**ประสิทธิผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น** ..... 599
มนตรี ทองอินทร์ ,ปัทมา ล้อพงค์พานิชย์

**การพัฒนากระบวนการจัดบริการสุขภาพในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนภารกิจและยังไม่ถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม**..... 608
สุภัทร กตัญญูทิตา

**การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์** ..... 621
สุวมน โพนสาลี

**ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ Human papillomavirus ของสตรีในพื้นที่ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์** ..... 631
วราภรณ์ จันทร์รัตน์

**ประเมินผลโครงการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จังหวัดขอนแก่น** ..... 640
วาสนา ทิพเลิศ ,ธัญนัทน์ หีดขุนทด

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เป็นโรคสะเก็ดเงินได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงอาทิตย์เทียม : กรณีศึกษา** 648
แสงเดือน จันทร์เพ็ญ

**ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี** ..... 659
ภัทระ ศุภโชติชัย

**การประเมินผลการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย** ..... 668
เกษศิริ เจือจันทึก

**การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเยื่อบุโพรงมดลูกร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา** ..... 676
รุ่งนภา ปฏิพันธ์

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉิน: กรณีศึกษา** ..... 684
วันวิสา จันทร์อิน

**การรับรู้ พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ และระดับกิจกรรมทางกายของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสุโขทัยในช่วงสถานการณ์ฝุ่น PM2.5** ..... 692
นนทลี สันตินิยม ,ธีรวิทย์ อินต๊ะปัญญา ,ชัชชานนท์ พูลสวัสดิ์ ,ศักดาวุฒิ กาศวิบูลย์ ,ปทิตตาท์ วงศ์แสงเทียน และวศิน ยะวงศ์

**ผลของการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก** ..... 704
โฉมพิไล นันทรักษา ,ภัทรา วัฒนพันธุ์ ,รุ่งทิวา ชอบชื่น

**ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และดัชนีมวลกาย ของวัยผู้ใหญ่ในจังหวัดสุโขทัย** ..... 709
ธีรวิทย์ อินต๊ะปัญญา ,นนทลี สันตินิยม ,วศิน ยะวงศ์ ,ศักดาวุฒิ กาศวิบูลย์ และปทิตตาท์ วงศ์แสงเทียน

**การประเมินผลโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น** ..... 717
พงษ์ศักดิ์ ทรัพย์ศิลาทอง

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อกระจกระยะสุกงอมร่วมกับมีภาวะความดันลูกตาสูง: กรณีศึกษา 2 ราย** ..... 724
นุชนาฏ ทิมสูงเนิน

**การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานี** ..... 733
สกาวเดือน มงคลสุคนธรัก ,อมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล ,อาภา ศรีสร้อย

**ผลการพัฒนาแนวทางเพื่อการป้องกันการติดเชื้อมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บ** ..... 741
**กนกอร ทองสุข**

**ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง** ..... 747
เฉลิม เกตุพงษ์พันธุ์

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 มีนาคม – เมษายน 2567 VOL. 9 NO. 2 March – April 2024 **Part 3**

สารบัญ

**รายงานการวิจัย** **หน้า**

**ประสิทธิผลของโปรแกรมการเพิ่มความรอบรู้ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สำหรับผู้เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านคลองเจริญสุข อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว** ..... 755
เรียม แก้วประดับ

**การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว: กรณีศึกษา** ..... 764
สุกัญญา รื่นสุข

**การพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม** ..... 772
วิทยา บุตรสาระ

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับการมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด: กรณีศึกษา** ..... 781
อนงค์ สง่าเนตร

**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น** 789
กัญญวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์

**การพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม** ..... 797
วิทยา บุตรสาระ

**คุณภาพการให้บริการที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย** 808
จุฑามาศ หลวงโคตร ,ขวัญกัลยา ปุนนา

**การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภายใต้การบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการและระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข โดยทีมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย COVID Alert Team** ..... 816
พชรวรรณ คูสกุลรัตน์ ,กาญจนา จันทะนุย

**ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น** ..... 830
สุรศักดิ์ เจริญคุณ

**การพัฒนาแนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย** ..... 836
ลักขณา สุวรรณรอด

**ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร** ..... 848
วนิดา กาสุริย์

**ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม** ..... 860
ปิยานุช งานหมั่น ,ชนะพล ศรีฤาชา ,วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา

**การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น** ..... 872
ศิริโสภา ภูสีน้ำ ,วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา ,นฤมล สินสุพรรณ

# บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ทีเกี่ยวข้องการการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้นโดย ชมรมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 6 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – กุมภาพันธ์, มีนาคม – เมษายน, พฤษภาคม – มิถุนายน, กรกฎาคม – สิงหาคม – กันยายน, ตุลาคม, พฤศจิกายน – ธันวาคม ของทุกปี

สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 26 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มีนาคม – เมษายน 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การขนส่งพัสดุทางบกขนาดย่อมภายในประเทศที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม อัตราการเสียชีวิตในปีแรกและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก การเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤต การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก การเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดระหว่างรอตรวจ การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน การพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยวิกฤต การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด การสนทนากลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือด ความเข้มแข็งทางใจและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีเลือดออกในสมองและมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดร่วมกับมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ผู้ป่วยผ่าตัดระบายหนองบริเวณลำคอที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและมีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท อุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงร่วมกับมีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีโรคร่วม การพัฒนาระบบบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด ผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักที่รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายในต่อการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อการปฏิบัติบทบาทและความถูกต้องแม่นยำของการคัดแยก เครื่องมือแพทย์ที่ทำให้ปราศจากเชื้อโดยการนึ่งไอน้ำ ที่ห่อด้วย Non Woven พฤติกรรมและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน สัญญาณเตือน MEWS ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ห้องอุบัติเหตุ การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด การป้องกันโรคต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี การเคลื่อนไหวของข้อเข่าและความสามารถในการเดินของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม อาการเตือนและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระบบบริการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ คลินิกหู คอ จมูก การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยการวัดความสูงของระดับยอดมดลูก การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยง หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดและมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะโลหิตจางในระยะ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

# การพัฒนาคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
# Accounting quality development of community hospital Kalasin Provincial Public Health Office.

(Received: April 17,2024 ; Revised: April 27,2024 ; Accepted: April 28,2024)

**จุฑารัตน์ จังโกฏิ**[1]
**Jutharat Jangkote**[1]

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์และการพัฒนาคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน มกราคม 2567 ถึง เดือน มีนาคม 2567 รวม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้รับผิดชอบบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 17 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ สรุปผลการดำเนินงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ ได้แก่ งบการเงินของโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 17 แห่ง ประกอบด้วย 5 หมวด ดังนี้ หมวดที่ 1 สินทรัพย์ หมวดที่ 2 หนี้สิน หมวดที่ 3 ทุน หมวดที่ 4 รายได้ หมวดที่ 5 ค่าใช้จ่าย มีความถูกต้องปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 98.63 ปีงบประมาณ 2565 ร้อยละ 99.66 เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 1.03 และผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ มีการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านบัญชีเพื่อให้งบการเงินมีความถูกต้องครบถ้วน ของโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 17 แห่ง ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โดย มีการพัฒนาศักยภาพเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชีและผู้เกี่ยวข้องในการนำเข้าข้อมูลบัญชี มีการกำหนดเงื่อนไขในการส่งรายงานให้มีความชัดเจน ทันเวลา มีระบบเฝ้าระวังความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นจากโปรแกรมบัญชีที่ใช้ในปัจจุบัน

**คำสำคัญ :** คุณภาพบัญชี โรงพยาบาลชุมชน

## Abstract

This study was Action Research with the objective of studying the accounting quality of community hospitals under the Kalasin Provincial Public Health Office and developing the accounting quality of community hospitals under the Kalasin Provincial Public Health Office. The study period was between January 2024 and March 2024, a total of 3 months. The sample group included accountants of 17 community hospitals under the Kalasin Provincial Public Health Office. The tools used to collect data include summarizing operating results, Knowledge exchange and group interviews. Analyze data by content analysis, frequency, percentage, mean and standard deviation.

The results of the study found that the results of quantitative work included financial statements of community hospitals. Under the jurisdiction of the Kalasin Provincial Public Health Office, there are 17 locations, consisting of 5 categories as follows: Category 1 Assets, Category 2 Debts, Category 3 Capital, Category 4 Income, Category 5 Expenses, accurate for fiscal year 2021, 98.63 percent, fiscal year 2022, 99.66 percent. An increase of 1.03 percent from fiscal year 2021 and the achievement of qualitative work. The quality of accounting information is developed so that the financial statements are accurate and complete. of 17 community hospitals under the Kalasin Provincial Public Health Office, with potential

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

development to enhance knowledge and understanding Organize a forum to exchange knowledge Lessons learned from accounting practitioners and those involved in importing accounting data. Conditions for submitting reports are set to be clear and timely. There is a system to monitor errors that will occur from the current accounting program.

**Keywords:** accounting quality, community hospital

**บทนำ**

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่จัดทำแผนยุทธศาสตร์ ดำเนินการให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข กำกับดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขให้เป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานสาธารณสุขให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวง พัฒนาระบบสารสนเทศ งานสุขศึกษาและการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพ ปฏิบัติงานร่วมกับ หรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย ในเขตพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์และในบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของการกำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่ให้เป็นไปตามกฎหมาย[1] ส่วนหนึ่งที่สำคัญก็คือการบริหารการเงินและการคลังเป็นเรื่องต้องเกี่ยวข้องกับงานหลายด้านซึ่งต้องใช้ความรู้หลายสาขา เช่น การงบประมาณ (Budgeting) การรับ-จ่ายและการเก็บรักษา (Treasury Management) การบริหารภาษีอากร (Tax Administration) การบริหารหนี้ (Debt Administration) โดยจะต้องนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจากการจัดทำบัญชีไปใช้ในการบริหารงานด้านการเงินและการคลัง รวมทั้งการบริหารงานอื่นๆ การเงินการบัญชีและการกำหนดหลักการบัญชีภาครัฐถูกควบคุมโดยรัฐบาลเป็นนโยบายสำคัญในการใช้จ่ายเงินงบประมาณและยังเป็นการควบคุมทรัพยากรภาครัฐทำให้ทราบต้นทุนที่แท้จริงในการใช้ทรัพยากร สถานะทางการเงินที่ถูกต้อง ครบถ้วน ความเป็นสากล และโปร่งใสของข้อมูลทางบัญชี การตัดสินใจของผู้บริหารด้วยการใช้ข้อมูลทางบัญชีที่มีคุณภาพมากขึ้นทั้งในระดับหน่วยงานและระดับประเทศ ดังนั้นข้อมูลทางบัญชีจึงมีความสำคัญมากในการที่จะต้องมีการพัฒนาข้อมูลทางบัญชีให้มีคุณภาพการจัดทำให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน โปร่งใส ตรวจสอบได้ และผู้บริหารสามารถนำไปใช้ในการวางแผนได้อย่างถูกต้อง ทันเวลา เกิดประโยชน์สูงสุด[1,2]

ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์เป็นหน่วยงานที่ต้องปฏิบัติตามนโยบายการจัดทำบัญชีภาครัฐ โดยมีโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดที่ต้องกำกับ ติดตาม ประเมินผลและสนับสนุนงานด้านบัญชี จำนวน 17 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลแม่ข่าย (M2) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงขึ้นไป จำนวน 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลยางตลาด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ โรงพยาบาลสมเด็จ และโรงพยาบาลกมลาไสย โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 90-120 เตียง จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลหนองกุงศรี โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง(F2) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30-90 เตียง จำนวน 10 แห่ง คือ โรงพยาบาลนามน โรงพยาบาลร่องคำ โรงพยาบาลเขาวง โรงพยาบาลห้วยเม็ก โรงพยาบาลสหัสขันธ์ โรงพยาบาลคำม่วง โรงพยาบาลท่าคันโท โรงพยาบาลห้วยผึ้ง โรงพยาบาลนาคู และโรงพยาบาลสามชัย โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก(F3) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง คือ โรงพยาบาลฆ้องชัย และโรงพยาบาลดอนจาน[3]

จากการดำเนินการในปีงบประมาณ 2564 ข้อมูลทางบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 17 แห่ง มีผลคะแนนจากการตรวจสอบคุณภาพบัญชี

ณ 30 กันยายน 2564 พบว่ามีความถูกต้องตามเกณฑ์เพียงร้อยละ 98.63 ซึ่งมีความจำเป็นจะต้องมีการพัฒนาคุณภาพทางการบัญชีให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 100 % จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาด้านการจัดทำบัญชีพบปัญหา ดังนี้ 1) การบันทึกบัญชีไม่ถูกต้อง ตามคู่มือบัญชี กรอบการบันทึกบัญชี หรือนโยบายบัญชี 2) การส่งข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่นำมาบันทึกบัญชีมีความล่าช้า ไม่ถูกต้อง 3) เครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติงาน โปรแกรมบัญชีสำเร็จรูปที่ใช้บันทึกบัญชีในปัจจุบันใช้งานมานานไม่มีการพัฒนาทำให้มีความคลาดเคลื่อนในการนำข้อมูลเข้าบันทึกบัญชีไม่สามารถออกรายงานในบางรายงาน จะต้องดำเนินการในระบบ Manual 4) ผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชีมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน เนื่องจากการจัดทำบัญชีภาคสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขมีความซับซ้อนกว่าหน่วยงานอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุปราณี บัวขาว ได้ศึกษาการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดทำบัญชีของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ซึ่งพบปัญหาในการปฏิบัติงาน เช่น การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลระบบจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลและการเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น (อปท.) ไม่เป็นไปตามกำหนดระยะเวลาการรับรู้เจ้าหนี้การค้าไม่เป็นไปตามนโยบายการรับรู้เจ้าหนี้การค้าการทอนเงินผิดพลาด การกำหนดสิทธิการรักษาไม่ชัดเจน การเรียกเก็บและติดตามทวงถามหนี้ซ้ำ หนังสือติดตามทวงหนี้ไม่ถึงมือผู้รับ เอกสารการเรียกเก็บหนี้ไม่ถูกต้องชัดเจน การจ่ายเงินค่าตอบแทน หรือ P4P ผิดคน การเบิกจ่ายค่าตอบแทนล่าช้า การวิเคราะห์รายงานผิดพลาด การส่งรายงานไม่ทันตามกำหนด การบันทึกบัญชีผิดพลาด เอกสารสำคัญสูญหายและได้รับเอกสารทางการเงินช้า เป็นต้น สาเหตุอาจเกิดจากผู้รับผิดชอบขาดความรู้ความเข้าใจและขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน จำนวนบุคลากรมีไม่เพียงพอหรือเปลี่ยนแปลงบ่อย[4]

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ จึงได้ดำเนินการศึกษา การพัฒนาคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อการแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไป

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษาคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

**วิธีการวิจัย**

การพัฒนาคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน มกราคม 2567 ถึง เดือน มีนาคม 2567 รวม 3 เดือน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนาคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

1.1 การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่มาของคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

1.2 การกำหนดปัญหาและแนวทางแก้ไขคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

1.3 การดำเนินการตามการพัฒนาคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

1.4 การสรุปถอดบทเรียนการพัฒนาคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ สรุปผลการดำเนินงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม

**ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย**

1. ศึกษาทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านบัญชี

2. การพัฒนาคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

2.1 การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่มาของคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

2.2 การกำหนดปัญหาและแนวทางแก้ไขคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

2.3 การดำเนินการตามการพัฒนาคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

2.4 การสรุปถอดบทเรียนการพัฒนาคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ การพัฒนาคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วยการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่มาของคุณภาพบัญชี การกำหนดปัญหาและแนวทางแก้ไขคุณภาพบัญชี การดำเนินการตามการพัฒนาคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ และการสรุปถอดบทเรียนการพัฒนาคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการพัฒนาคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

**จริยธรรมการวิจัย**

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

**ผลการวิจัย**

1. วิเคราะห์สภาพปัญหาด้านการจัดทำบัญชีพบปัญหา ดังนี้

1.1 การบันทึกบัญชีไม่ถูกต้อง ตามคู่มือบัญชี กรอบการบันทึกบัญชี หรือนโยบายบัญชี

1.2 การส่งข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่นำมาบันทึกบัญชีมีความล่าช้า ไม่ถูกต้อง

1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติงานโปรแกรมบัญชีสำเร็จรูปที่ใช้บันทึกบัญชีในปัจจุบันใช้งานมานานไม่มีการพัฒนาทำให้มีความคลาดเคลื่อนในการนำข้อมูลเข้าบันทึกบัญชีไม่สามารถออกรายงานในบางรายงาน จะต้องดำเนินการในระบบ Manual

1.4 ผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชีมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน เนื่องจากการจัดทำบัญชีภาคสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขมีความซับซ้อนกว่าหน่วยงานอื่น

2. ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ ได้แก่ งบการเงินของโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 17 แห่ง ประกอบด้วย 5 หมวด ดังนี้ หมวดที่ 1 สินทรัพย์

หมวดที่ 2 หนี้สิน หมวดที่ 3 ทุน หมวดที่ 4 รายได้ หมวดที่ 5 ค่าใช้จ่าย มีความถูกต้องปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 98.63 ปีงบประมาณ 2565 ร้อยละ 99.66 เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 1.03

3. ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ มีการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านบัญชีเพื่อให้งบการเงินมีความถูกต้องครบถ้วน ของโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 17 แห่ง ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โดย มีการพัฒนาศักยภาพเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชีและผู้เกี่ยวข้องในการนำเข้าข้อมูลบัญชี มีการกำหนดเงื่อนไขในการส่งรายงานให้มีความชัดเจน ทันเวลา มีระบบเฝ้าระวังความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นจากโปรแกรมบัญชีที่ใช้ในปัจจุบัน

**สรุปและอภิปรายผล**

จากการศึกษา พบว่า สภาพปัญหาด้านการจัดทำบัญชี ดังนี้ 1) การบันทึกบัญชีไม่ถูกต้อง ตามคู่มือบัญชี กรอบการบันทึกบัญชี หรือนโยบายบัญชี 2) การส่งข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่นำมาบันทึกบัญชีมีความล่าช้า ไม่ถูกต้อง 3) เครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติงาน โปรแกรมบัญชีสำเร็จรูปที่ใช้บันทึกบัญชีในปัจจุบันใช้งานมานานไม่มีการพัฒนาทำให้มีความคลาดเคลื่อนในการนำข้อมูลเข้าบันทึกบัญชี ไม่สามารถออกรายงานในบางรายงานจะต้องดำเนินการในระบบ Manual 4) ผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชีมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน เนื่องจากการจัดทำบัญชีภาคสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขมีความซับซ้อนกว่าหน่วยงานอื่น สอดคล้องกันกับการศึกษาของสุปราณี บัวขาว[4] ได้ศึกษาการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดทำบัญชีของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ซึ่งพบปัญหาในการปฏิบัติงาน เช่น การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลระบบจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล และการเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น (อปท.) ไม่เป็นไปตามกำหนดระยะเวลาการรับรู้เจ้าหนี้การค้าไม่เป็นไปตามนโยบายการรับรู้เจ้าหนี้การค้าการทอนเงินผิดพลาด การกำหนดสิทธิการรักษาไม่ชัดเจน การเรียกเก็บและติดตามทวงถามหนี้ซ้ำหนังสือติดตามทวงหนี้ไม่ถึงมือผู้รับ เอกสารการเรียกเก็บหนี้ไม่ถูกต้องชัดเจน การจ่ายเงินค่าตอบแทน หรือ P4P ผิดคน การเบิกจ่ายค่าตอบแทนล่าช้า การวิเคราะห์รายงานผิดพลาด การส่งรายงานไม่ทันตามกำหนด การบันทึกบัญชีผิดพลาด เอกสารสำคัญสูญหายและได้รับเอกสารทางการเงินช้า เป็นต้น สาเหตุอาจเกิดจากผู้รับผิดชอบขาดความรู้ความเข้าใจและขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน จำนวนบุคลากรมีไม่เพียงพอหรือเปลี่ยนแปลงบ่อย และสอดคล้องกับการศึกษาของพนิตตา หงษาคำ[5] ได้ศึกษาประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู ปัญหาที่พบได้แก่ ปัญหาความเสี่ยงทางการเงินได้แก่ การขาดการติดตามประเมินผลสัมฤทธิ์และผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพของการบริหารระบบการเงินการคลังของโรงพยาบาลชุมชนที่เข้มงวด ขาดการตรวจสอบในเชิงลึกด้านการจัดเก็บรายได้-ค่าใช้จ่าย เป็นรายหมวด ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องดำเนินการอย่างรอบด้าน ทั้งในการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์และผลลัพธ์สุขภาพโดยรวมที่ผู้บริหารและกรรมการบริหารโรงพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการบริหารการเงินการคลัง ระเบียบกฎหมาย หลักเกณฑ์ต่างๆ และทำการวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงทางการเงินเพื่อนำข้อมูลมาใช้ประกอบการวางแผนระบบการเงินของโรงพยาบาล

จากสภาพปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการพัฒนาศักยภาพเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชีและผู้เกี่ยวข้องในการนำเข้าข้อมูลบัญชี มีการกำหนดเงื่อนไขในการส่งรายงานให้มีความชัดเจน ทันเวลา มีระบบเฝ้าระวังความ

ผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นจากโปรแกรมบัญชีที่ใช้ในปัจจุบัน[6] ส่งผลให้ งบการเงินของโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 17 แห่ง ประกอบด้วย 5 หมวด ดังนี้ หมวดที่ 1 สินทรัพย์ หมวดที่ 2 หนี้สิน หมวดที่ 3 ทุน หมวดที่ 4 รายได้ หมวดที่ 5 ค่าใช้จ่าย มีความถูกต้องปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 98.63 ปีงบประมาณ 2565 ร้อยละ 99.66 เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 1.03 และมีการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านบัญชีเพื่อให้งบการเงินมีความถูกต้องครบถ้วน ของโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 17 แห่ง ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีการพัฒนาศักยภาพเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชีและผู้เกี่ยวข้องในการนำเข้าข้อมูลบัญชี มีการกำหนดเงื่อนไขในการส่งรายงานให้มีความชัดเจน ทันเวลา มีระบบเฝ้าระวังความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นจากโปรแกรมบัญชีที่ใช้ในปัจจุบัน สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ชฎาภรณ์ ชื่นตา สาลี เวชกามา เพ็ญแข สอาดยิ่ง[7] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล จังหวัดยโสธร ผลการศึกษาพบว่า (1) การดำเนินงานด้านรายได้-ค่าใช้จ่ายจริงเทียบกับแผน ผ่านเกณฑ์มีรายได้น้อยกว่าแผนไม่เกินร้อยละ 5 มีค่าใช้จ่ายมากกว่าแผนไม่เกินร้อยละ 5 จำนวน 7 โรงพยาบาล (2) คุณภาพบัญชี และ (3) คุณภาพการบริหารการเงินการคลัง ผ่านเกณฑ์คะแนนการวัดได้ร้อยละ 80 ขึ้นไปจำนวน 8 โรงพยาบาล (4) ภาวะวิกฤติทางการเงินการคลัง ผ่านเกณฑ์ไม่วิกฤติระดับ 7 จำนวน 8 โรงพยาบาล และ (5) ต้นทุนบริการผ่านเกณฑ์ มีต้นทุนไม่เกินกลุ่มระดับบริการ จำนวน 7 โรงพยาบาล มีโรงพยาบาลผ่านทั้ง 5 เป้าหมายตัวชี้วัดจำนวน 4 โรงพยาบาล (ร้อยละ 44.44) คือ โรงพยาบาลยโสธร โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว โรงพยาบาลกุดชุม และโรงพยาบาลไทยเจริญ คณะกรรมการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารการเงิน-การคลังทุกกิจกรรมและระดับมากร้อยละ 36.45 และ 51.40 เห็นด้วยทุกกิจกรรมและระดับมากร้อยละ 65.42 และ 19.63 มีการดำเนินงานบริหารการเงินการคลังระดับดีมากและดีร้อยละ 10.30 และ 38.30 พบว่าการรับรู้และความคิดเห็นของคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดำเนินงานบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้ เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังส่งผลให้การบริหารงานการเงินการคลังของโรงพยาบาลมีคุณภาพในระดับหนึ่งและควรดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อที่คณะกรรมการบริหารการเงินการคลังจะนำความรู้ความเข้าใจไปบริหารจัดการการเงินการคลังให้มีคุณภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุปราณี บัวขาว[4] ได้ศึกษาการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดทำบัญชีของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ผลการศึกษา พบว่า ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ได้ทบทวนขั้นตอนการส่งรายงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เสมียนในตึกผู้ป่วย ฝ่ายสวัสดิการสังคม คลังพัสดุ เวชระเบียน และศูนย์คอมพิวเตอร์และได้มีการสร้างแบบฟอร์มเพื่อใช้ในการคัดกรองรายงานประเภทต่างๆ เช่น ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล รายได้ค่ารักษาพยาบาล เงินสด/เงินฝากธนาคาร รายได้อื่น ค่าใช้จ่าย การจัดเก็บเอกสาร วัสดุคงคลัง ที่ดิน อาคาร ค่าเสื่อมราคา และเจ้าหนี้/ค่าใช้จ่ายค้างจ่าย เป็นต้น เพื่อให้รายงานมีความถูกต้องครบถ้วนและสมบูรณ์ตามหลักเกณฑ์การจัดทำบัญชีที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ในการดำเนินงานที่ผ่านมาคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพบัญชี เขตสุขภาพที่ 8 ได้มีการตรวจสอบคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู และสรุปรายงานการตรวจสอบคุณภาพบัญชีหน่วยบริการ ปี พ.ศ. 2557 ถึงปี พ.ศ.2559 พบว่า มีหน่วยบริการที่เข้ารับการตรวจประเมินฯ จำนวน 86 แห่ง และฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาล

หนองบัวลำภู สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู มีผลการประเมินฯ อยู่ในระดับ A ตั้งแต่ปีพ.ศ.2557 ถึงปี พ.ศ.2559 ซึ่งในปัจจุบันโรงพยาบาลหนองบัวลำภู มีผลการประเมินฯ อยู่ในลำดับที่ 8 จากหน่วยบริการทั้งหมด 86 แห่ง คะแนนรวมคิดเป็นร้อยละ 98.48 อยู่ในระดับ A ซึ่งเป็นผลมาจากการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดทำบัญชีของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู เพื่อให้ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพบัญชี เขตสุขภาพที่ 8 ตามหลักเกณฑ์การจัดทำบัญชีที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้

**ข้อเสนอแนะ**

**ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้**

ในการพัฒนาคุณภาพบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรมีการศึกษาสภาพปัญหาด้านการจัดทำบัญชี คืนข้อมูลและมีการพัฒนาศักยภาพเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชีและผู้เกี่ยวข้องในการนำเข้าข้อมูลบัญชี มีการกำหนดเงื่อนไขในการส่งรายงานให้มีความชัดเจน ทันเวลา มีระบบเฝ้าระวังความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นจากโปรแกรมบัญชีที่ใช้ในปัจจุบัน

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

ควรส่งเสริมให้นำไปใช้กับงานประเภทอื่นที่ลักษณะใกล้เคียงกันในโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2560). รายงานคณะกรรมการพิจารณาปัญหาสถานะทางการเงินและปรับปรุงระบบการเงินและบัญชีของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
2. กรรณิการ์ เงินทอง.(2567). การศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการ การเงินการคลังของโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ปีงบประมาณ 2564 – 2566. วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2564). รายงานสถานการณ์การเงินการคลังของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เอกสารอัดสำเนา
4. สุปราณี บัวขาว.(2561). การเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดทำบัญชีของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 26(1). 48-55
5. พนิตตา หงษาคำ.(2564). ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 8(3). 1-12
6. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ.(2561). เกณฑ์ประเมินด้านการเงินการคลัง 5 ด้านสู่ความเป็น Smart Hospital. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
7. ชฎาภรณ์ ชื่นตา สาลี เวชกามา เพ็ญแข สอาดยิ่ง.(2560). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล จังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 26(2). 372-81

# ประสิทธิผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น

# Effect of rational drug use literacy development among high school students Sam Sung District, Khon Kaen Province.

(Received: April 10,2024 ; Revised: April 27,2024 ; Accepted: April 28,2024)

**มนตรี ทองอินทร์[1] ปัทมา ล้อพงค์พานิชย์[2]**
**Montri Thongain[1] Pattama Lophongpanit[2]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้มี 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 104 คน ขั้นตอนที่ 2 การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คนได้มาจากการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ คู่มือการจัดกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล แบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

ผลการวิจัย ขั้นตอนที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.20 มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับไม่เพียงพอ (ค่าเฉลี่ย 33.34 คะแนน, SD 7.22) ขั้นตอนที่ 2 ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 98 มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับไม่เพียงพอ (ค่าเฉลี่ย 30.78 คะแนน, SD 6.66) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 92.90 มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับเพียงพอ (ค่าเฉลี่ย 45.98 คะแนน, SD 3.26) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p$-value <0.001) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 95.20 มีความพึงพอใจระดับมาก

**คำสำคัญ:** ประสิทธิผล, ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

**Abstract**

This study is divided into two phases. The first phase was an exploratory study aimed at studying the level of rational drug use literacy in 104 high school students. The second phase was a quasi-experimental study with one group pretest - posttest design. 50 high school students volunteered to participate in the study. The research tools include rational drug use literacy development guidelines, rational drug use literacy assessment, and a satisfaction assessment form. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

The results of the first phase showed that 93.20% of the samples had insufficient knowledge about rational drug use literacy. ($\bar{x}$ 33.34, SD 7.22) as well as before participating in the program in the second phase. 98% of the samples had insufficient knowledge about rational drug use literacy. ( $\bar{x}$ 30.78, SD 6.66). After participating in the program, 92.90% of the samples had sufficient knowledge about rational drug use literacy. ( $\bar{x}$ 45.98, SD 3.26). The median scores of rational drug use literacy before and after participating in the program were significantly different statistically ($p$-value <0.001). 95.20% of the samples had a high level of satisfaction.

**Keyword:** effect, rational drug use literacy, high school students

[1] เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลซำสูง จังหวัดขอนแก่น
[2] พนักงานในสถาบันอุดมศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

**บทนำ**

ปัญหาเชื้อดื้อยาเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก มีสาเหตุจากการใช้ยาไม่สมเหตุผล[1] เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาดังกล่าว องค์การอนามัยโลก จึงแนะนำแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use) เป็นการใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้ที่มีคุณภาพมีประสิทธิผล สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ให้ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาและคำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยา ใช้ยาตามกรอบบัญชียาในราคาเหมาะสม คุ้มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ผู้รับบริการทุกคนสามารถใช้ยาได้อย่างเท่าเทียม[2]

ประเทศไทยเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ให้เป็นประเทศใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use country; RDU country) มุ่งจัดการระบบยาโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพ โดยสร้างการความมีส่วนร่วมของชุมชน หน่วยงานรัฐ และเอกชน ในการออกแบบระบบสุขภาพชุมชน มีระบบการเฝ้าระวัง เตือนภัย การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และมีความสามารถในการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย[3]

โรงพยาบาลอำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 นอกจากบริหารจัดการด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลแล้ว ยังได้จัดอบรมเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้กับประชาชนในชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แต่ยังไม่เคยพัฒนาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงเรียนมาก่อน จากการศึกษาสถานการณ์และบริบทในการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นไทย[4] พบว่า 1) วัยรุ่นไทยมีความสามารถในการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลสุขภาพน้อยเนื่องจากขาดทักษะขั้นพื้นฐานที่ใช้ในการสื่อสารทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ 2) วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในหลายรูปแบบ เช่น พฤติกรรมการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม อุบัติเหตุจราจร โรคอ้วน การเลือกใช้สินค้าและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย เป็นต้น 3) วัยรุ่นอยู่ในช่วงอายุที่มีความสนใจเรื่องภัยอันตรายทางสุขภาพน้อย เนื่องจากคิดว่าตนเองยังแข็งแรงดี จึงไม่ตระหนักถึงผลกระทบที่อาจตามมากับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของตน 4) วัยรุ่นไทยใช้เวลากับการสื่อสารออนไลน์ วันละหลายชั่วโมง ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถคิด วิเคราะห์ และแยกแยะข้อมูลที่ถูกต้อง ทั้งจากบนเว็บไซต์และจากเพื่อนนักเรียน และมีประสบการณ์ลองผิดลองถูกในการซื้อสินค้าและผลิตภัณฑ์สุขภาพทางออนไลน์มาใช้แล้วไม่ได้ผล บางกรณีอาจพบปัญหาทางด้านสุขภาพตามมา ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับบุคคลนั้น จากทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล [5,6]

ดังนั้น การสำรวจระดับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและประเมินประสิทธิผลการพัฒนาความรอบรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น ในครั้งนี้ จะทำให้ได้ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขยายผลจากนักเรียนสู่บุคคลในครอบครัว ให้ใช้ยาได้อย่างถูกวิธีเหมาะสมและช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากอาการดื้อยาและเสียชีวิตจากการใช้ยาไม่สมเหตุผล ต่อไป

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลการพัฒนาความรอบรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้กับนักเรียนชั้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น

**วิธีการศึกษา**

**ขั้นตอนที่ 1** การวิจัยเชิงสำรวจ ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น

ประชากร ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 262 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 104 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ย (กรณีทราบจำนวนประชากร)[7] โดยกำหนดค่าที่สำคัญ คือ จำนวนประชากร (N) เท่ากับ 262 คน ระดับความเชื่อมั่น (Confidence level) เท่ากับ 1.96 ระดับของความแปรปรวน (Degree of variability; $\sigma$ ) ได้จากการทบทวนวรรณกรรม[8] พบว่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เท่ากับ 21.41 คะแนน กำหนดให้ค่าความคลาดเคลื่อนของการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ร้อยละ 15 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 3.21 แทนค่าในสูตร

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

n = 103.67 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เคยใช้ยาปฏิชีวนะและ/หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น อาหารเสริม และ/หรือ ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม ตอบแบบสอบถามโดยสมัครใจ และผู้ปกครองอนุญาต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พัฒนาโดยตวงรัตน โพธะกุสาวดี เมลืองนนท์, เพ็ญกาญจน กาญจนรัตน, และ สมหญิง พุ่มทอง[9] ประกอบด้วยข้อคำถาม เกี่ยวกับ ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลยาและสุขภาพ ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลยาและสุขภาพ ความสามารถในการโต้ตอบ ซักถามหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลยาและสุขภาพกับบุคลากรด้านสาธารณสุข การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ การจัดการตนเองด้านการใช้ยาและดูแลสุขภาพ และ การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพ รวม 52 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนน

คะแนนรวมมากกว่า 41.5 – 52 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพียงพอ

คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 41.5 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไม่เพียงพอ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ (tryout) กับนักเรียนที่มีคุณลักษณะ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตร KR-20 เท่ากับ 0.752 – 0.876

การเก็บรวบรวมข้อมูล นักวิจัยติดประกาศและประชาสัมพันธ์ผ่านครูประจำชั้น รับสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้น เชิญผู้ปกครองและนักเรียนประชุมที่ห้องประชุมโรงเรียนเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย หลังจากให้เวลาตัดสินใจโดยอิสระแล้ว ผู้ปกครองที่อนุญาตให้นักเรียนเข้าร่วมโครงการวิจัยจะลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และทำแบบสอบถาม ส่งคืนผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบคำถาม

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ขั้นตอนที่ 2** การวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อน – หลัง (one groups pretest posttest design)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power เพื่อทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ t-test กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power analysis) = 0.95 ค่า $\alpha$ = 0.05 ประมาณค่าอิทธิพล (effect size) จากค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลก่อนและหลังการแทรกแซงที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม[10] ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 50 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 – 6 อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น มีอุปกรณ์ที่สามารถเชื่อมต่อออนไลน์กับ social media ได้ เช่น โทรศัพท์ แท็บเล็ต เป็นต้น เข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และผู้ปกครองอนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ได้ครบทุกกิจกรรม

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกโรงเรียน โดยการสุ่มอย่างง่าย ได้โรงเรียนซำสูงพิทยาคม ขั้นตอนที่ 2 ประกาศรับสมัครนักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมโดยสมัครใจตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือวิจัย

1. คู่มือการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ประยุกต์จากโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนกลุ่มวัยทำงาน[11]

2. แบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

3. แบบประเมินความพึงพอใจการใช้รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจำนวน 15 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบ Rating scale ตามรูปแบบของ Likert Scale โดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว มี 5 ระดับ คือ 1 พึงพอใจน้อยที่สุด ถึง 5 พึงพอใจมากที่สุด คะแนนอยู่ระหว่าง 15 – 75 คะแนน ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของเบสท์[12] เป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนรวม 15.00 – 35.00 ความพึงพอใจระดับต่ำ 35.01 – 55.00 ความพึงพอใจระดับปานกลาง และ 55.01 – 75.00 ความพึงพอใจระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. คู่มือการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับวัตถุประสงค์รายข้อระหว่าง 0.67 – 1.00

2. แบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ (tryout) กับนักเรียนที่มีคุณลักษณะ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตร KR-20 เท่ากับ 0.752 – 0.876

3. แบบประเมินความพึงพอใจ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ (tryout) กับนักเรียนที่มีคุณลักษณะ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.756

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดประกาศและประชาสัมพันธ์ผ่านครูประจำชั้น รับสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2. เชิญผู้ปกครองและนักเรียนที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยประชุมที่ห้องประชุมโรงเรียนเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย หลังจากให้เวลาตัดสินใจโดยอิสระแล้ว ผู้ปกครองที่อนุญาตให้นักเรียนเข้าร่วม

โครงการวิจัยจะลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. นักวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ทำแบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Pre test) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบ active learning ระยะเวลา 3 วัน ได้แก่

วันที่ 1 การให้ความรู้และฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูล บริการสุขภาพ การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

วันที่ 2 เสริมสร้างทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่ต้องการ ฝึกการวิเคราะห์แยกแยะและตัดสินใจเลือกวิธีการใช้ยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย

วันที่ 3 เสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล รวมทั้งการสื่อสารบอกต่อ แบ่งปันความรู้ให้กับผู้อื่น

4. หลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล นักวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ทำแบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Post test) ประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรม และให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงการจัดกิจกรรมในครั้งต่อไป

5. นักวิจัยและผู้ช่วยวิทยากร ประชุมหลังการจัดกิจกรรม เพื่อสรุปผลการจัดกิจกรรม อภิปรายปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และร่วมกันปรับปรุงกิจกรรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในครั้งต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และความพึงพอใจกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย เลขคณิต และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเข้าร่วมกิจกรรมด้วยสถิติเชิงอนุมาน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติเชิงอนุมาน พบว่ามีการแจกแจงข้อมูลไม่ปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test ในการวิเคราะห์ข้อมูล

**การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย**

งานวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ REC 003/2567

**ผลการศึกษา**

ขั้นตอนที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 104 คน ตอบแบบสอบถามครบถ้วน จำนวน 103 คน (ร้อยละ 99.04) อายุเฉลี่ย 16.65 ปี (SD 0.59 ปี) ร้อยละ 65 เป็นเพศหญิง และส่วนใหญ่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เท่ากับ 33.34 คะแนน (SD 7.22) ดังตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.20 มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับไม่เพียงพอ

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล N=103 คน

| หัวข้อการประเมิน | คะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล | | |
|---|---|---|---|
| | คะแนนเต็ม | คะแนนเฉลี่ย | SD |
| ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลยาและสุขภาพ | 8 | 6.50 | 1.76 |
| ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลยาและสุขภาพ | 10 | 5.88 | 2.34 |
| ความสามารถในการซักถามหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลยาและสุขภาพกับบุคลากรด้านสาธารณสุข | 7 | 4.07 | 2.07 |

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล N=103 คน

| หัวข้อการประเมิน | คะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล | | |
|---|---|---|---|
| | คะแนนเต็ม | คะแนนเฉลี่ย | SD |
| การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ | 11 | 5.48 | 2.39 |
| การจัดการตนเองด้านการใช้ยาและดูแลสุขภาพ | 10 | 8.50 | 1.82 |
| การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพ | 6 | 2.90 | 1.32 |
| ภาพรวมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล | 52 | 33.34 | 7.22 |
| | คะแนนต่ำสุด – สูงสุด เท่ากับ 11 – 46 คะแนน<br>96 คน (93.20) ระดับไม่เพียงพอ<br>7 คน (6.80) ระดับเพียงพอ | | |

ขั้นตอนที่ 2 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน เข้าร่วมกิจกรรมครบ 3 วัน จำนวน 42 คน (ร้อยละ 84) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.43 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.90 กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 รองลงมา ร้อยละ 28.57 กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 และ ร้อยละ 9.52 กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ตามลำดับ

ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเท่ากับ 30.78 คะแนน (SD 6.66) คะแนนต่ำสุด – สูงสุด เท่ากับ 11 – 43 คะแนน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 49 คน (ร้อยละ 98.00) มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับไม่เพียงพอ

หลังการเข้าร่วมกิจกรรม คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเท่ากับ 45.98 คะแนน (SD 3.26) คะแนนต่ำสุด – สูงสุดเท่ากับ 41 – 52 คะแนน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 39 คน (ร้อยละ 92.90) มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับเพียงพอ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระหว่างก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value <0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลรายด้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (N=42 คน)

| การทดสอบ | Median | IQR | Mean Rank | Wilcoxon Signed Ranks Test (Z) | *p*-value |
|---|---|---|---|---|---|
| ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลยาและสุขภาพ | | | | | |
| ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม | 7.00 | 2.00 | 11.21 | -3.526 | <0.001* |
| หลังเข้าร่วมกิจกรรม | 8.00 | 1.00 | 17.98 | | |
| ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลยาและสุขภาพ | | | | | |
| ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม | 5.00 | 4.00 | 11.00 | -5.376 | <0.001* |
| หลังเข้าร่วมกิจกรรม | 9.00 | 1.00 | 20.47 | | |
| ความสามารถในการซักถามหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลยาและสุขภาพกับบุคลากรด้านสาธารณสุข | | | | | |
| ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม | 3.00 | 3.00 | 11.45 | -3.862 | <0.001* |
| หลังเข้าร่วมกิจกรรม | 6.00 | 3.00 | 22.95 | | |
| การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ | | | | | |

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลรายด้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (N=42 คน)

| การทดสอบ | Median | IQR | Mean Rank | Wilcoxon Signed Ranks Test (Z) | *p*-value |
|---|---|---|---|---|---|
| ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม | 4.00 | 3.00 | 1.50 | -5.573 | <.001* |
| หลังเข้าร่วมกิจกรรม | 6.00 | 3.00 | 21.49 | | |
| การจัดการตนเองด้านการใช้ยาและดูแลสุขภาพ | | | | | |
| ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม | 9.00 | 2.00 | 8.00 | -4.257 | <0.001* |
| หลังเข้าร่วมกิจกรรม | 10.00 | 1.00 | 15.81 | | |
| การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพ | | | | | |
| ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม | 2.00 | 1.00 | 5.00 | -5.558 | <0.001* |
| หลังเข้าร่วมกิจกรรม | 5.50 | 2.00 | 22.33 | | |
| ภาพรวมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล | | | | | |
| ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม | 29.00 | 10.00 | 0.00 | -5.651 | <0.001* |
| หลังเข้าร่วมกิจกรรม | 45.50 | 6.00 | 21.50 | | |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการประเมินความพึงพอใจหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 95.20 มีความพึงพอใจระดับมาก และ ร้อยละ 4.80 มีความพึงพอใจระดับปานกลาง โดยข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ นักเรียนนำความรู้ที่ได้จากการทำกิจกรรมไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ (ค่าเฉลี่ย 4.45 SD 0.63) รองลงมาคือ การเข้าร่วมกิจกรรมทำให้นักเรียนมีทักษะใช้ยาได้อย่างปลอดภัย (ค่าเฉลี่ย 4.29 SD 0.67 และ รูปแบบการจัดกิจกรรม เช่น การแสดงบทบาทสมมติ การลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง เป็นต้น เหมาะสมกับระดับความรู้ความสามารถของนักเรียน (ค่าเฉลี่ย 4.24 SD) ตามลำดับ ข้อที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม (ค่าเฉลี่ย 3.86 SD 0.82) โดยมีข้อเสนอแนะว่าควรเพิ่มเวลาจัดกิจกรรมให้มากขึ้น

**สรุปและอภิปรายผล**

การศึกษาระดับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่าอยู่ในระดับไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของกมลรัตน์ นุ่นคง[13] ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนเพื่อความปลอดภัยจากการใช้ยาของประชาชนในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนมีความเชื่อเรื่องการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ประชาชนใช้ยาอย่างไม่ถูกต้องเหมาะสม ประชาชนขาดความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในบางประเด็น และ ประชาชนขาดการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Isler AO, Pamuk G, Aksoy H, & Ongel K [6] ศึกษาเรื่อง ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลอายุระหว่าง 18 – 65 ปี ที่มีผลต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาลงมา มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่เพียงพอ ถึงระดับต่ำ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐพล ผลโยน[8] ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ผลการศึกษา พบว่า

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 35.3 เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ได้รับการอบรมการใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของกมลรัตน์ นุ่นคง[13] พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล การใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสมและการมีส่วนร่วมของประชาชน สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐพล ผลโยน[10] ศึกษาเรื่อง การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม โดยใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผล สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนกลุ่มวัยทำงานของกองสุขศึกษา กรมสนับสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่าหลังการอบรม อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับดีมาก สูงกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**ข้อเสนอแนะ**

1. โรงเรียน ควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้กับนักเรียนในชั้นมัธยมศึกษา เพื่อให้มีทักษะด้านการใช้ยาได้อย่างปลอดภัย ลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น และลดความเสี่ยงจากการดื้อยา

2. การจัดกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในรูปแบบ active learning ระยะเวลา 3 วัน สามารถปรับเปลี่ยนเป็นการสอดแทรกในรายวิชาที่เกี่ยวข้องได้ตามความเหมาะสม

3. การวิจัยครั้งต่อไป ควรติดตามพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมและนำมาพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลต่อไป

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบคุณ นายแพทย์ชัยณรงค์ มงคลศรีสวัสดิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชำสูง ผู้สนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เภสัชกรชัญญรัชต์ นกศักดา นางอตินุช สุขสโมสร และเภสัชกร อารีย์ พิมพ์ดี ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย ผู้อำนวยการโรงเรียนชำสูงพิทยาคม และ โรงเรียนโนนโพธิ์ศรีวิทยาคม นักเรียนและบุคลากรทุกท่าน ที่ช่วยให้ข้อมูลเพื่อให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

## เอกสารอ้างอิง

1.Kshirsagar NA. Rational use of medicines: Cost consideration & way forward. Indian J Med Res 2016; 144(4): 502–05.

2.World Health Organization. Rational use [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 12]. Available from: https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/medicines-selection-ip-and-affordability/medicines-policy/rational-use

3.กลุ่มนโยบายแห่งชาติด้านยา. นโยบายประเทศใช้ยาอย่างสมเหตุผล [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 11 ธ.ค. 2566]; เข้าถึงจาก: https://ndi.fda.moph.go.th/drug_use/detail/201

4.กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดการเรียนรู้ในการเสริมสร้างทักษะเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: นิวธรรมดาการพิมพ์; 2562.

5.Abacıgil F, Turan SG, Adana F, Okyay P, & Demirci B. Rational Use of Drugs Among Inpatients and Its Association with Health Literacy. Meandros Med Dent J 2019; 20: 64–73.
6.Isler AO, Pamuk G, Aksoy H, & Ongel K. (2022). Health Literacy Levels of Individuals Between 18-65 Years Old and Its Effect on Rational Drug Use. Euras J Fam Med 2022; 11(2): 127–35.
7.ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์. การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ 2556; 16(2): 9-18.
8.ณัฐพล ผลโยน. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2566; 16(3): 333 – 47.
9.ตวงรัตน์ โพธะ, กุสาวดี เมลืองนนท์, เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์, และ สมหญิง พุ่มทอง. การพัฒนาเครื่องมือและประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
10. ณัฐพล ผลโยน. การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2566; 26(1): 89-100.
11. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
12. Best J. Research in Education. New Jersey: Prentice Hall, Inc, 1977.
13. กมลรัตน์ นุ่นคง. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนเพื่อความปลอดภัยจากการใช้ยาของประชาชน ในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2565.

# การพัฒนากระบวนการจัดบริการสุขภาพในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนภารกิจและยังไม่ถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม

# Development of the health service management process of the Subdistrict Health Promoting Hospital transferred to the Nakhon Pathom Provincial Administrative Organization.

(Received: April 13,2024 ; Revised: April 27,2024 ; Accepted: April 28,2024)

**สุภัทร กตัญญูทิตา**[1]
**Suphat Kathanyuthita**[1]

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา สถานการณ์ ความพร้อม และการพัฒนากระบวนการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 220 คน โดยเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนากระบวนการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานด้วยสถิติได้แก่ ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Dependent t – test และ F – test ด้วยเทคนิค One way ANOVA

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนากระบวนการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่านประกอบด้วย 6 กระบวนการ ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อม 2) การถ่ายทอดแนวคิดการดำเนินการถ่ายโอน 3) การประสานส่งมอบภารกิจ 4)การดำเนินการถ่ายโอน 5) การติดตามประเมินผล และ 6) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนากระบวนการด้านวิชาการ, ด้านการจัดบริการปฐมภูมิ, ด้านการเงิน และด้านการบริหารบุคคล ส่งผลให้ระดับความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่านโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ในส่วนรายด้านอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในภาพรวมและรายด้าน โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างตำแหน่งที่ต่างกัน ประกอบด้วย ข้าราชการ, พนักงาน กระทรวงสาธารณสุข, ลูกจ้างชั่วคราว และพนักงานจ้างพบว่าไม่แตกต่างกัน

**คำสำคัญ**: ความพร้อมและการพัฒนา, การจัดบริการสุขภาพ, การถ่ายโอน รพ.สต.

## Abstract

This research was action research aimed at studying the situation, readiness, and development of the health service delivery process of the Subdistrict Health Promoting Hospital transferred to the Nakhon Pathom Provincial Administrative Organization during the transitional period. Sample groups included workers in Subdistrict Health Promoting Hospitals who voluntarily transferred to the Nakhon Pathom Provincial Administrative Organization, totaling 36 locations and 220 people participating in activities to develop the health service delivery process of Subdistrict Health Promoting Hospitals transferred to the Provincial Administrative Organization. Data were collected by questionnaire. Qualitative data were analyzed using content analysis, and the data were analyzed inferentially with statistics such as percentage, mean, standard deviation, dependent t-test, and F-test using the one-way ANOVA technique.

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

The results of the study revealed that the development of the health service management process at the Subdistrict Health Promoting Hospital, which underwent transfer to the Nakhon Pathom Provincial Administrative Organization during the transition period, comprised six key processes: 1) preparation 2) transfer of operational concepts 3) coordinating mission delivery 4) transfer operations 5) monitoring and evaluation and 6) exchanging knowledge on developing academic processes, primary care services, finance, and human resource management. Consequently, the readiness level to deliver health services at the Subdistrict Health Promoting Hospital, post-transfer to the Nakhon Pathom Provincial Administrative Organization during the transition period, was assessed as overall being at the highest level. Each aspect was evaluated to be at the highest level. When comparing the readiness of health services at the Subdistrict Health Promoting Hospitals transferred to the Nakhon Pathom Provincial Administrative Organization during the transition period, it was found that there was a statistically significant difference at the.05 level both overall and in each aspect. After the operation, the average score was higher than before the operation. And when comparing different positions, consisting of civil servants, Ministry of Public Health employees, temporary employees, and hired employees, it was found that there was no difference.

**Keywords**: Readiness and development, provision of health services, transfer of Subdistrict Health Promoting Hospitals.

**บทนำ**

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่อยู่ภายใต้สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข ตามลำดับ ซึ่งมีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2475 ในฐานะสุขศาลาชั้นสอง สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน จนยกระดับเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในปัจจุบัน การพัฒนาระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจะให้ความสำคัญกับการมีและใช้ “หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ” เป็นจุดบริการสุขภาพด่านแรกที่ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนประสานงานกับสถานพยาบาลในระดับที่สูงขึ้นในลักษณะเครือข่ายหรือระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชน[1] ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิพุทธศักราช 2562 เพื่อเป็นกลไกการจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในสัดส่วนที่เหมาะสม[2] รวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิขึ้น เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ มีความเป็นธรรม มีคุณภาพ และมีมาตรฐาน[3]

การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ดำเนินการขึ้นตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2549 รวมถึงแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 ซึ่งกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม และให้พิจารณาถ่ายโอนทั้งภารกิจ งบประมาณ บุคลากร และทรัพย์สินภายในช่วงเวลาที่กำหนด โดยไม่จำเป็นต้องดำเนินการถ่ายโอนไปพร้อมกัน[4] ที่ผ่านมาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จำนวน 27 แห่งในปี พ.ศ. 2551 จำนวน 19 แห่งในปี พ.ศ. 2555 จำนวน 4 แห่งในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 1 แห่ง ในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 6 แห่งในปีพ.ศ. 2562 และจำนวน 8 แห่งในปี พ.ศ. 2563 รวมทั้งสิ้น 65

แห่ง จากจำนวน 9,787 แห่งทั่วประเทศ[5,6] ซึ่งเป็นจำนวนที่น้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายตามแผนฯ ทำให้สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ได้มีมติให้สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2566 ซึ่งเริ่มในวันที่ 1 ตุลาคม 2565 โดยมีการถ่ายโอนจำนวน 3,264 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 33.39 ของ สอน. และ รพ.สต. 9,775 แห่งทั่วประเทศ[7] และกำหนดให้มีภารกิจในการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนครอบคลุม 5 มิติคือ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดและป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และการคุ้มครองผู้บริโภค[6] จะเห็นว่าเป็นภารกิจในส่วนของระบบสุขภาพปฐมภูมิภายใต้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ที่มีกลไกของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545 ในการขับเคลื่อนให้ประชาชนมีโอกาสได้รับบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม ซึ่งเป็นภารกิจใหม่ที่ยังไม่เคยปรากฏในหน้าที่และอำนาจขององค์การบริหารส่วนจังหวัดมาก่อน

การถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นการเปลี่ยนสังกัดจากกระทรวงสาธารณสุขสู่กระทรวงมหาดไทยจึงมีปัญหาอุปสรรคมากมาย เช่น การบริหารงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอาจส่งผลกระทบทางด้านการเงินการคลังต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ต้องรับผิดชอบการให้บริการระดับทุติยภูมิโดยเฉพาะค่าใช้จ่ายประจำ (Fixed Costs) และ งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P)[8] การถ่ายโอนมีช่องว่างด้านกฎหมาย คือ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิพ.ศ. 2562 การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล กฎหมายวิชาชีพที่กำหนดงานรักษาพยาบาล การบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์ไม่ใช่ยา อุปกรณ์การแพทย์และอุปสรรคในการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย ด้านโครงสร้างองค์กร ด้านบุคลากร ด้านการเงินและการจัดสรรทรัพยากร ด้านแผนพัฒนาสาธารณสุข[9] และปัญหาด้านกำลังคนที่ถ่ายโอนไปมีจำนวนน้อยเกินไป ไม่สัมพันธ์กับภาระงาน ทำให้เจ้าหน้าที่ทำงานหนักมากขึ้น ขาดความก้าวหน้าในการปรับเปลี่ยนตำแหน่ง และเลื่อนระดับ สิทธิสวัสดิการของบุคลากรที่ถ่ายโอนไม่ชัดเจน หน่วยงานต้นสังกัดเดิมไม่ให้การสนับสนุนบุคลากรในการปฏิบัติงาน ตลอดจนขาดโอกาสในการพัฒนาศักยภาพและไม่มีส่วนร่วมในการประชุมของกระทรวงสาธารณสุขเหมือนก่อนการโอนถ่าย[10]

การเตรียมความพร้อมก่อนการถ่ายโอนและหลังการถ่ายโอนในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจึงกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขพิจารณาทบทวน ปรับปรุงมาตรฐานและระบบประกันคุณภาพบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิตลอดจนแนวทางการกำกับดูแลและประเมินผลดำเนินงานของ รพ.สต. และ สอน. ที่ถ่ายโอนให้แก่ อบจ. ตามกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิและระเบียบที่เกี่ยวข้อง[6] นอกจากนี้ได้มีการทบทวนและปรับปรุงแนวทางการช่วยเหลือ สนับสนุน และให้คำปรึกษาด้านวิชาการแก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เช่น แนวทางและกลไกการสั่งการ สอน. และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน, แนวทางปฏิบัติในการจัดสรรงบประมาณและการสนับสนุนยา เวชภัณฑ์และบุคลากรที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของบุคลากรในสังกัด รพ.สต. และ สอน. ที่ถ่ายโอน เป็นต้น และที่สำคัญคือการแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ที่มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นรองประธานกรรมการโดยตำแหน่ง และตัวแทนสาธารณสุขอำเภอจำนวน 1 คน เป็นกรรมการ ซึ่งมีหน้าที่และอำนาจในช่วงระยะการเปลี่ยนผ่านได้แก่ การส่งเสริม

สนับสนุน กำกับ ดูแล และประเมินผลการปฏิบัติราชการของ สอน. และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนตามแนวทางที่กำหนด, แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในการบริหารงาน, ให้ความเห็นชอบและอนุมัติแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด, กำหนดเป้าหมายและแนวทางการพัฒนาบุคลากร, การบริหารงบประมาณและการจัดบริการสาธารณสุข, พัฒนาระบบข้อมูลด้านสุขภาพระดับพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัด, พิจารณาการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีด้านสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ, กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ และประสานงานและส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง[6] จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนอกจากต้องดำเนินการให้เป็นไปตามบทบาทหน้าที่เดิมที่มีอยู่ ถึงแม้จะมีหน่วยบริการปฐมภูมิบางส่วนถ่ายโอนไปท้องถิ่นก็ยังคงต้องปรับเปลี่ยนบทบาทให้สอดคล้องกับบริบทที่แตกต่างกันออกไป

จังหวัดนครปฐมมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 134 แห่ง โดยเริ่มมีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม จำนวน 36 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 26.86 ในปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565) ซึ่งมีบุคลากรสมัครใจถ่ายโอนจำนวน 220 คน ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญที่จะศึกษา “การพัฒนากระบวนการจัดบริการสุขภาพในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม” เพื่อเป็นการสนับสนุนให้การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขแก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นไปด้วยความเรียบร้อย บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการถ่ายโอนฯ ประชาชนได้รับการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ได้มาตรฐาน บนความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ บุคลากรมีศักยภาพ และองค์การบริหารส่วนจังหวัดมีความเข้มแข็งในการจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นข้อเสนอในการพัฒนากระบวนการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านให้มีการบูรณาการแผนสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ การควบคุมกำกับและติดตามประเมินผล ในการดูแลประชาชนในพื้นที่จังหวัดนครปฐมต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน
2. เพื่อศึกษาความพร้อมการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน
3. เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน
4. เพื่อศึกษาผลการพัฒนากระบวนการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน

**รูปแบบงานวิจัย**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่าง เดือน มิถุนายน 2565 ถึง เดือน ธันวาคม 2566 รวม 18 เดือน

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครปฐมทั้งหมด

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สมัครใจถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 220 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนากระบวนการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยมีกิจกรรมหรือขั้นตอนประกอบด้วย การเตรียมความพร้อม, การถ่ายทอดแนวคิดการดำเนินการถ่ายโอน, การดำเนินการถ่ายโอน, การประสานส่งมอบภาระกิจการถ่ายโอน, การติดตามประเมินผลการพัฒนากระบวนการ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนากระบวนการด้านวิชาการ, ด้านการจัดบริการปฐมภูมิ , ด้านการบริหารจัดการ และด้านการบริหารบุคคล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่

2.1 แบบสอบถามความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ ด้านระบบบริหารจัดการ, ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ, ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม, ด้านระบบสารสนเทศ, ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ, ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข, ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คบส.) และด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมทั้งหมด 65 ข้อ

2.2 แบบประเมินคุณภาพมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน ของสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง ( Validity ) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน แล้วปรับแก้ข้อที่ใช้คำ ผิด และข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาเพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจนเสร็จแล้ว นำไปทดลองใช้กับผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในพื้นที่อำเภอดอนตูม จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการใช้แบบประเมินและนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .981

**ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย**

1. การศึกษาสถานการณ์การถ่ายโอนและคุณภาพมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน

2. การศึกษาความพร้อมในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน

3. การเตรียมความพร้อมในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4. การถ่ายทอดแนวคิดการดำเนินการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

5. การประสานส่งมอบภาระกิจให้องค์การบริหารงานส่วนจังหวัดนครปฐม

6. การดำเนินการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม

7. การติดตามประเมินผลการพัฒนากระบวนการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม

8. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนากระบวนการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์รูปแบบการพัฒนากระบวนการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยอ่านข้อมูลที่บันทึกและจัดหมวดหมู่ตามข้อคาถามเพื่อลงรหัสข้อมูล (coding) ร่วมกับการสร้างคำถามจากข้อมูลที่มีความแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างคนอื่น นำไปสอบถามอีกครั้งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ จัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้เป็นประเด็นย่อย และพิจารณารวมเป็นประเด็นหลักที่สะท้อนถึงรูปแบบการพัฒนากระบวนการจัดบริการสุขภาพ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 การวิเคราะห์คะแนนความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ในการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 การเปรียบเทียบคะแนนความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลังดำเนินงาน และความแตกต่างระหว่างตำแหน่งที่ต่างกัน ด้วยสถิติอนุมานได้แก่ Dependent t – test และ F – test ด้วยเทคนิค One way ANOVA ตามลำดับ

**จริยธรรมงานวิจัย**

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

**ผลการวิจัย**

1. สถานการณ์ในการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมระยะเปลี่ยนผ่าน พบว่า

1.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดจำนวน 134 แห่ง สมัครใจถ่ายโอนจำนวน 36 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 26.87, บุคลากรที่ถ่ายโอนรวมทั้งหมด 220 คน ประกอบด้วย 1) ข้าราชการจำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 54.55 โดยแบ่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุขจำนวน 44 คนคิดเป็นร้อยละ 20.00 , พยาบาลวิชาชีพจำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 19.09, เจ้าพนักงานสาธารณสุขจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 9.55 และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 5.45, 2) พนักงานกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 20.45, 3) ลูกจ้างชั่วคราว 50 คน คิดเป็นร้อยละ 22.73 และ 4) พนักงานจ้าง 5 คน คิดเป็นร้อยละ 2.27, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนทั้งหมด 2,483 คิดเป็นร้อยละ 22.87 และรับผิดชอบประชากรในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนทั้งหมด 155,730 คิดเป็นร้อยละ 19.99 ของประชากรจังหวัดนครปฐมทั้งหมด

1.2 ผลการประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่านไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 34 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 94.4 มีเพียงส่วนน้อยที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 5.56 โดยส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ในส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม และส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คบส.) แต่ไม่ผ่านเกณฑ์ในส่วน

ที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข, ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ, ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ, ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ และส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามลำดับ

2. ความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยรวมอยู่ในระดับน้อย ในส่วนรายด้านได้แก่ ด้านระบบบริหารจัดการ, ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม, ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC) อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ, ด้านระบบสารสนเทศ, ด้านระบบห้องปฏิบัติการ และด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค (คบส.) อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด

3. การพัฒนากระบวนการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย

3.1 การเตรียมความพร้อมในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ การแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพพื้นที่ (กสพ.) จังหวัดนครปฐม, การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการถ่ายโอนการกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมิน มหาราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) จังหวัดนครปฐม

3.2 การถ่ายทอดแนวคิดการดำเนินการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ การถ่ายทอดแนวคิดโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม และการถ่ายทอดแนวคิดโดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม

3.3 การประสานส่งมอบภาระกิจการถ่ายโอนให้องค์การบริหารงานส่วนจังหวัดนครปฐม ได้แก่ การลงนามคำรับรองปฏิบัติราชการร่วมกัน ระหว่างผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด

3.4 การดำเนินการถ่ายโอนให้องค์การบริหารงานส่วนจังหวัดนครปฐม ได้แก่ การแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ช่วยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด , การอบรมเชิงปฏิบัติการปรับปรุงรายการยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Drug Catalog), โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Smart Digital Health)

3.5 การติดตามประเมินผลการพัฒนากระบวนการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ ศึกษาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล , สำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ความต้องการและความคาดหวังของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

3.6 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนากระบวนการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม แบ่งเป็น 4 กลุ่มเรียนรู้ ได้แก่ ด้านวิชาการ, ด้านการจัดบริการปฐมภูมิ, ด้านการเงิน และด้านการบริหารบุคคล

4. ผลการพัฒนากระบวนการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน

4.1 การเปรียบเทียบความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน ก่อนและหลังการดำเนินงาน ดังตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t-test)

| ตัวแปร | ก่อน | | หลัง | | df | t | p-value | 95%CI | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ค่าเฉลี่ย | S.D. | ค่าเฉลี่ย | S.D. | | | | Lower | Upper |
| ด้านที่ 1 | 2.76 | 0.284 | 4.21 | 0.201 | 219 | -59.94 | 0.000 | -1.494 | -1.399 |
| ด้านที่ 2 | 1.67 | 0.156 | 4.12 | 0.227 | 219 | -129.62 | 0.000 | -2.486 | -2.411 |
| ด้านที่ 3 | 3.00 | 0.300 | 4.29 | 0.359 | 219 | -38.41 | 0.000 | -1.359 | -1.226 |
| ด้านที่ 4 | 2.35 | 0.205 | 4.21 | 0.242 | 219 | -88.03 | 0.000 | -1.907 | -1.823 |
| ด้านที่ 5 | 2.75 | 0.464 | 4.25 | 0.248 | 219 | -42.70 | 0.000 | -1.568 | -1.429 |
| ด้านที่ 6 | 2.36 | 0.356 | 4.25 | 0.248 | 219 | -60.43 | 0.000 | -1.950 | -1.827 |
| ด้านที่ 7 | 2.56 | 0.295 | 4.28 | 0.239 | 219 | -65.78 | 0.000 | -1.771 | -1.668 |
| ด้านที่ 8 | 2.64 | 0.205 | 4.27 | 0.212 | 219 | -82.80 | 0.000 | -1.669 | -1.591 |
| รวม | 2.51 | 0.109 | 4.23 | 0.094 | 219 | -170.11 | 0.000 | -1.744 | -1.704 |

จากตาราง 1 พบว่า ความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน ก่อนและหลังการดำเนินงานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในภาพรวมและรายด้าน โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า (t มีค่าเป็นลบ)

4.2 การเปรียบเทียบความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน ระหว่างตำแหน่งที่ต่างกัน ประกอบด้วย ข้าราชการ, พนักงานกระทรวงสาธารณสุข, ลูกจ้างชั่วคราว และพนักงานจ้าง ดังตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน ระหว่างตำแหน่งที่ต่างกัน ประกอบด้วย ข้าราชการ, พนักงานกระทรวงสาธารณสุข, ลูกจ้างชั่วคราว และพนักงานจ้าง (F-test ด้วย เทคนิค One way ANOVA)

| แหล่งความแปรปรวน | Sum of Squares | df | Mean Square | F | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| Between Groups | 0.028 | 3 | 0.009 | 1.068 | 0.364 |
| Within Groups | 1.880 | 216 | 0.009 | | |
| Total | 1.908 | 219 | | | |

จากตาราง 2 พบว่า ความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน ระหว่างตำแหน่งที่ต่างกัน ประกอบด้วย ข้าราชการ, พนักงานกระทรวงสาธารณสุข, ลูกจ้างชั่วคราว และพนักงานจ้าง ไม่แตกต่างกัน

4.3 ผลการประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน หลังดำเนินการ พบว่า หลังดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ทุกด้านจำนวน 34 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 94.44 ไม่ผ่านเกณฑ์ทุกด้านจำนวน 2 แห่งคิดเป็นร้อยละ 5.55 โดยไม่ผ่านเกณฑ์ในส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม และส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ

**สรุปและอภิปรายผล**

การวิเคราะห์สถานการณ์และความพร้อมการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน พบว่า ระดับความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระยะแรกโดยรวมอยู่ในระดับน้อย โดยเฉพาะด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ, ด้านระบบสารสนเทศ, ด้านระบบห้องปฏิบัติการ และด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค (คบส.) อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด และผลการประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 34 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 94.4 โดยไม่ผ่านเกณฑ์ในส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข, ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ, ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ, ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ และส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามลำดับ เนื่องจากทุกแห่งมีบุคลากรที่สมัครใจถ่ายโอนเฉพาะตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข, พยาบาลวิชาชีพ, เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และแพทย์แผนไทย โดยมีจำนวนที่แตกต่างกันตามขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเดิมที่เคยอยู่กับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งยังไม่มีแพทย์ ทันตแพทย์ และวิชาชีพอื่นๆ ที่สนับสนุนการปฏิบัติงาน ทำให้พบปัญหาขาดแคลนกำลังคนหรือบุคลากรวิชาชีพไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับภาระงานตามนโยบายเพิ่มคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน สอดคล้องกับการศึกษาของดาราวรรณ รองเมือง และคณะ[11] ได้ศึกษาการให้บริการตามมาตรฐานการให้บริการปฐมภูมิและการรับรองมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่กำลังจะถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีความพร้อมทางด้านโครงสร้างในการให้บริการอยู่ในระดับพอดีหรือมากแต่ความพร้อมของจำนวนบุคลากรสายวิชาชีพและสายสนับสนุนยังมีความพร้อมในระดับน้อย[11] การบริหารจัดการกำลังคนของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยใช้กลไกพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 พบว่า กำลังคนด้านสุขภาพของ สอน. และ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไป อบจ. ในภาพรวม บุคลากรสายวิชาชีพถ่ายโอนไปไม่หมด และมีจำนวนอัตรากำลังน้อยกว่าเดิมก่อนถ่ายโอนทำให้ขาดบุคลากรด้านวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพโดยเฉพาะ สอน.และ รพ.สต.ขนาดเล็กและขนาดกลาง[12] การพัฒนาตัวแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัด: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง พบว่า ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยองประสบปัญหากำลังคนขาดแคลน โดยเฉพาะการขาดแคลนแพทย์และทันตแพทย์ นอกจากนี้ในระยะเริ่มแรกภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกิดความสับสนเนื่องจากรัฐบาลไม่ได้จัดสรรเงินอุดหนุนอย่างเพียงพอให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด และไม่ชักช้อมแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยเฉพาะการบริหารยาและเวชภัณฑ์ การจัดการและส่งต่อข้อมูลสุขภาพประชากร และมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ[12]

จากปัญหาดังกล่าวย่อมเป็นภาระหนักขององค์การบริหารส่วนจังหวัดหากกระทรวงสาธารณสุขไม่มีรูปแบบของการปฏิบัติงานภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดในระดับพื้นที่ ดังนั้นจึงได้มีการดำเนินการพัฒนากระบวนการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่านประกอบด้วย 6 กระบวนการได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมได้แก่ การแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพพื้นที่ (กสพ.) จังหวัดนครปฐม, การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการถ่ายโอนการกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมิน มหาราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 2) การถ่ายทอดแนวคิดการดำเนินการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 3) การประสานส่งมอบภาระกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารงานส่วนจังหวัดคือ การลงนามคำรับรองปฏิบัติราชการร่วมกันระหว่างผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด 4) การดำเนินการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารงานส่วนจังหวัดได้แก่ การแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ช่วยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด, การอบรมเชิงปฏิบัติการปรับปรุงรายการยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Drug Catalog), โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Smart Digital Health) 5) การติดตามประเมินผลการพัฒนากระบวนการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม ได้แก่ ศึกษาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ความต้องการและความคาดหวังของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และ 6) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนากระบวนการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม แบ่งเป็น 4 กลุ่มเรียนรู้ ได้แก่ ด้านวิชาการ, ด้านการจัดบริการปฐมภูมิ, ด้านการเงิน และด้านการบริหารบุคคล ซึ่งการพัฒนากระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการบริการสุขภาพของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยใช้กลไกพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิพ.ศ. 2562 พบว่า ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิหลังการถ่ายโอนให้แก่ อบจ. ควรได้รับการหนุนเสริมภายใต้กลไกของ พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและ พ.ร.บ. วิชาชีพของคณะผู้ให้บริการปฐมภูมิ โดยมีการอภิบาลระบบสุขภาพที่มุ่งสร้างความสัมพันธ์ระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในการบริการสุขภาพให้เป็นเครือข่ายมากกว่าการควบคุมกำกับ ติดตาม โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการบริหารและจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของ สอน. และ รพ.สต.หลังการถ่ายโอนให้ อบจ. ภายใต้ พ.ร.บ. สุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ประกอบด้วย การถ่ายทอดนโยบาย เป้าหมาย และทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศสู่การปฏิบัติ ร่วมกับมาตรการควบคุม ประเมินผลและการกระตุ้นเสริมให้มีการดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของนโยบายอย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกับการหนุนเสริมให้การบริการสุขภาพมีความเชื่อมโยงในการตอบสนองนโยบายการพัฒนาสุขภาพในแต่ละระดับและภาพรวมของประเทศ และมีข้อเสนอเชิงนโยบายหลักด้านการบริการสุขภาพปฐมภูมิในระยะเปลี่ยนผ่านภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ ได้แก่ 1) สสจ. โดยงานยุทธศาสตร์ งานปฐมภูมิ และงานคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิ อบจ. และ กสพ. นำองค์ความรู้ที่ได้จากหน่วยงานระดับกรมมาสร้างระบบและกลไกการเรียนรู้สู่การปฏิบัติของ สอน. และรพ.สต. และออกแบบระบบกำกับติดตามการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง 2)

โรงพยาบาลแม่ข่ายประสานความร่วมมือให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือรวมถึงคณะผู้ให้บริการปฐมภูมิปฏิบัติงานใน สอน. หรือ รพ.สต. ถ่ายโอน 3) สอน. และ รพ.สต. ทั้งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ อบจ. รับถ่ายทอดระบบและกลไกการเรียนรู้การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจาก สสจ. และ อบจ. มาดำเนินการสังเคราะห์สู่แนวทางการปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบท รวมถึงออกแบบกลไกการกำกับติดตามการบริการสุขภาพปฐมภูมิ 4) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการประสานความร่วมมือเชิงนโยบายและสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดด้านสุขภาพกับ อบจ. ให้ครอบคลุมผลการดำเนินการเชิงนโยบายของประเทศและปัญหาของพื้นที่ 5) หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศทางสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ควรวิเคราะห์และออกแบบ Web Application Programing ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลในการอภิบาลระบบสุขภาพ 6) อบจ. และ สสจ. ทำข้อตกลงในสัดส่วนที่เหมาะสมของเงิน OP ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและแม่ข่ายคู่สัญญาหลัก[13]

การพัฒนากระบวนการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่านส่งผลให้ระดับความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่านโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ในส่วนรายด้านอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในภาพรวมและรายด้าน โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างตำแหน่งที่ต่างกัน ประกอบด้วย ข้าราชการ, พนักงานกระทรวงสาธารณสุข, ลูกจ้างชั่วคราว และพนักงานจ้างพบว่าไม่แตกต่างกัน

**ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้**

1. องค์การบริหารส่วนจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรมีการบูรณาการความร่วมมือในรูปแบบเครือข่ายบริการด้านสุขภาพ ซึ่งสามารถทำได้โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพพื้นที่ (กสพ.), การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการถ่ายโอนการกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมิน มหาราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อดูแลกระบวนการถ่ายโอน ประสานทรัพยากร ประสานนโยบาย และปฏิบัติการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมในระยะเปลี่ยนผ่าน เนื่องจากการบูรณาการความร่วมมือจะนำไปสู่ความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานตามที่กำหนด

2. การให้บริการปฐมภูมิยังคงต้องเป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง รพ.สต. ที่ถ่ายโอน กับ รพ.แม่ข่าย ดังนั้นจำเป็นต้องคำนึงถึงการประสานงาน หรือการมีแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดบริการปฐมภูมิที่ชัดเจนเช่น การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา, ระบบการส่งต่อผู้ป่วย, ข้อมูลสุขภาพ และการกำกับมาตรฐานคุณภาพ เป็นต้น ซึ่ง อบจ. สสอ. สสจ. ควรกำกับดูแล สนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อยืนยันว่าประชาชนจะได้รับบริการที่ไม่ด้อยไปกว่าเดิมหรือดีเช่นเดิมหรือดียิ่งขึ้น

3. องค์การบริหารส่วนจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรร่วมพัฒนาขีดความสามารถของเจ้าหน้าที่ทุกระดับอย่างสม่ำเสมอ ในด้านต่างๆ เช่น การดำเนินงานตามนโยบาย การจัดการผู้ป่วย การจัดการข้อมูลด้านสุขภาพ การบริหารเวชภัณฑ์ยา และการตอบสนองในกรณีฉุกเฉิน เป็นต้น

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรมีการสร้างระบบการติดตามและประเมินประสิทธิภาพ รวมถึงประเมินผลกระทบของบริการสุขภาพหลังการถ่ายโอน เนื่องจากมีความสำคัญต่อการปรับปรุงความพร้อม เปรียบเทียบมาตรฐาน และปรับปรุงรูปแบบ

จัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนในอนาคต

5. องค์การบริหารส่วนจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรมีการเสริมสร้างระบบสารสนเทศด้านสุขภาพและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพร่วมกัน เพื่อนำไปใช้ในการตัดสินใจและการปรับปรุงบริการที่มีประสิทธิภาพ

6. องค์การบริหารส่วนจังหวัดและหน่วยบริการปฐมภูมิควรสร้างข้อตกลงทางการเงินและสัดส่วนเงินทุนระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อให้มั่นใจถึงความยั่งยืนทางการเงินและการขยายบริการด้านสุขภาพไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด

7. ควรส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนการวางแผนและการประเมินผลการให้บริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้แน่ใจว่าบริการที่ปรับปรุงขึ้น เหมาะสมกับความต้องการของประชาชนที่มารับบริการ

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรมีการศึกษารูปแบบการสนับสนุนด้านวิชาการ, ด้านการจัดบริการปฐมภูมิ, ด้านการเงิน และด้านการบริหารบุคคลเพิ่มเติม เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งจะทำให้ได้รับผลกระทบจากการถ่ายโอนน้อยที่สุดและสามารถพัฒนาให้ดีขึ้นกว่าก่อนการถ่ายโอน

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานและแนวทางการออกแบบสถานบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ. กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2558. สืบค้นเมื่อ 25 สิงหาคม 2565 จาก https://hss.moph.go.th/fileupload_doc_slider/2016-11-16-28-16-196446.pdf.
2. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562, 2562. สืบค้นเมื่อ1 สิงหาคม 2565 จาก https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/056/T_0165.PDF.
3. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ . คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2565.
4. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. รายงานผลการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ประเด็นเรื่องการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2566.
5. จักรกฤษณ์ วังราษฎร์. การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข : สถานการณ์และแนวโน้มในอนาคต. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 5,4 (ต.ค.-ธ.ค.2554) : 530-538.
6. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. กรุงเทพฯ: ทำเนียบรัฐบาล, 2564.
7. สุระ วิเศษศักดิ์. สไลด์นำเสนอ “การขับเคลื่อนของ กระทรวงสาธารณสุข ต่อนโยบายกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข” ในการประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอการบริหารจัดการงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามนโยบายการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2565 วันที่ 14 มกราคม 2565.
8. ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา, วิทยา โชคเศรษฐกิจ, ภัควัฒน ภูริพงศธนวัต, อุกฤษณ์ กฤตยโสภณ, ณฐนภ ศรัทธาธรรม และ เยาวัลยา อ่อนโพธิ์ทอง. โครงการสังเคราะห์ข้อเสนอและออกแบบเชิงนโยบายการถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ, 2564.
9. วราภรณ ผองอวย, ปาณิสรา นาเลิศ และ โชติ บดีรัฐ. ชองว่างและอุปสรรคในการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลสงเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ใหแกองคกรปกครองสวนทองถิ่น. วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ, 2.4 (2565) : 205-220.

10. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร. คูมือบริหารจัดการโรงพยาบาลสงเสริมสุขภาพตำบล. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี, 2553.
11. ดาราวรรณ รองเมือง และคณะ. การให้บริการตามมาตรฐานการให้บริการปฐมภูมิและการรับรองมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ, 2565.
12. อัชกรณ์ วงศ์ปรีดี, ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา และกิตติพงษ์ เกิดฤทธิ์. การพัฒนาตัวแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัด: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ, 2566.
13. รัถยานภิศ รัชตะวรรณ และคณะ. รูปแบบการบริการสุขภาพของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การ บริหารส่วนจังหวัด โดยใช้กลไกพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิพ.ศ. 2562. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ, 2565.

# การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
# Development of service long term care model for elderly people In Kudsim Subdistrict, Khaowong District, Kalasin Province.

(Received: April 13,2024 ; Revised: April 27,2024 ; Accepted: April 28,2024)

**สุวมน โพนสาลี**[1]
**Suwamon Ponsalee**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหา แนวทางการพัฒนา และผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลตำบลกุดสิม จำนวน 91 คน เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567 รวมระยะเวลา 13 เดือน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living – ADL) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-15) แบบประเมินความพึงพอใจ ก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และเครื่องมือเชิงคุณภาพ แนวคำถามปลายเปิดด้านการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สะท้อนถึงสาเหตุ ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ และแนวทางการแก้ไขปัญหา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ pared t-test

ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนมากพบ ความอ่อนแรงของแขนขา ร้อยละ 95.60 รองลงมาด้านความจำ ร้อยละ 63.74 และการมองเห็น ร้อยละ 59.34 ตามลำดับ กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย ประกอบด้วย 6 มาตรการ ดังนี้ 1) การบูรณาการบริการด้านสาธารณสุข 2) สนับสนุนกลไกบริการด้านสังคมโดยชุมชน 3) บูรณาการงบประมาณร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4) กำหนดบทบาทหน้าที่คำสั่งคณะทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย 5) การสนับสนุนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิง อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิง และจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล 6) การประเมินและรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยแนวทางที่ได้มาตรฐานและทันสมัย การทดสอบคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) คะแนนความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) และผลประเมินคะแนนความพึงพอใจ พบว่าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 7.68, 2.68, 5.11)

**คำสำคัญ:** การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การดูแลแบบมีส่วนร่วมในชุมชน, ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL)

## Abstract

This study is action research. Aim to study problem, evelopment guidelines of long-term care model for elderly in Kutsim Subdistrict, Khao Wong District, Kalasin Province. Sample was drawn from a specific random sample, including of elderly people who were live In Kutsim Subdistrict Municipality total of 91 people collected data between 1 January 2023 - 28 February 2024 total period of 13 months. Research tools include 1) Activities of Daily Living (ADL) screening assessment 2) Sadness Scale for Thai Elderly (TGDS 3) Satisfaction assessment 4) Qalitative tools Open-ended questions regarding the development of care models for dependent elderly people that reflect the causes Elderly care problems and solutions to problems. Test before and after developing a model were analyzed using descriptive statistics and pared t-test.

Results found majority of problems of elderly ware weakness was 95.60 percent, Memory at 63.74 percent and vision at 59.34 percent, respectively. Development process model was consists of 6 measures as follows: 1) Integrating public health services 2) Supporting community-based social service mechanisms 3) Integrating budgets with local administrative organizations 4) Defining roles and responsibilities for working groups with network partners 5 ) Supporting care managers and caregivers and creating individual care plans. 6) Assessment and treatment of guideline of elderly standardized and modern methods. Ability to perform daily living (ADL) score test, Thai Elderly

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

Sadness Score (TGDS) and satisfaction score assessment was found significantly improved at .05 level (t = 7.68, 2.68, 5.11).

**Keywords:** Development of long-term care models for dependent elderly people, community-based care, ability to perform daily activities (ADL)

**บทนำ**

สถานการณ์ประชากร โลกในปัจจุบัน โลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ มีผู้สูงอายุร้อยละ 10 ของประชากรโลก ปัจจุบันการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ (Aging Population) ในประเทศไทย[1] พบว่ามีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น ข้อมูลในปี พ.ศ. 2537 จาก 4 ล้านคน ร้อยละ 6.8 เป็น 10 ล้านคน ร้อยละ 14.9 ในปี พ.ศ. 2557 และพบว่าในปีพ.ศ. 2559 เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 16.5 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 ซึ่งหมายถึงประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์[2] และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน ร้อยละ 32.1 ในปี 2583 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6,394,022 คน พบว่าเป็นกลุ่มติดสังคมประมาณ 5 ล้านคน ร้อยละ 79 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านติดเตียงจำเป็นต้องสนับสนุนบริการค้านสุขภาพและสังคมประมาณ 1.3 ล้านคน หรือร้อยละ2 1นำไปสู่ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น จึงนำไปสู่การเกิด โยบายที่สำคัญของระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวจากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 ในปี พ.ศ.2552 ได้มีการบรรจุวาระการพัฒนาระบบการดูแลระชะขาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิง มีมติที่สำคัญร่วมกัน คือให้รัฐมีหน้าที่ในการจัดการดูแลผู้สูงอายที่มีภาวะพึงพิงโดยการใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน นอกจากนี้ยังมีนโยบายและแผนการดำเนินงานผู้สูงอายุเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง และสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ โดยเน้นการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และการสร้างเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น[1]

สถานการณ์ผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ในปี พ.ศ. 2559 มีประชากรรวมทั้งสิ้น 914,270 คน โดยเป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 118,304 คน คิดเป็นร้อยละ 12.04 จะเห็นได้ว่าจังหวัดกาฬสินธุ์ได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ และปีงบประมาณ 2562[2] สถานการณ์สูงอายุอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์มีประชากรจำนวน 29,216 คน มีผู้สูงอายุทั้งสิ้นจำนวน 6,005 คน ร้อยละ 20.55 จะเห็นได้ว่าอำเภอเขาวง ได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์ ส่วนสถานการณ์อำเภอเขาวง ในปี พ.ศ. 2563 เป้าหมายผู้สูงอายุ 6,005 คนได้รับการคัดกรองประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) จำนวน 3,908 คน คิดเป็นร้อยละ 65.08 พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 3,540 คน คิดเป็นร้อยละ 90.58 กลุ่มติดบ้านประเภทที่ 1 จำนวน 233 คน คิดเป็นร้อยละ 05.96 กลุ่มติดบ้านประเภทที่ 2 จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 2.25 คน กลุ่มติดเตียงประเภทที่ 3 จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 0.87 และกลุ่มติดเตียงประเภทที่ 4 จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 0.33 คน ในปี 2563[3]

เทศบาลตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีประชากร 27,086 คน มีผู้สูงอายุ จำนวน 6,108 คน คิดเป็นร้อยละ 22.55 เป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน 5,381 คน คิดเป็นร้อยละ 19.86 เป็นกลุ่มติดบ้าน 662 คนคิดเป็นร้อยละ 2.44 กลุ่มติดเตียง 65 คน คิดเป็นร้อยละ 0.23 ตามลำดับ มีเป้าหมายคัดกรองผู้สูงอายุจำนวน 1,929 คน จากการประเมินพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) จำนวน 1,215 คน คิดเป็นร้อยละ 62.98 พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 1,129 คน คิดเป็นร้อยถะ 92.92 กลุ่มติดบ้านประเภทที่ 1 จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 3.04 กลุ่มติดบ้านประเภทที่ 2 จำนวน 38 คน คิดเป็น ร้อยละ 03.12 กลุ่มติดเตียงประเภทที่ 3 จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 0.74 และกลุ่มติดเพียงประเภทที่ 4 จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.16 ตามลำดับ[4]

จากสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และการตอบรับนโยบายดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิง ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะพัฒนาการจัดบริการเยี่ยมบ้านดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการพัฒนาบริการดูแลต่อเนื่อง เพื่อเป็นการขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนการจัดบริการทั้งด้านสาธารณสุข และบริการด้านสังคมที่มีประสิทธิภาพครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของชุมชน การพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยพัฒนารูปแบบให้เหมาะสม และดียิ่งขึ้น เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลเขาวงต่อไป

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา การพัฒนารูปแบบ และผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

**วิธีการวิจัย**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566 – 28 กุมภาพันธ์ 2567 รวมระยะเวลา 13 เดือน ได้ทำการศึกษาในเขตพื้นที่ในเขตเทศบาลกุดสิม จำนวน 9 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 5 บ้านโนนสำราญ หมู่ 6 บ้านโพนสวาง หมู่ 7 บ้านโพนวิมาน หมู่ 8 บ้านสมสนุก หมู่ 9 บ้านกุดสิมพัฒนา หมู่ 10 บ้านดอนจันทร์ หมู่ 11 บ้านโนนศิวิไล หมู่ 12 บ้านโพนสวรรค์ หมู่ 13 บ้านโนนเจริญ

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

1. ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 91 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 91 คน โดยคัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง และเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่ ไม่ต่ำกว่า 1 ปี และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 ชุด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย คำนวณจากค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) และความเที่ยงมีค่ามากกว่า 0.80 และได้ปรับปรุงตามคำแนะนำ ได้นำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ชุดเครื่องมือที่ 1 แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living – ADL) ตามดัชนีของบาร์เธล[5] จำนวน 10 ข้อ

ชุดเครื่องมือที่ 2 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทยุ[6] (TGDS) จำนวน 15 ข้อ

ชุดเครื่องมือที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ชุดเครื่องมือที่ 4 เครื่องมือเชิงคุณภาพ แนวคำถามปลายเปิดด้านการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สะท้อนถึงสาเหตุ ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ และแนวทางการแก้ไขปัญหา

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ADL คะแนนเฉลี่ย TGDS และ ความพึงพอใจก่อนหลังพัฒนาด้วยสถิติ Paired t-test

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยอ่านข้อมูลที่บันทึกและจัดหมวดหมู่ตามข้อคาถามเพื่อลงรหัสข้อมูล (coding) ร่วมกับการสร้างคำถามจากข้อมูลที่มีความแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างคนอื่น นำไปสอบถามอีกครั้งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ จัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้เป็นประเด็นย่อย และพิจารณา

รวมเป็นประเด็นหลัก ที่สะท้อนถึงสาเหตุและปัญหาการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแบบเดิม และแนวทางการแก้ไขปัญหา

**จริยธรรมการวิจัย**

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในกับมนุษย์ สานักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

**ผลการวิจัย**

1. การวิเคราะห์ปัญหา รูปแบบเดิมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลเขาวง มีการดูแลโดยใช้การรักษาพยาบาลในรูปแบบงานประจำ ซึ่งพบปัญหาภาระงานที่หนักมากเกินไป เกินกำลังที่จะดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ใช้กลไกการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและ รพ.สต. การติดตามเยี่ยมบ้านในเวลาราชการทำให้ภาระงานเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย การใช้งบการรักษาในโรงพยาบาลเขาวง ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีข้อจำกัดในการเบิกได้เพียงงบการรักษาเท่านั้น ขาดงบประมาณในมิติด้านอื่น การกำหนดบทบาทการดูแลโดยใช้คำสั่งคณะทำงานในภาพโรงพยาบาล และ คปสอ.เขาวง ขาดการทบทวนต่อเนื่อง มีการกำกับและดำเนินงานตามนโยบาย และตัวชี้วัด ตาม สสจ.กาฬสินธุ์เป็นผู้เร่งรัดและประเมินผลเพื่อผ่านตัวชี้วัดงานประจำและงานยุทธศาสตร์ ในด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งรักษาพยาบาลตามแนวทางเดิม และรักษาพยาบาลตามรูปแบบของงานประจำ มีการทบทวนแนวทางใหม่บ้าง หากทางจังหวัดเชิญประชุมสมนาทบทวนแนวทางนานๆครั้ง ในเชิงปริมาณกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 76 ร้อยละ 83.52 และ เพศชาย จำนวน 15 คน ร้อยละ 16.48 ช่วงอายุ ส่วนมาก อยู่ในช่วง 81-85 ปี จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 25.27 รองลงมาอยู่ในช่วง 71-75 ปี จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 19.78 และช่วงอายุ 65-70 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 17.58 (Mean ± SD=79.34 ± 7.85) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด สถานภาพส่วนมากแต่งงาน และอาศัยด้วยกัน จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 45.05 รองลงมาสถานะภาพโสด จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 35.16 และสถานะหม้าย จำนวน 18 คนคิดเป็นร้อยละ 19.78 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนมากไม่ได้เรียนหนังสือจำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 52.75 รองลงมา ระดับประถมศึกษา จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 38.46 และ มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 8.79 ตามลำดับ อาชีพส่วนมาก ทำงานบ้าน จำนวน 65 คน ร้อยละ 71.43 รองลงมา อาชีพทำไร่ทำนา จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 49.45 และ อาชีพทำสวน จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 26.37 ตามลำดับ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ส่วนมากมีรายได้ ต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวน 37 คน ร้อยละ 40.66 รองลงมา รายได้ 10,000-20,000 บาท จำนวน 28 คน ร้อยละ 30.77 และรายได้ 20,001-50,000 บาท จำนวน 18 คน ร้อยละ 19.78 ความเพียงพอของรายได้ ส่วนมากไม่มีหนี้สินพอใช้ จำนวน 45 คน ร้อยละ 49.45 รองลงมา ไม่พอเพียง มีหนี้สิน จำนวน 26 คน ร้อยละ 28.57 รองลงมา พอเพียง ไม่มีเงินเหลือ จำนวน 12 คน ร้อยละ 13.19 โรคร่วมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 48.35 รองลงมาคือโรคเบาหวาน จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 34.07 และ โรคไตเรื้อรัง จำนวน 14 คน ร้อยละ 15.38 ตามลำดับ ปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนมากมีปัญหาเรื่องความอ่อนแรงของแขนขา จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 95.60 รองลงมาด้านความจำจำนวน 58 คน ร้อยละ 63.74 และ การมองเห็น จำนวน 54 คน ร้อยละ 59.34 ตามลำดับ

2.การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยโรงพยาบาลเขาวงได้ร่วมกับเทศบาลตำบลกุดสิม ได้วางโยบายระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิง ได้รับมอบหมายจัดให้มีการดำเนินการในภาพ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับโรงพยาบาลเขาวง ตำบลคุ้มเก่า เขตเทศบาลตำบลกุดสิม ได้นำร่องนำนโยบายดังกล่าวมาใช้ ประกอบด้วย 6 มาตรการสำคัญดังนี้ 1) การบูรณาการบริการด้านสาธารณสุข 2)สนับสนุนกลไกบริการด้านสังคมโดยชุมชน 3) บูรณาการงบประมาณร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น 4) กำหนดบทบาทหน้าที่คำสั่งคณะทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอำเภอ 5) ขึ้นทะเบียนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิง (Care Manager) และอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิง (Care Giver) และจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) 6) การประเมินและรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยแนวทางที่ได้มาตรฐานและทันสมัย

3. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 ผลการการถอดบทเรียน จากการพัฒนาพบว่า การบูรณาการบริการสาธารณสุขไม่ว่าจะเป็นการเยี่ยมบ้าน การรักษาที่ รพ.สต. การรักษาที่โรงพยาบาล การดูแลสุขภาพชุมชนโดย อสม. การดูแลผ่านศูนย์ชีวาภิบาลในชุมชน การดูแลผ่านสุขศาลา การดูแลสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยโดยผู้นำชุมชน และ อปท. ล้วนเป็นการดูแลบริการด้านสาธารณสุขในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเกื้อกูลเป็นระบบ ทำให้แก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ การผลักดันและสนับสนุนกลไกบริการให้ชุมชนเป็นเจ้าของ รู้สึกเป็นเจ้าภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่การดูแลตนเอง ญาติดูแล ครอบครัวดูแล และคนในหมู่บ้านเป็นผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นบุคลากรที่คนในสังคมนับถือ จะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดี โดยรัฐเป็นผู้สนับสนุนอุปกรณ์ และองค์ความรู้ให้กับคนในชุมชน การเพิ่มทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีครอบครัว ชุมชน มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพทุกระบบ สนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ คุณภาพโรงเรียนผู้สูงอายุทั้งในระดับชุมชนและระดับครอบครัว ตรงตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่นให้ผู้มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี เข้าถึงบริการอย่าง เสมอภาค ถ้วนหน้าและเท่าเทียมเป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร และสมานฉันท์ งบประมาณการดูแลผู้สูงอายุโดยส่วนมากจะอยู่ในชุมชน โดยเฉพาะ งบกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ซึ่งเจ้าหน้าที่ อสม. ผู้นำชุมชน สามารถเขียนโครงการรองรับและนำมาใช้แก้ปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างดีเยี่ยม ซึ่งเป็นงบใช้ได้ในกรณีส่งเสริมป้องกันมากกว่า รอการรักษา ซึ่งจำเป็นต้องใช้งบจากทางโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว การกำหนดบทบาทหน้าที่ในภาพอำเภอ โดยใช้กระบวนการทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งบูรณาการงบร่วมกับคนกาฬสินธุ์ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง โดยทีมอำเภอจะดูแลเรื่องสิ่งปลูกสร้างที่อยู่อาศัย อสม. หมอประจำบ้าน จะดูแลตามนโยบาย 3 หมอเยี่ยมบ้าน ศูนย์ชีวาภิบาลและศูนย์โฮมสุขจะสนับสนุนอุปกรณ์ ผู้นำชุมชนจะดูแลความเรียบร้อยเมื่อเกิดปัญหาเร่งด่วนในชุมชน รวมถึงการส่งต่อร่วมกับกู้ภัยเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพเร่งด่วน อปท.กุดสิม จะสนับสนุนด้านงบประมาณ โรงพยาบาลจะสนับสนุนด้านการรักษา ตามบทบาทหน้าที่นี้จะมีประสิทธิภาพอย่างมาก การอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง ตามแนวทางของ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุปฏิบัติตนในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่ดีอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี เข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมด้วยระบบการบริการการดูแลเยี่ยมบ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรจะสามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี การพัฒนาทักษะด้านความรู้และเทคโนโลยีทันสมัยในการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะช่วยให้การดูแลแต่ละบุคคลนั้นถูกต้องเหมาะสม ในระดับปัจเจก และสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าในอนาคตว่าจะบริการในทิศทางที่ถูกต้อง

เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงการประเมินและการรักษาตามแนวทางที่ทันสมัยในการพยาบาลที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลเขาวงตามแนวทางที่วางเอาไว้ และแผนการรักษาที่วางเอาไว้ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับบริการที่มีมาตรฐาน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ อีกทั้งยังสามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของโรงพยาบาลเขาวง ลดความแออัด

3.2 ผลประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ส่วนมากมีภาวะพึ่งพิงปานกลาง (9– 11 คะแนน) จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 63.74 รองลงมาภาวะพึ่งพิงรุนแรง (5 – 8 คะแนน) จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 31.87 และ ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (0 – 4 คะแนน) จำนวน 4 คนคิดเป็นร้อยละ 4.40 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 2

**ตารางที่ 1** ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index, ADL) ก่อนพัฒนาเทียบหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=91)

| ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน | ก่อนพัฒนา | | หลังพัฒนา | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (0 – 4 คะแนน) | 12 | 13.19 | 4 | 4.40 |
| ภาวะพึ่งพิงรุนแรง (5 – 8 คะแนน) | 63 | 69.23 | 29 | 31.87 |
| ภาวะพึ่งพิงปานกลาง (9– 11 คะแนน) | 16 | 17.58 | 58 | 63.74 |
| ไม่เป็นการพึ่งพิง (12 – 20 คะแนน) | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |

ผลการทดสอบคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index, ADL) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index, ADL) เพิ่มขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนามีค่า 7.03 คะแนน (SD 1.78 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยของดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index, ADL) ภายหลังการพัฒนามีค่า 8.83 คะแนน (SD 1.54 คะแนน) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index, ADL) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 7.68) ดังตารางที่ 2

**ตาราง** 2 การทดสอบคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index, ADL) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=91)

| รายการ | จำนวน | คะแนนเฉลี่ย | S.D. | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| คะแนน ADL ก่อนการพัฒนา | 91 | 7.03 | 1.78 | 7.68 | <.001* |
| คะแนน ADL หลังการพัฒนา | 91 | 8.86 | 1.54 | | |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 ผลประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS-15) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ส่วนมากไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 – 5 คะแนน) จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 78.02 รองลงมาเริ่มมีภาวะซึมเศร้า (ต้องติดตาม 6 – 10 คะแนน) จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 20.88 และมีภาวะซึมเศร้า (พบแพทย์ 11 – 15 คะแนน) จำนวน 1 คนคิดเป็นร้อยละ 1.10 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ระดับความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS-15) ก่อนพัฒนาเทียบหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=91)

| การประเมินระดับความเศร้าในผู้สูงอายุ | ก่อนพัฒนา | | หลังพัฒนา | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| มีภาวะซึมเศร้า (พบแพทย์ 11 – 15 คะแนน) | 6 | 6.59 | 1 | 1.10 |
| เริ่มมีภาวะซึมเศร้า (ต้องติดตาม 6 – 10 คะแนน) | 47 | 51.65 | 19 | 20.88 |
| ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 – 5 คะแนน) | 38 | 41.76 | 71 | 78.02 |

ผลการทดสอบคะแนนความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-15) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของคะแนนความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-15) ลดลง โดยค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนามีค่า 7.03 คะแนน (SD 1.78 คะแนน) คะแนนความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-15) ภายหลังการพัฒนามีค่า 8.83 คะแนน (SD 1.54 คะแนน) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-15) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ คะแนนเฉลี่ยลดลงก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 7.68) ดังตาราง 4

ตาราง 4 การทดสอบคะแนนความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS-15) ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=91)

| รายการ | จำนวน | คะแนนเฉลี่ย | S.D. | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| คะแนน SDGs ก่อนการพัฒนา | 91 | 6.14 | 2.51 | -2.78 | .007* |
| คะแนน SDGs หลังการพัฒนา | 91 | 5.21 | 2.27 | | |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.4 ผลประเมินความพึงพอใจภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีคะแนนความพึงพอใจมากที่สุดในข้อการเอาใจใส่ดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 85.71 รองลงมาคือ การทำงานร่วมกับเครือข่ายบุคลากรในชุมชน จำนวน 75 คน ร้อยละ 82.42 และการให้บริการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน73 คน ร้อยละ 80.22 ตามลำดับ

ผลการทดสอบคะแนนความพึงพอใจภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ เพิ่มขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนามีค่า 17.84 คะแนน (SD 5.22 คะแนน) คะแนนความพึงพอใจภายหลังการพัฒนามีค่า 20.22 คะแนน (SD 3.64 คะแนน) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนความพึงพอใจ ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 7.68) ดังตาราง 5

**ตารางที่ 5** การทดสอบคะแนนความพึงพอใจภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=91)

| รายการ | จำนวน | คะแนนเฉลี่ย | S.D. | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| ความพึงพอใจก่อนการพัฒนา | 91 | 17.84 | 5.22 | 5.11 | .001* |
| ความพึงพอใจหลังการพัฒนา | 91 | 20.22 | 3.64 | | |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**สรุปและอภิปรายผล**

การวิเคราะห์ปัญหารูปแบบเดิมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลเขาวง มีการดูแลโดยใช้การรักษาพยาบาลในรูปแบบงานประจำ ซึ่งพบปัญหาภาระงานที่หนักมากเกินไป เกินกำลังที่จะดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น การใช้งบใช้ได้เพียงงบด้านการรักษา ขาดงบประมาณในมิติด้านอื่น การกำหนดบทบาทการดูแลโดยใช้คำสั่งคณะทำงานในภาพโรงพยาบาล ขาดการทบทวนต่อเนื่อง มีรักษาพยาบาลตามรูปแบบของงานประจำ มีการทบทวนแนวทางใหม่บ้าง หากทางจังหวัดเชิญประชุมสมนาทบทวนแนวทางนานๆครั้ง เนื่องจากข้อจำกัดและระเบียบของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช.ที่ให้เบิกจ่ายด้านการรักษา ยังขาดมิติงบด้านอื่น เช่น การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อผู้สูงอายุพึงพิงที่ต้องอาศัยหน่วยงานรัฐอื่นที่เอื้อต่อระเบียบ สอดคล้องกับ เลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง[7]

ประชากรส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 81-85 ปี สถานภาพส่วนมากแต่งงาน ระดับการศึกษาไม่ได้เรียนหนังสือ อาชีพส่วนมากทำงานบ้าน รายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนมากมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ความเพียงพอของรายได้ส่วนมากไม่มีหนี้สินพอใช้ โรคร่วมส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และ โรคไตเรื้อรัง จำนวน ปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนมากมีปัญหาเรื่องความอ่อนแรงของแขนขา ด้านความจำและการมองเห็น เนื่องจากภาวะรายได้ และโรคเรื้อรังที่รุมเร้าเป็นโรคร่วม ซึ่งในปัจจุบันโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และส่งผลต่อจำนวนการรักษาในโรงพยาบาลอีกด้วย รวมทั้งสังคมผู้สูงอายุที่มีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับ บุษบา แพงบุปผา และ ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล[8]

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 6 มาตรการสำคัญดังนี้ 1) การบูรณาการบริการด้านสาธารณสุข 2)สนับสนุนกลไกบริการด้านสังคมโดยชุมชน 3) บูรณาการงบประมาณร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น 4) กำหนดบทบาทหน้าที่คำสั่งคณะทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอำเภอ 5) การขึ้นทะเบียนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิง (Care Manager) และอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิง (Care Giver) และจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) 6) การประเมินและรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยแนวทางที่ได้มาตรฐานและทันสมัย เนื่องจากการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ภาครัฐ และภาคเอกชน รวมทั้งชุมชนและประชาชนจะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ครอบคลุมมากกว่าโรงพยาบาลฝ่ายเดียว สอดคล้องกับ นัทธมน หรี่อินทร์[9] และ สอดคล้องกับ มธุรส สว่างบำรุง และ ธีรยุทธ วิสุทธิ[10] ผลประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ADL) ภายหลังการพัฒนาส่วนมากมีภาวะพึ่งพิงปานกลาง รองลงมาภาวะพึ่งพิงรุนแรง และภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ ตามลำดับ สอดคล้องกับ นงนุช แย้มวงษ์[11] ผลประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-

15) ภายหลังการพัฒนา ส่วนมากไม่มีภาวะซึมเศร้า รองลงมาเริ่มมีภาวะซึมเศร้า และ มีภาวะซึมเศร้า ตามลำดับ สอดคล้องกับ ผกามาศ พิมพ์ธารา, พรชัย จูลเมตต์ และ นัยนา พิพัฒน์วณิชชา[12] ผลประเมินความพึงพอใจ ส่วนพึงพอใจมากที่สุดในข้อการเอาใจใส่ดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ การทำงานร่วมกับเครือข่ายบุคลากรในชุมชน และการให้บริการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน ตามลำดับ สอดคล้องกับ ชาญชัย เหลาสาร และคณะ[13] ผลการทดสอบ คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ADL) คะแนนความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-15) และผลประเมินคะแนนความพึงพอใจเปรียบเทียบก่อนหลังพัฒนาทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 7.68, 2.68, 5.11) ตามลำดับ สอดคล้องกับ อิสรีย์ ศิริวรรณกุลธร และคณะ[14]

**ข้อเสนอแนะ**

1. การนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ไปประยุกต์ใช้ในบริบทของชุมชน ควรใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประเมินผลและปรับปรุงอย่างน้อย 3 วงรอบ จะทำให้ได้รูปแบบที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ มีสุขภาพจิตดีและเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการได้

2. ควรมีการพัฒนาทักษะผู้จัดการและผู้ดูแลผู้สูงอายุพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องร่วมกับชุมชนจึงเกิดประสิทธิภาพ

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มการทดลองเปรียบเทียบในพื้นที่ชุมชนที่มีขนาดใกล้เคียงกันเพื่อทำให้สามารถปรับปรุงประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดีขึ้นตามความต่างในแต่ละบริบท

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบคุณบุคลากรโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งหัวหน้างานต่างๆในโรงพยาบาล ภาคีเครือข่ายอำเภอเขาวง ประชาชน และขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบาลเขาวงที่ให้ความอนุเคราะห์การลงเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

**เอกสารอ้างอิง**

1. กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ. รายงานสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย, กรมกิจการผู้สูงอายุ.กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2564.
2. สำนักงานสถิติจังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานสถานการณ์ ผู้สูงอายุจังหวัดกาฬสินธุ์. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2564.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานสถานการณ์ความครอบคลุม 3 หมอในผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ติดสังคม. ฐานข้อมูลสุขภาพ (HDC) จังหวัดกาฬสินธุ์. (2565) สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์; 2565.
4.โรงพยาบาลเขาวง. รายงานศูนย์ฐานข้อมูลสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์; 2564.
5. Jitapunkuls, et al. Disability Among Thai Elderly Living in Klong Toey Slum. J Med assoc Thai.1994 May 77:231 – 238.
6. Wongpakaran, T. (2012). prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: a report from Northern Thailand. Psychogeriatric, 12(1); 11-17.
7. เลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง. การพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยแบบประคับประคองกรุงเทพมหานคร. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 2564 ; 17(1), 15-29.

8. บุษบา แพงบุปผา และ ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. รายงานการประเมินสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดย Software care plan. ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี; 2564.
9. นัทธมน หรี่อินทร์. การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนด้วยกระบวนการ care management : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2563 ; 17(3), 85-93.
10. มธุรส สว่างบำรุง และ ธีรยุทธ วิสุทธิ. การจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิงเพื่อความสุขของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 2567; 18(1), 128-142.
11. นงนุช แย้มวงษ์. คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2564; 21(1), 37-44.
12. ผกามาศ พิมพ์ธารา, พรชัย จูลเมตต์, นัยนา พิพัฒน์วณิชชา. การศึกษานำร่องผลของโปรแกรมกระตุ้นศักยภาพสมองด้านการรู้คิดต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในชุมชน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2565; 30(3), 1-12.
13. ชาญชัย เหลาสาร. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง ตำบลกระเดียน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563; 29(5), 813-821.
14. อิสรีย์ ศิริวรรณกุลธร และคณะ. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ คลินิกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2564 ; 29(1), 1-11.

# ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ Human papillomavirus ของสตรีในพื้นที่อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

# Prevalence of HPV infection and risk factors associated with abnormal cytology of cervical cell among woman In Yang Talad district, Kalasin province.

(Received: April 17,2024 ; Revised: April 27,2024 ; Accepted: April 28,2024)

**วราภรณ์ จันทร์รัตน์**[1]
**Waraporn Juntarut**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการการวิจัยเชิงสำรวจ ศึกษาข้อมูลย้อนหลัง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (retrospective cross sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความชุกของการติดเชื้อ HPV และปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูก ของสตรีในพื้นที่อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA testing ระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2567 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 จำนวน 2,489 ราย โดยมีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ในผู้ที่ผลตรวจ HPV HR Positive จำนวน 286 ราย ถูกนำมาเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ในการหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Chi-square test และ และ การหาขนาดของความสัมพันธ์ ใช้ค่าของ Odd Ratio, 95%CI กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: พบว่า ความชุกของการติดเชื้อ HPV ของสตรีในอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ คิดเป็นร้อยละ 11.49 ซึ่งแบ่งเป็นการติดเชื้อ 5 อันดับแรกคือ HPV 52, 68, 16, 51 และ58 ที่ร้อยละ 2.10, 1.57, 1.28, 1.17 และ 1.04 ตามลำดับ และมีปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ประวัติการกินยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานมากกว่า 5 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อผลเป็นบวก คิดเป็นเกือบ 2.7 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีประวัติ (OR = 2.749, 95%CI = 1.603-4.712), ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย มีโอกาสเสี่ยงต่อผลเป็นบวก คิดเป็นเกือบ 4.11 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีประวัติ (OR = 4.11, 95%CI = 2.425-7.026) และประวัติการดื่มสุรา มีโอกาสเสี่ยงต่อผลเป็นบวก คิดเป็น 1.9 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีประวัติ (OR = 1.93, 95%CI = 1.172-3.166) ตามลำดับ

**คำสำคัญ:** ความชุก, ความเสี่ยง, การติดเชื้อไวรัส HPV, การตรวจ HPV DNA Test ,มะเร็งปากมดลูก

**Abstract**

This research was survey research by retrospective cross-sectional study. The objective of this study is to study the prevalence of HPV infection and risk factors associated with cervical cell abnormalities in women in Yang Talat District, Kalasin Province. The results of cervical cancer screening using HPV DNA testing were collected from January 2024 to February 2024, totaling 2,489 cases. Purposive sampling was used in 286 cases with HPV HR Positive results. Data were collected using questionnaire. The statistical analysis included descriptive statistics to find the frequency, percentage, and standard deviation, and inferential statistics using Chi-square test and and the size of the relationship was determined using Odd Ratio, 95%CI, with a statistical significance level of 0.05.

Results: The prevalence of HPV infection in women in Yang Talat District, Kalasin Province was 11.49 percent, divided into the top 5 infections: HPV 52, 68, 16, 51, and 58 at 2.10, 1.57, 1.28, 1.17, and 1.04 percent, respectively. The risk factors associated with cervical cell abnormalities were statistically significant at the 0.05 level, namely, history of taking birth control pills for more than 5 years, which had a risk of a positive result of almost 2.7 times compared to those without a history (OR = 2.749, 95%CI = 1.603-4.712), history of having sex at a young age, which had a risk of a positive result of almost 4.11 times compared to those without a history (OR = 4.11, 95%CI = 2.425-7.026), and history of drinking alcohol. The risk of a positive result was 1.9 times higher than those without a history (OR = 1.93, 95%CI = 1.172-3.166), respectively.

**Key Word:** Prevalence, Risk, HPV infection, HPV DNA test, Cervical cancer

[1] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

**บทนำ**

องค์กรวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer: IARC) ได้คาดการณ์ว่าในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากมะเร็งทุกชนิดปีละ 7.6 ล้านคน และมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทุกชนิดประมาณ 13 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มเป็น 13 ล้านคน โดยจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็น 21.3 ล้านคน และยังพบว่ามะเร็งปากมดลูกจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น องค์การอนามัยโลกได้กล่าวไว้ว่าถ้ากลุ่มสตรีได้รับการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 90.0 ในทุก ๆ ปี จะสามารถลดอัตราการตายด้วยมะเร็งปากมดลูกได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทุก ๆ 5 ปี ก็จะสามารถรอดชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก ได้ร้อยละ 70.0 และลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกได้ ถึงร้อยละ 55.0 โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ พบมากในสตรีทั่วโลกโดยในปี ค.ศ. 2020 มีผู้ป่วยรายใหม่ 604,000 ราย เสียชีวิต 342,000 ราย และร้อยละ 90 ของผู้ป่วยรายใหม่และเสียชีวิตอยู่ในประเทศที่มีกำลังพัฒนาและเศรษฐานะต่ำ มะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อ Human papillomaviruses (HPV) ซึ่งเป็นไวรัสที่พบได้บ่อยโดยการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในปี 2561 ทั่วโลกพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ จำนวน 569,847 ราย และพบ ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก จำนวน 311,365 ราย อัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก (Age Standardized Rate, ASR) พบ 6.9 ต่อประชากรแสนคนต่อปี[1]

สถิติของประเทศไทยพบว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับสองของสตรีไทยรองจากมะเร็งเต้านม โดยมีสาเหตุหลักเกิดจากการติดเชื้อ Human papillomavirus 14 high risk (HPV 14 HR) ซึ่งเป็นสายพันธุ์ความเสี่ยงสูง 14 สายพันธุ์ คือ 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66 และ68 การศึกษาความชุกของการติดเชื้อHPV และสายพันธุ์ของ HPV ของสตรีไทย จำนวน 14,747 ราย พบว่ามีอัตราอุบัติการของมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 8.23 และผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปี จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมีการศึกษาหาความชุกของการติดเชื้อ HPV ในพื้นที่จังหวัดกำแพงเพชร พิจิตร ชัยนาท อุทัยธานี และที่อำเภอกมลาไสยจังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นร้อยละ 9.09, 7.55, 6.62, 6.05, และ 4.08 ตามลำดับ ในปี 2560 มีผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ยวันละ 15 ราย หรือ 5,422 รายต่อปี[2] เสียชีวิตเฉลี่ยวันละ 6 ราย หรือ 2,238 รายต่อปี โดยคาดการณ์ว่าในปี 2568 จะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็นปีละประมาณ 13,082 ราย เสียชีวิต 7,871 ราย (กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) จังหวัดกาฬสินธุ์ในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา (ปี 2557-2560) พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ 33.25, 36.43, 39.17, 36.92 ต่อแสนประชากร[3] จากข้อมูลจะเห็นได้ว่า อัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกในจังหวัดกาฬสินธุ์มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งในปัจจุบันสาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อ Human papilloma virus (HPV) โดยเฉพาะสายพันธ์ 16 และ 18 พบได้ถึงร้อยละ 75 ที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกโดยติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัจจัยเสี่ยงสำคัญอื่นๆ ได้แก่ การมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย การตั้งครรภ์หรือมีบุตรหลายคน การมีประวัติเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ภูมิต้านทานต่ำการรับประทานยาคุมกำเนิด การสูบบุหรี่ และการไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก[4]

สำหรับประเทศไทย สถาบันมะเร็งแห่งชาติได้ให้ความสำคัญในการรณรงค์ให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยกำหนดแผนดำเนินการในปี 2561-2565 มีเป้าหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-60 ปีด้วยวิธี Pap smear, VIA หรือ HPV DNA test วิธีใดวิธีหนึ่งครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ตรวจคัดกรองอย่างน้อย 1 ครั้งทุก 5 ปี คาดว่าจะสามารถลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกลงได้ร้อยละ 55 ภายใน 5 ปี[5] และข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2559-2561 พบค่า ASR 11.1 ต่อประชากรแสนคนต่อปี เป็นอันดับ 5 รองลงมาจากมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งตับ ท่อน้ำดี และมะเร็งปอด ตามลำดับ[2] จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า มะเร็งปากมดลูกยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขของไทย โดยพบอุบัติการณ์ และความชุกสูงในสตรี จากรายงาน

สถานการณ์โรคมะเร็งปากมดลูก (ปี พ.ศ. 2560-2564) พบจำนวน 5,359 ราย ในขณะที่มารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติย้อนหลัง 5 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564 พบผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 283 ราย, 280 ราย, 272 ราย, 182 ราย และ 225 ราย ตามลำดับ การแก้ปัญหาระดับนโยบายโดยแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Control Program) และได้แก้ไขปัญหานี้โดยจัดทำโครงการ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับชาติที่ครอบคลุมพื้นที่ 75 จังหวัดทั่วประเทศ โดยทำการตรวจคัดกรองและ ตรวจค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้นด้วยวิธีการตรวจแปปสเมียร์ (Pap smear) นั่นคือในสตรีที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี จะ ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกๆ 5 ปี ซึ่งสามารถเข้ารับการบริการได้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลใกล้บ้าน ที่มีจำนวนประมาณ 10,000 แห่งทั่วประเทศโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยโครงการดังกล่าวมีเป้าหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80.0 ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ในปี พ.ศ. 2558-2562 ได้กำหนดการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสมไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80.0 ของประชากรกลุ่มเสี่ยงทั้งนี้เพื่อลด อัตราป่วยและอัตราการเสียชีวิต

จังหวัดกาฬสินธุ์ได้จัดทำโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกรอบปี 2558-2562 ครอบคลุมสะสมในรอบ 5 ปีอย่างน้อยร้อยละ 80 แต่จากผลการดำเนินงาน 4 ปีที่ผ่านมาเริ่มตั้งแต่ปี 2558-2561 พบว่า สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสมต่ำกว่าเกณฑ์มาก ครอบคลุมเพียงร้อยละ 41.52 ของทั้งจังหวัดกาฬสินธุ์ และพบว่าผลตรวจเซลล์ปากมดลูกผิดปกติมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นพบจำนวน 148, 159, 156, และ 188 รายตามลำดับ รวมทั้งการตรวจพบเซลล์ปากมดลูกที่ผิดปกติพบได้ตั้งแต่อายุ 15 ปีจนถึงวัยผู้สูงอายุ และพบว่ามีสตรีบางส่วนที่เข้ามารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นกลุ่มอายุที่อยู่นอกกลุ่มเป้าหมาย[3]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเฉพาะในสตรีกลุ่มเป้าหมาย 30-60 ปี แต่ไม่ครอบคลุมสตรีทุกช่วงวัยเนื่องจากอุบัติการณ์มะเร็งปากลูกเกิดได้ทุกช่วงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่พบมากในวัยผู้สูงอายุและวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 17 ปี เพราะช่วงนี้จะมีความไวต่อสารก่อมะเร็งสูงมากโดยเฉพาะเชื้อ HPV[4] อีกทั้งในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบเชิงรุก ครอบคลุมทุกช่วงวัยทั้งสตรีกลุ่มเป้ามาย กลุ่มที่มีอาการแสดงสงสัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกและกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง[4]

ดังนั้น ด้วยความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญกับปัญหาโรคนี้ ถ้าสามารถวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกได้ตั้งแต่ระยะแรกๆ ก็จะช่วยให้กระบวนการรักษาผู้ป่วยมีโอกาสหายได้มากขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ 1. ศึกษาความชุกของการติดเชื้อ HPV ชนิดสายพันธุ์ความเสี่ยงสูง ในกลุ่มประชากรพร้อมทั้งติดตามผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาคลินิก เพื่อประเมินค่าการทำนายผลบวก (positive predictive value: PPV) ของการติดเชื้อเอชพีวีสายพันธุ์ต่างๆ เมื่อตรวจพบความผิดปกติของชิ้นเนื้อปากมดลูกและใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการคัดเลือกวัคซีนที่เหมาะสมและติดตามการรักษาผู้ติดเชื้อเอชพีวี ชนิดสายพันธุ์ความเสี่ยงสูงซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูกต่อไป 2.ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงของความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกในสตรีในพื้นที่อำเภอยางตลาด เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนทางการแพทย์ ทางการพยาบาล รวมถึงได้เข้าใจถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับโอกาสเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก และสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาทำการรณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้กับสตรีกลุ่มเสี่ยงมารับการตรวจคัดกรองมากขึ้น รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเพิ่มระดับความรู้ ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย เกิดความตระหนักถึงอันตรายที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับโรค และมีทักษะในการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต จนสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกในสตรีต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อหาความชุกของการติดเชื้อ HPV high risk type จากผลตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกของสตรีในพื้นที่อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

**ขอบเขตของการวิจัย**

1. **ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** คือ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ สตรีไทยช่วงอายุ 30-60 ปี ในพื้นที่อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA testing จำนวน 2,489 ราย โดยมีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ในผู้ที่ผลตรวจ HPV HR Positive จำนวน 286 ราย

**2. ด้านเวลา** ระยะเวลาในการทำการวิจัยคือ เดือน มกราคม พ.ศ. 2567 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลาในการวิจัย 2 เดือน

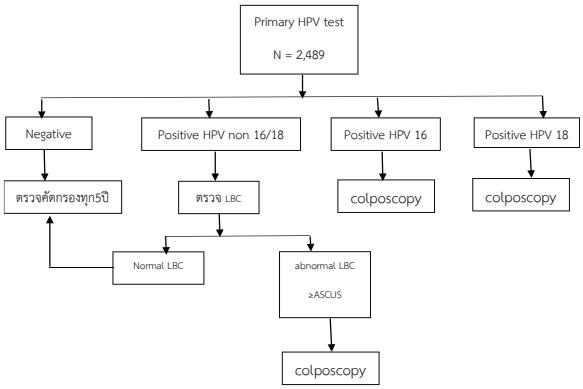
**ขั้นตอนในการดำเนินกรวิจัย**

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่จะเข้าดำเนินการ ถึงผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย

2. ชี้แจงขั้นตอนการวิจัยต่อผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน เจ้าหน้าที่ และขอความร่วมมือในการทำการวิจัยครั้งนี้

3. เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ได้แก่ ผลการตรวจ HPV DNA test โดยดำเนินการตรวจตามแนวทาง primary HPV DNA test หากพบการติดเชื้อ HPV สายพันธ์ความเสี่ยงสูงอื่นที่ไม่ใช่สายพันธ์ 16/18 จึงตรวจคัดกรองซ้ำด้วยการตรวจทางเซลล์วิทยาแบบแผ่นบาง หรือ LBC เมื่อพบความผิดปกติคือ พบการติดเชื้อ HPV สายพันธ์ 16 หรือ 18 หรือสายพันธ์ความเสี่ยงสูงอื่นที่พบความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกตั้งแต่ระดับ Atypical squamous cells of undetermined significant (ASCUS) ตรวจทางเซลล์วิทยาแบบแผ่นบาง จึงตรวจยืนยันโดย colposcopy ตามแนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ดังแสดงในภาพ




4. เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามด้วยตนเองในกลุ่มที่ผลตรวจ HPV positive จำนวน 286 ราย

5. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม และเก็บบันทึกข้อมูล มาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลและเตรียมวิเคราะห์

**สถิติที่ใช้ในการวิจัย**

ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยประเมินความเสี่ยงมะเร็งปากมดลูกของของสตรี ในเขตรับผิดขอบโรงพยาบาลยางตลาด และใช้สถิติในการวิเคราะห์ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไป นำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทดสอบสมมติฐานและหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม โดยใช้การสถิติ Chi-Square test, Odd Ratio และ 95%CI ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

**ผลการวิจัย**

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มผู้ที่ติดเชื้อเอชพีวีมีอายุน้อยกว่า 40 ปี จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 16.78 อายุมากกว่า 40 ปี จำนวน 238 คน คิดเป็นร้อยละ 83.22 มีสถานะภาพสมรส จำนวน 255 คน คิดเป็นร้อยละ 89.16 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 250 คน คิดเป็นร้อยละ 87.41 มีรายได้ต่ำกว่า 6,000 บาท

ต่อเดือน จำนวน 153 คน คิดเป็นร้อยละ 53.49 ไม่มีประวัติป่วยเป็นโรคเรื้อรัง จำนวน 260 คน คิดเป็นร้อยละ 90.9 ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ จำนวน 269 คน คิดเป็นร้อยละ 94.06 มีประวัติดื่มสุรา จำนวน 146 คน คิดเป็นร้อยละ 51.05 มี ประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซิฟิลิส หนองใน จำนวน 260 คน คิดเป็นร้อยละ 21.68 ประวิติกินยาคุมกำเนิดเป็นเวลามากกว่า 5 ปี จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 26.93 ประวิติการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย จำนวน 76 คิดเป็นร้อยละ 26.57

2. ความชุกของการติดเชื้อ HPV ในการคัดกรองหามะเร็งปากมดลูก

จากการดำเนินการตรวจตามแนวทาง primary HPV DNA test จำนวน 2,489 ราย พบว่าความชุกของการติดเชื้อHPV พบเชื้อHPV สายพันธุ์ความเสี่ยงสูง จำนวน 286 ราย คิดเป็นร้อย 11.49 ซึ่งแบ่งเป็นการติดเชื้อ 5 อันดับแรกคือ HPV 52, 68, 16, 51 และ58 ที่ร้อยละ 1.97, 1.57, 1.28, 1.17 และ 1.04 ตามลำดับ โดยพบการติดเชื้อกลุ่ม HPV non 16,18 จำนวน 242 คิดเป็นร้อยละ 9.74 ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ non 16,18 จะได้รับการตรวจด้วยวิธี liquid based cytology (LBC) และถ้าผลเซลล์มะเร็งปากมดลูกผิดปกติมากกว่าหรือเท่ากับ ASC-US จะได้รับการตรวจยืนยันโดยการส่องกล้องปากมดลูก (colposcopy) และตรวจพยาธิสภาพชิ้นเนื้อ ส่วนผู้ที่พบเชื้อHPV 16,18 จะได้รับการตรวจยืนยันโดยการส่องกล้องปากมดลูก (colposcopy) และตรวจพยาธิสภาพชิ้นเนื้อ โดยพบสายพันธุ์ที่มีความผิดปกติของพยาธิสภาพชิ้นเนื้อมากกว่าหรือเท่ากับ LSIL สูงสุด 5 อันดับแรกคือ HPV 16, 68, 18, 51และ 52 ที่ร้อยละ 38.46, 15.38, 14.10, 14.10 และ 8.97 ตามลำดับ สายพันธุ์ที่พบว่ามีค่าการทำนายผลบวก positive predictive value ( PPV) มากที่สุด 5 อันดับแรกคือ 16, 18, 51, 68 และ 39 คิดเป็นร้อยละ 93.75, 91.67, 37.93, 30.77 และ 13.33 ตามลำดับ ในกลุ่มที่พบความผิดปกติมากกว่าหรือเท่ากับ HSIL ได้แก่ HPV 16, 51, และ52 คิดเป็นร้อยละ 5.13, 2.56 และ2.10 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการตัดปากมดลูกทั้งหมดจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.45 ของจำนวนผู้ติดเชื้อHPV สายพันธุ์ความเสี่ยงสูง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงผลตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกผิดปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังต่อไปนี้ ประวัติการกินยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานมากกว่า 5 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อผลเป็นบวก คิดเป็นเกือบ 3.6 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีประวัติ ($\chi$2= 9.991, OR = 3.538, 95%CI = 1.555-8.049, p-value=0.002) การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย มีโอกาสเสี่ยงต่อผลเป็นบวก คิดเป็นเกือบ 2.7 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีประวัติ ($\chi$2=6.599, OR = 2.657, 95%CI = 1.234-5.720, p-value=0.010) การดื่มสุรา มีโอกาสเสี่ยงต่อผลเป็นบวก คิดเป็น 6.4 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีประวัติ ($\chi$2= 9.611, OR = 6.410, 95%CI = 1.699-24.190, p-value=0.002)

**สรุปและอภิปรายผล**

จากการศึกษาความชุกของการติดเชื้อ HPV ของสตรีอายุระหว่าง 30–60 ปี ที่เข้าร่วมโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test จำนวน 2,489 ราย พบความชุกของการติดเชื้อ HPV ร้อยละ 11.49 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของศิริญญา เพชรพิชัย และคณะ5 พบว่าความชุกของ HPV ของสตรีในพื้นที่ 4 จังหวัดภาคเหนือตอนล่างร้อยละ 7.2 การศึกษาของอารยา เอี่ยมกุลเจริญศรี พบความชุกของการติดเชื้อ HPV ในพื้นที่จังหวัดนนทบุรีร้อยละ 7.93 ใกล้เคียงกัน ได้แก่ การศึกษาของ Phoolcharoen, N. และคณะ6 พบความชุกของการติดเชื้อ HPV ในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี ร้อยละ 13.7 และการศึกษาของ Yang Di และคณะ7 ของประชากรหญิงในจีน พบความชุกของการติดเชื้อ HPV ร้อยละ 12.5 ซึ่งสามารถอธิบายได้จากพื้นที่ที่มีการเจริญไปเป็นชุมชนเมืองในปัจจุบัน ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพและการดำเนินชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงเป็นแบบวัฒนธรรมตะวันตกมากขึ้นรวมทั้งมีการย้ายถิ่นฐานของประชากรไปทำงานในเมืองแล้วกลับกลับเข้ามาอยู่ในพื้นที่เมื่ออายุมากขึ้น ส่งผลให้เกิดนำเชื้อเข้ามาในพื้นที่เพิ่มขึ้น

ความชุกของการติดเชื้อ HPV 11.49 โดยการติดเชื้อ HPV ที่พบสูง 5 อันดับแรก คือ สายพันธุ์ 52, 68, 16, 51 และ58 ที่ร้อยละ 1.97, 1.57, 1.28, 1.17 และ

1.04 ตามลำดับ แตกต่างกับการศึกษาของ Sousa,et al.8 ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test จำนวน 105,458 ในประชากรตอนเหนือของโปรตุเกส พบความชุกที่ร้อยละ 10.2 พบการติดเชื้อ HPV สูง คือสายพันธุ์ 16, 39, 31, 68, 52 และ 51

การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาความชุกของการติดเชื้อ HPV ในกลุ่มหญิงที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ของดุริยา ฟองมูล และคณะ9 ในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง และของศิริญญา เพชรพิชัยในเขตสุขภาพที่ 3 ปี 25675 ที่ พบมีการติดเชื้อ HPV สายพันธุ์เสี่ยงสูงที่ร้อยละ 6 และ 7.69 ตามลำดับ และพบการติดเชื้อ HPV 5 อันดับแรก คือ สายพันธุ์ 52, 16, 58, 18 และ 66 ตามลำดับ จากการศึกษาของเรานี้พบว่าความชุกที่แตกต่างกันเนื่องจากกลุ่มประชากรและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันแต่พบสายพันธุ์ 52 และ16 มีความชุกในอันดับต้นที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งสมารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการคัดเลือกวัคซีนที่เหมาะสมกับประชาการในพื้นที่ โดยในปัจจุบันวัคซีนที่เลือกใช้โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือวัคซีนป้องกัน HPV ชนิด 4 สายพันธุ์ ( 6, 11 ,16, 18 ) แต่มีการพัฒนาวัคซีนที่เป็น 9 สายพันธุ์ (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 ) ซึ่งความชุกของการติดเชื้อในพื้นที่อำเภอยางตลาดจังหวัดกาฬสินธุ์ มีความสัมพันธ์กับวัคซันชนิด 9สายพันธุ์ และยังพบว่าความสารถในการก่อโรคระดับHSIL ขึ้นไป3อันดับแรกจะพบว่าเป็น HPV type 16 51และ 52 คิดเป็นร้อยละ 12.5, 6.9 และ2.0 ตามลำดับ ซึ่งเป็นข้อมูลที่สนับสนุนการเลือกวัคซีนที่เหมาะสม

จากการศึกษาพบว่าสายพันธุ์ที่ตรวจพบความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกสองอันดับแรกคือ สายพันธุ์ 16และ18 คิดเป็นร้อยละ 93.75และ91.67 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลทางวิชาการอื่นๆ และจากการประเมินการติดเชื้อ HPV สายพันธุ์อื่นๆ ที่ไม่ใช่สายพันธุ์ 16และ18 สายพันธุ์ที่พบมีความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกมากกว่าร้อยละ 10 คือ สายพันธุ์ 51, 68, 52, 39 และ 58 คิดเป็นร้อยละ 37.93, 30.77, 14.29, 13.33 และ11.54 ตามลำดับ จะเห็นว่าสายพันธุ์ 51, 68, 52, 39 และ 58 มีความเสี่ยงสูงที่จะตรวจพบความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกแม้ความชุกในการติดเชื้อต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Boonthum, et al.10 ที่ศึกษาการติดเชื้อ HPV ในกลุ่มที่ตรวจพบความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูก จำนวน 376 ตัวอย่าง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลรามาธิบดี พบกลุ่มดังกล่าวมีการติดเชื้อ HPV สูง 3 อันดับแรกคือ สายพันธุ์ 16, 52 และ 51 ที่ร้อยละ 8.5, 7.7 และ 4.5ตามลำดับ

การติดตามผลชิ้นเนื้อปากมดลูก( cervical histology) ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการตรวจ colposcopy พบว่าผู้รับบริการที่ติดเชื้อ HPV มีความผิดปกติในระยะ LSIL, HSIL และ CA ที่ร้อยละ 24.83, 2.45 และ0 ตามลำดับ โดยพบว่าการติดเชื้อ HPV สายพันธุ์ 16, 51, 52 มีศักยภาพในการก่อโรคมะเร็งแม้มีความชุกในการติดเชื้อ HPV ในระดับต่ำ เมื่อประเมินค่าการทำนายผลบวกของการเกิดเซลล์ปากมดลูกผิดปกติของการติดเชื้อ HPV สายพันธุ์ต่างๆพบว่าค่าการทำนายผลบวกสูง 5 อันดับแรกคือ 16, 18, 51, 68 และ 52 คิดเป็นร้อยละ 93.75, 91.67, 37.93, 30.77 และ14.29 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับ Mini-review ของ Kietpeerakool, et.11 ที่ศึกษาการกระจายตัวของสายพันธุ์ HPV ในกลุ่มที่ถูกวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติในระยะ CIN 2-3, AIS และ invasive cervical cancer พบว่ามีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ HPV สายพันธุ์ 16, 58 และ18 ที่ร้อยละ 38.5, 20.0 และ 5.5 ตามลำดับ และการศึกษาของศิริญญา เพชรพิชัย5 พบว่าค่าการทำนายผลบวกของการติดเชื้อ HPV สูงสุก 5 อันดับแรก คือ สายพันธุ์ 16, 18, 45, 35 และ 58 ตามลำดับ นอกจากนี้พบความผิดปกติของชิ้นเนื้อปากมดลูกระดับ HSIL ตั้งแต่ 30-40ปี จำนวน2รายซึ่งเป็นการติดเชื้อ HPV 16 สอดคล้องกับการศึกษาของ Clark, et al.12 ที่ได้ศึกษาการติดเชื้อ HPV และผลการตรวจทางเซลล์วิทยาปากมดลูกผิดปกติ ในมลรัฐมิสซิสซิปปี สหรัฐอเมริกา พบการติดเชื้อ HPV ร่วมกับความผิดปกติของเซลล์ปากมาดลูกในกลุ่มคนที่อายุน้อยกว่า 30 ปี โดยพบว่าช่วงอายุ 21-24 ปี พบความผิดปกติที่ร้อยละ 50.2 ช่วงอายุ 30-34 ปี มีความผิดปกติที่ร้อยละ 30.2

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงของผลตรวจพบความผิดปกติเซลล์ปากมดลูก พบว่า ประวัติการกินยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานมากกว่า 5 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อผลเป็นบวก คิดเป็น 2.7เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีประวัติ ($\chi$2=13.986, OR = 2.749, 95%CI = 1.603-4.712, p-value=<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของโสภิดา ภู่ทอง และคณะ13 ได้ทำการศึกษา ความหลากหลายทางพันธุกรรมของจีน MDR1 ร่วมกับการใช้ยาคุมกำเนิดต่อความเสี่ยงการเกิดมะเร็งปากมดลูก เกี่ยวกับ P-elycoprotein (P-gp) ได้จากการถอดรหัสบนจีน MDR/ ทำหน้าที่ในการขับสารออกจากเซลล์โดยอาศัยพลังงานความหลากหลายทางพันธุกรรมของจีน MDR/ อาจจะมีผลต่อการทำงานของ P-gp และอาจเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ดังนั้น การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหลากหลายทางพันธุกรรมของจีน MDR I (C3435T) กับความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทยที่ใช้ยาคุมกำเนิด โดยศึกษาแบบ case-control study กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและกลุ่มควบคุม ที่มีอายุใกล้เคียงกัน กลุ่มละ 204 รายตรวจหาความหลากหลายทางพันธุกรรมของจีน MDRI (C3435T) จาก genomic DNA ด้วยวิธี real-time PCR ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่มีจีโนไทป์แบบ TT จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดถูก 3.30 เท่า (9S%CI = 1.0s-10.43,p = 0.042) หลังการปรับปัจจัยด้วยประวัติการสูบบุหรี่ของคู่นอนและการติดเชื้อเอชพีวี จากการศึกษาสรุปได้ว่าความหลากหลายทางพันธุกรรมของจีน MDR/ (C3435T) มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ใช้ยาคุมกำเนิด และสอดคล้องกับมยุรี วงค์ประเทศ และคณะ14 ที่ได้ศึกษา ลักษณะทางพันธุกรรมของจีน CYP1A1m1 เพิ่มความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูกในผู้ที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด พบว่า จีโนไทป์แบบ CC ของจีน CYP1A1 m1 เพิ่มความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก 10 เท่า ในสตรีที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดระยะเวลา 5-10 ปี (95% CI=0.66-530.47, p=0.0455) สรุป: ลักษณะทางพันธุกรรมของจีน CYP1A1 m1 มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นเวลานาน

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย(ต่ำกว่า 20ปี) มีโอกาสเสี่ยงต่อผลเป็นบวก คิดเป็นเกือบ 4.11 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีประวัติ ($\chi$2=28.346, OR = 4.11, 95%CI = 2.425-7.026, p-value=<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ พนิดา จันทโสภีพันธ์ และคณะ15 ได้ทำการศึกษา ความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV และมะเร็งปากมดลูกของนักศึกษาหญิง: ข้อเสนอแนะต่อการสอนเพศศึกษาและนโยบายสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการติดเชื้อ HPV สูง โดยร้อยละ 39.8 ของกลุ่มตัวอย่างเคยมีเพศสัมพันธ์และมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยที่สุดคือ 13 ปี ในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ 18.1 ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเวลามีเพศสัมพันธ์ ในจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีเพียง 6 คนเท่านั้น ที่เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV ร้อยละ 53 ไม่เคยทราบเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ HPV และมะเร็งปากมดลูกปานกลาง โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 7.84 (SD = 3.98, range 0-15) ผลการศึกษาครั้งนี้ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้มีหน้าที่รับผิดชอบนโยบายสาธารณะสุขภาพ ได้ข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปใช้ในการออกแบบโปรแกรมแก่เยาวชนให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อ HPV มะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV9 ต่อไป

ประวัติการดื่มสุรา มีโอกาสเสี่ยงต่อผลเป็นบวก คิดเป็น 1.9 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีประวัติ ($\chi$2= 6.766, OR = 1.930, 95%CI = 1.172-3.166, p-value=0.009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pragati Sharmaa,, Sanjay M. Pattanshetty16 ได้ทำการศึกษา ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูกในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ: การศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุม พบว่า สถานภาพสมรส (แต่งงานแล้ว) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของมะเร็งปากมดลูก OR มีอัตรา = 2.98 เท่า (1.23–7.20) ผู้ที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงเป็นมะเร็งปากมดลูก OR เท่ากับ 4.55 เท่า (1.17–17.73) เท่า เมื่อเปรียบเทียบ

กับผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ วัยหมดประจำเดือน 13-14 ปี พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของมะเร็งปากมดลูก OR มีอัตรา = 2.91 เท่า (1.18–7.20) การมีเพศสัมพันธ์ครั้งที่ 1 <18 ปี OR มีอัตรา = 5.44 เท่า (2.73–6.38) และมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ การทำแท้งอย่างน้อยหนึ่งครั้ง OR มีอัตรา =2.61 เท่า (1.70–18.96) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และสอดคล้องกับ กีรติยา พิทยะปรีชากุล และคณะ17 ได้ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูกและการเปรียบเทียบการตรวจคัดกรองมะเร็งปาดมดลูกโดย 2 วิธี พบว่า การตรวจ จากสถิติ Fisher's exact test พบว่า สุรามีความสัมพันธ์กับผลบวกจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเหมือนกันทั้ง 2 กลุ่ม จากสถิติ Mantel-Haenszel test การตรวจคัดกรองกลุ่มที่ 2 พบผลเป็นบวก 6.79 เท่า (OR = 6.79, 95%CI: 1.49-31.07) ของกลุ่มที่ 1 การตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA test ร่วมกับ LBC มีแนวโน้มที่จะมีความไวมากกว่าวิธี CPS สตรีที่ดื่มสุราควรได้รับการป้องกันการเป็นมะเร็งปากมดลูก

**ข้อเสนอแนะ**

1) การติดเชื้อ HPV สัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยและยังพบความผิดปกติของชิ้นเนื้อปากมดลูกในระดับHSILขึ้นไปในอายุ 30-40 ปี จึงเป็นที่น่าสังเกตอย่างยิ่งว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ช่วงอายุ 30-60 ปี ตามชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอาจไม่เพียงพอต่อการป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูก หากขยายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ตั้งแต่ช่วงอายุ 20 ปี ในผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์จะสามารถค้นพบความผิดปกติได้เร็วขึ้น และควรมีการศึกษาความชุกของการติดเชื้อ HPV ในอายุ ตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้น

2) ความชุกในการติดเชื้อ HPV 5 อันดับแรก ได้แก่ สายพันธุ์ 52, 68, 16, 51 และ58 ตามลำดับและค่า positive predictive value สูงสุด 5 อันดับแรก คือ สายพันพันธุ์ 16, 18, 51, 68และ52 ตามลำดับ รวงถึงความสามารถในการก่อโรค3 อันดับแรกคือ สายพันธุ์ 16, 51และ52 ตามลำดับซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการคัดเลือกวัคซีนที่เหมาะสมกับประชากรในพื้นที่ โดยในปัจจุบันวัคซีนที่เลือกใช้โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือวัคซีนป้องกัน HPV ชนิด 4 สายพันธุ์ ( 6, 11 ,16, 18 ) แต่มีการพัฒนาวัคซีนที่เป็น 9 สายพันธุ์ (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 ) ซึ่งความชุกของการติดเชื้อ ค่า positive predictive value และความสามารถในการก่อโรคในพื้นที่อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความสัมพันธ์กับวัคซันชนิด 9สายพันธุ์ และควรมีการศึกษาและเก็บข้อมูลในส่วนของความสามารถในการก่อโรคของแต่ละสายพันธุ์เพิ่มเติม เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือในการพิจารณาวัคซีนต่อไป

3) นำเอาความรู้ที่ได้จากการวิจัยเกี่ยวกับความชุกของการติดเชื้อ HPVและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ปากมดลูก นำไปเป็นข้อมูลสำหรับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกให้กับผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และเผยแพร่ความรู้แก่ชุมชนเพื่อสร้างความตระหนักและเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง เพื่อการตรวจพบโรคในระยะเริ่มต้นที่ถือว่าสำคัญที่สุด

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization Accelerating the elimination of cervical cancer as a public health problem: Towards achieving 90–70–90 targets by 2030. World Health Organization. 2022. Regional Office for South-East Asia. [Google Scholar]

2. Rojanamatin, J., Ukranum, W., Supaattagorn, P., Chiawiriyabunya, I., Wongsena, M., Chaiwerawattana, A., Leowahutanont, P. et al. (2023). Cancer in Thailand Volume X, 2016-2018. Retrieved 19 January 2023, from https://www.nci.go.th/e_book/cit_x/index.html.

3. กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. *ทะเบียนมะเร็งจังหวัดกาฬสินธุ์.* [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: http://203.157.186.27/cancer_base/tp.php
4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. *แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (2561-2565)* [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: ttps://www.nci.go.th/th/File_download/D_index/แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ.pdf
5. ศิริญญา เพชรพิชัย, ณัฐพร คล้ายคลัง และ อมรรัตน์ โพธิ์ตา ความชุกของสายพันธุ์เอชพีวีจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA test ชนิด 14 สายพันธุ์เสี่ยงสูงในเขตสุขภาพที่ 3. Journal of Health Science of Thailand 2024 January – February Vol. 33(1): 63-73.
6. Phoolcharoen N, Kantathavorn N, Sricharunrat T, Sealoo S, Krongthong W, A population-based study of cervical cytology findings and human papillomavirus infection in a suburban area of Thailand. Gynecol Oncol Rep. 2017;21:73.7
7. Yang D, Zhang J, Cui X, Ma J, Wang C, Piao H, Risk factors associated with human papillomavirus infection, cervical cancer, and precancerous lesions in large-scale population screening. Frontiers in Microbiology. 2022;13:914516
8. Suosa H, Tavares A, Campos C, Marinho-Dias J, Brito M, et al. Hight-Risk human papillomavirus genotype distribution in the Northern region of Portugal: Data from regional cervical cancer screening program. Papillomavirus Research 2019;100179:S1-S7
9. ดุริยา ฟองมูล, มินตา นากอง, สมเกียรติ ลลิตวงศา, วรันกร เกยูรวงศ์ ความชุกและการกระจายตัวของการติด เชื้อไวรัสฮิวแมนแปปปิโลม่าชนิดความเสี่ยงสูงในโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่ 2015 September Vol. 48(3): 231-240
10. Boonthum N, Suthutvoravut S, Prevalence, Types, and Associated Factor of HPV Infection Among Woman With Abnormal Cervical Cytology Screening at Ramathibodi Hospital. Rama MED J 2021;44(3):12-9
11. Kietpeerakool C, Kleebkaow P, Srisomboon J, Humen papillomavirus genotype distribution among Thai woman with high-grad cervical intraepithelial lesion and invasive cervical: a literature review. Asian Pac J Cancer Prev 2015;16(13):5153-8.
12. Clarke MA, Risley C, Stewart MW, Geisinger KR, Hiser LM, et al. Age-specific prevalence of human papillomavirus and abnormal cytology at baseline in a diverse statewide prospective cohort of individuals undergoing cervical cancer screening in Mississippi. Cancer Medicine 2021;10:8641-50.
13. โสภิดา ภู่ทอง, วรรณภา เศรษฐีธรรม-อิชิดะ, ดนัย ทิวาเวช, วิไลวรรณ กฤษณะพันธ และศีตกานต์ นัดพบสุข *ความหลากหลายทางพันธุกรรมของจีน MDR1 ร่วมกับการใช้ยาคุมกำเนิดต่อความเสี่ยงการเกิดมะเร็งปากมดลูก.* 2561. The 34th National Graduate Research conference p.1155-1159 เข้าถึงได้จาก https://gsbooks.gs.kku.ac.th/58/the34th/pdf/MMP29.pdf
14. มยุรี วงค์ประเทศ, วรรณภา เศรษฐีธรรม-อิชิดะ, โสภิดา ภู่ทอง และศีตกานต์ นัดพบสุข. *ลักษณะทางพันธุกรรมของจีน CYP1A1m1 เพิ่มความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูกในผู้ที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด. ศรีนครินทร์เวชสาร* 2562; 34(5): 442-447. เข้าถึงได้จาก https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/217029/150577
15. พนิดา จันทโสภีพันธ์ ณัฐวรรณ สุวรรณ ยุพิน เพียรมงคล และจตุพล ศรีสมบูรณ์. *ความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV และมะเร็งปากมดลูกของนักศึกษาหญิง: ข้อเสนอแนะต่อการสอนเพศศึกษาและนโยบายสุขภาพ.* วารสารสภาการพยาบาล 2558; 26(3) 48-63 เข้าถึงได้จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/2725/2426
16. *Pragati* Sharmaa,, Sanjay M. Pattanshetty A study on risk factors of cervical cancer among patients attending a tertiary care hospital: A case-control study. Clinical Epidemiology and Global Health, Volume 6, Issue 2, June 2018, Pages 83-87 เข้าถึงได้จาก https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213398417300702
17. กีรติยา พิทยะปรีชากุล, กวีวัชร์ ตันติเศรณี, ปิยะพงษ์ ศรีสวัสดิ์ และ เบญจมาส มั่นอยู่ ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูกและการเปรียบเทียบการตรวจคัดกรองมะเร็งปาดมดลูกโดย 2 วิธี. Health Sci J Thai 2022 April - June 4(2): 87-94.

# ประเมินผลโครงการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จังหวัดขอนแก่น

# Evaluation of Encouraging Tobacco and Alcohol Consumption Control Scheme in Khon Kaen Province.

(Received: April 22,2024 ; Revised: April 27,2024 ; Accepted: April 28,2024)

**วาสนา ทิพเลิศ[1], ธัญนันท์ หีดขุนทด[1]**
**Wassana Tipalert[1], Thunyanut Heedkhuntod[1]**

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน CIPP Model เพื่อประเมินผลและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การดำเนินโครงการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ คณะอนุกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 65 คน กลุ่มเป้าหมายการดำเนินงาน ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 13,262,676 คน สถานศึกษาปลอดบุหรี่และสุรา 20 แห่ง ชุมชนปลอดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 14 อำเภอ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานบำบัดรักษาผู้สูบบุหรี่/ดื่มสุรา 230 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดย แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มเป้าหมาย เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.5 และ เพศหญิง ร้อยละ 38.5 อายุเฉลี่ย 53.8 ปี (SD.= 7.40 ต่ำสุด 34 ปี มากที่สุด 65 ปี) ประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เฉลี่ย 11.4 ปี (SD.= 4.21 น้อยที่สุด 2 ปี มากที่สุด 20 ปี) ภาพรวมการประเมินผลการดำเนินงานของโครงการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดขอนแก่น ด้านบริบท/สภาวะแวดล้อม ปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการดำเนินงาน ด้านผลผลิต/ผลลัพธ์ มีความคิดเห็นในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยด้านการดำเนินการ ปัจจัยด้านกระบวนการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ปัจจัยด้านผลผลิต/ผลลัพธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.65; p value <0.001 , r=0.77; p value <0.001 และ r=0.86; p value <0.001) ตามลำดับ

**คำสำคัญ** : ประเมินผล สนับสนุน การควบคุม ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

## Abstract

This study was survey research applied the CIPP Model assessment format to assess and identify factors related to the operating scheme of supporting Tobacco and Alcohol consumption control in Khon Kaen province. The information group included 65 subcommittees on the Control of Tobacco and Alcohol Products in Khon Kaen Province. The target group for the operation: 13,262,676 people aged 15 years and over were screened for smoking and alcohol-drinking behavior; smoking and alcohol-free groups: 20 educational institutions and 14 communities in different districts; lastly, 230 staff responsible for treating smokers/drinkers. Data were collected using questionnaires. Data analysis using statistics, percentages, averages, and Pearson correlation coefficients. The study findings reveal that the target group comprises 61.5% males and 38.5% females, with an average age of 53.8 years (SD = 7.40, ranging from 34 to 65 years). The average experience related to controlling tobacco and alcohol products is 11.4 years (SD = 4.21, ranging from 2 to 20 years). Overall assessment of the project implementation supporting the control of tobacco and alcohol consumption in Khon Kaen Province, regarding context/environment, input factors, process operations, and outcomes/results, indicates the highest level of agreement. The results of the correlation analysis suggest that contextual factors, input

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

factors, operational factors, and process factors are significantly positively correlated with outcomes/results (r=0.65; p-value <0.001, r=0.77; p-value <0.001, and r=0.86; p-value <0.001, respectively)

**Keyword:** Evaluation, Encourage, Control, Tobacco, Alcohol Consumption

**บทนำ**

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 7.1 ล้านคนทั่วโลก และความพิการ7.3 ล้านคนทั่วโลก นอกจากผลกระทบต่อสุขภาพแล้ว ความเสียหายทางเศรษฐกิจและค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ยังเป็นผลกระทบเชิงลบจากการใช้ยาสูบ [1] สถานการณ์การบริโภคยาสูบ ข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ.2564 พบว่า จำนวนประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 57 ล้านคนเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ 9.9 ล้านคน (ร้อยละ 17.4) กลุ่มอายุ 25 – 44 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด (ร้อยละ 21.0) รองลงมากลุ่มอายุ 45 – 59 ปี (ร้อยละ 19.7) และ 20 – 24 ปี (ร้อยละ 18.5) และ กลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 12.7 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเยาวชน (อายุ 15 – 19 ปี) มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำสุด (ร้อยละ 6.2) เมื่อพิจารณา และอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบครั้งแรก 18.5 ปี [2] องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ปัจจุบันมีผู้สูบบุหรี่กว่าหนึ่งพันล้านคนทั่วโลกซึ่ง 80% อาศัยอยู่ในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและปานกลาง และมีผู้เสียชีวิตก่อนเวลาอันควรเนื่องมาจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ราวปีละกว่าเจ็ดล้านคน [3]

จังหวัดขอนแก่น อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ปีพ.ศ.2554 ร้อยละ 26.72 อยู่ลำดับที่ 6 ของประเทศ ปีพ.ศ.2560 ร้อยละ 17.53 อยู่ลำดับที่ 57 ของประเทศ ปี 2564 ร้อยละ 17.1 อัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 39.9[2] ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2562 – 2563 ดังนี้ มาตรการที่ 1 ขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด มีการประชุมคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด 2 ครั้ง และคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด 2 ครั้ง เพื่อมอบนโยบายและวางแผนการดำเนินงาน มาตรการที่ 2 การบังคับใช้กฎหมาย และการดำเนินการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่สุรา (1) มีการสุ่มตรวจสถานบริการ ร้านอาหาร สถานที่ราชการร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย และการบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 (2) การเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายในช่วงเทศกาลสำคัญต่าง ๆ เช่น เทศกาลปีใหม่ เทศกาลสงกรานต์ วันสำคัญทางศาสนา เป็นต้น โดยวิธีการสุ่มตรวจเพื่อลดปัญหาผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตรวจร้านค้าจำนวนทั้งสิ้น 1,242 ร้าน พบการกระทำผิด 18 ร้าน และมีการดำเนินการออกตรวจสอบเรื่องร้องเรียนภายในระยะเวลา 60 วัน จำนวนทั้งสิ้น 213 ราย ดำเนินคดี 15 ราย มาตรการที่ 3 การป้องกันนักสูบนักดื่มหน้าใหม่ อบรมแกนนำสถานศึกษาปลอดบุหรี่ระดับประถมศึกษาจำนวน 3 แห่ง มัธยมศึกษาจำนวน 5 แห่งและอาชีวศึกษาจำนวน 3 แห่ง และสถานศึกษาประเมินตนเองตามแบบประเมินสถานศึกษาปลอดบุหรี่ ซึ่งในการดำเนินงานที่ผ่านมาเน้นเชิงปริมาณ มาตรการที่ 4 การบำบัดรักษา/การช่วยเลิกสูบเลิกดื่ม อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับจำนวนทั้งสิ้น 320 คน ให้มีความรู้คัดกรองบุหรี่สุรา และลงข้อมูลใน 43 แฟ้ม ผลการคัดกรองประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่ ร้อยละ 50.36 สูบบุหรี่ ร้อยละ 7.46 เข้าสู่ระบบบำบัดร้อยละ 68.74 ได้รับการคัดกรองพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 42.39 ดื่มสุราร้อยละ 9.19 [4] มาตรการที่ 5 สร้างมาตรการทำให้ชุมชนปลอดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สนับสนุนการดำเนินงานชุมชนปลอดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 8 อำเภอ [5] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นได้จัดทำโครงการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบ

และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จังหวัดขอนแก่นปี 2565 – 2566 ขึ้น โดยการสนับสนุนส่งเสริมของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ จากผลการดำเนินงานที่ผ่าน ๆ มา การประเมินผลโครงการยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยประเมินผลโครงการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จังหวัดขอนแก่นขึ้น โดยประยุกต์ใช้รูปแบบ CIPP Model [6] ในการประเมินบริบท ประเมินปัจจัยนำเข้า ประเมินกระบวนการดำเนินโครงการ ประเมินผลผลิต ผลลัพธ์ ตลอดจนผลกระทบของโครงการ เพราะ CIPP model เป็นกระบวนการติดตามและประเมินผลด้วยการหาข้อมูลอย่างเป็นระบบใช้ควบคู่กับการบริหารโครงการซึ่งทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์การดำเนินการโครงการปัญหาและอุปสรรคเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงกระบวนการทำงานของโครงการให้เหมาะสมและส่งผลให้โครงการประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้และมีความต่อเนื่องและยั่งยืน ต่อไป

**วิธีการศึกษา**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเมิน (Evaluation Research) ประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินที่เรียกว่า CIPP Model [6]

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**กลุ่มผู้ให้ข้อมูลการประเมินผลโครงการ**

กลุ่มเป้าหมายการขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดขอนแก่น คณะอนุกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 65 คน

**กลุ่มเป้าหมายการดำเนินงานโครงการ**

1. สถานศึกษาปลอดบุหรี่และสุรา 20 แห่ง

2. กลุ่มเป้าหมายการคัดกรองการป้องกัน นักสูบนักดื่มหน้าใหม่ จังหวัดขอนแก่น ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในจังหวัดได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 13,262,676 คน

3. กลุ่มเป้าหมายการบำบัดรักษา/การช่วยเลิกสูบเลิกดื่ม เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานบำบัดรักษาผู้สูบบุหรี่/ดื่มสุรา 230 คน

4. กลุ่มเป้าหมายการสร้างมาตรการทำให้ชุมชนปลอดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อำเภอปลอดบุหรี่ 14 อำเภอ

โดยเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) กลุ่มเป้าหมายการขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดขอนแก่น เป็นคณะกรรมการขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดขอนแก่น อย่างน้อย 6 เดือน 2) กลุ่มเป้าหมาย สถานศึกษาปลอดบุหรี่และแอลกอฮอล์ เป็นสถานศึกษาที่เข้าร่วมโครงการสถานศึกษาปลอดบุหรี่และสุราอย่างน้อย 1 ปี มีการดำเนินงานโครงการฯ อย่างต่อเนื่อง ดำเนินการ 7 มาตรการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ กลุ่มเป้าหมายการป้องกันนักสูบนักดื่มหน้าใหม่ ต้องได้รับการคัดกรอง คัดกรองการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องกลุ่มเป้าหมายการบำบัดรักษา/การช่วยเลิกสูบเลิกดื่ม ยินดีเข้าร่วมโครงการ กลุ่มเป้าหมายการสร้างมาตรการทำให้ชุมชนปลอดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อำเภอปลอดบุหรี่ ชุมชนที่เข้าร่วมมาตรการตลอดโครงการ 14 อำเภอ

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

แบบสอบถามเพื่อเป็นเครื่องมือรวบรวมความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องในการประเมินผลการดำเนินงานโครงการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างอื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

(Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient : α Coefficient) ในการวัดคุณภาพของเครื่องมือ มีค่าความเชื่อมั่น ด้านบริบทและปัจจัยนำเข้า เท่ากับ 0.75 ด้านการดำเนินการ 0.89 ด้านผลลัพธ์และผลกระทบ 0.85 เกณฑ์การประเมินความคิดเห็นตามแนวคิดการแบ่งช่วงค่าเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง เห็นด้วยมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง เห็นด้วยน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

- แบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูลคัดกรองเยาวชนในสถานศึกษาของโครงการสถานศึกษาปลอดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- แบบสัมภาษณ์ แบบสนทนากลุ่มคณะกรรมการโครงการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดขอนแก่น

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล นำเสนอค่าแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยกระบวนการ และปัจจัยผลลัพธ์ โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

**จริยธรรมการวิจัย**

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัย โดยได้ผ่านการรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย COA 001/2567 REC 009/2567

**ผลการศึกษา**

**1. คุณลักษณะส่วนบุคคล** พบว่า คณะกรรมการโครงการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดขอนแก่น เป็นเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 61.5 และ เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 38.5 อายุ มากกว่า 55 ปี ร้อยละ 53.8 รองลงมา อายุ 46 – 55 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.8 อายุเฉลี่ย 53.8 ปี (SD.= 7.40 ต่ำสุด 34 ปี มากที่สุด 65 ปี) ประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ระหว่าง 11 – 15 ปี ร้อยละ 56.9 เฉลี่ย 11.4 ปี (SD.= 4.21 น้อยที่สุด 2 ปี มากที่สุด 20 ปี

**2. การประเมินผลการดำเนินงานของโครงการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดขอนแก่น**

**ด้านบริบท/สภาวะแวดล้อม (Cortex: C) และปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation: I)**

พบว่า ด้านบริบท / สภาวะแวดล้อม ภาพรวมคณะกรรมการมีความคิดเห็นในระดับเห็นด้วยมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.12) คณะกรรมการมีความคิดเห็นว่าคณะกรรมการโครงการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่จัดตั้งขึ้นสอดคล้องกับนโยบายระดับประเทศ มากที่สุด รองลงมา คือ โครงการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่จัดตั้งขึ้นตอบสนองต่อความต้องการของการแก้ไขปัญหาระดับประเทศ และมีการกำหนดวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานของนโยบายส่งต่ออย่างชัดเจน

**ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation: I)**

พบว่า ภาพรวม คณะกรรมการมีระดับความคิดเห็นมากที่สุด(ค่าเฉลี่ย = 4.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.14) โดยปัจจัยนำเข้าที่มีระดับความคิดเห็นเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ โครงการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบ

และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการชัดเจน ได้รับการสนับสนุน ด้านขวัญกำลังใจที่เหมาะสมในการปฏิบัติงาน มีการร่วมแบ่งปันใช้ทรัพยากรร่วมกันในองค์กร และ มีจำนวนบุคลากรเพียงพอ เหมาะสมกับภาระงานที่รับผิดชอบ

**ด้านกระบวนการดำเนินงาน (Process: P)** พบว่า ภาพรวม คณะกรรมการมีระดับความคิดเห็นเห็นด้วยมากที่สุด(ค่าเฉลี่ย= 4.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน= 0.15) โดยด้านกระบวนการดำเนินงานที่มีระดับความคิดเห็นเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การดำเนินงานจัดเวทีสรุปผลการดำเนินและเผยแพร่ผลลัพธ์การดำเนินงานโครงการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีการดำเนินงานเผยแพร่ผลการดำเนินงานโครงการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทาง Social media ทีมเฉพาะกิจได้ดำเนินการลงพื้นที่ตรวจเตือนร้านค้า สถานบันเทิง หน่วยงานราชการ ร่วมกับภาคีเครือข่าย เยี่ยมเสริมพลัง และติดตามการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

**ด้านผลผลิต/ผลลัพธ์(Output/Outcome: O)** พบว่า ภาพรวมคณะกรรมการมีระดับความคิดเห็นเห็นด้วยมากที่สุด(ค่าเฉลี่ย = 4.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.15) โดยด้านที่มีระดับความคิดเห็นเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ผลลัพธ์ที่ได้ มีแผนการควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด ครอบคลุมทุกมาตรการ มีคณะกรรมการขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด ผู้สูบบุหรี่ที่ผ่านการคัดกรองเข้าสู่ระบบบำบัดรักษาให้เลิกบุหรี่ ร้อยละ 100 ของเรื่องร้องเรียนที่ได้รับการตรวจสอบภายใน 60 วันนับจากวันได้รับเรื่อง

**ด้านผลผลิต/ผลลัพธ์ ข้อมูลเชิงคุณภาพ**

**การป้องกันนักสูบนักดื่มหน้าใหม่** สถานศึกษาในจังหวัดขอนแก่นสถานศึกษาปลอดบุหรี่/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงที่ผ่านมาสามารถยกระดับการดำเนินงานให้ผ่านเกณฑ์การประเมินได้ ระดับประถมศึกษา ละ 37.57 (สถานศึกษาสังกัด สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานทั้งหมด 982 แห่ง ผ่านการประเมิน 369 แห่ง) และระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 33.33 (สถานศึกษาสังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา ทั้งหมด 84 แห่ง ผ่านการประเมิน 28 แห่ง) สถานศึกษาระดับอาชีวศึกษาในจังหวัดมีการดำเนินการสถานศึกษาปลอดบุหรี่/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านร้อยละ 100 (สถานศึกษาสังกัดอาชีวศึกษา 12 แห่ง ดำเนินการ 12 แห่ง) ร้อยละ 37.15 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัด ได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่ (ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 45) ร้อยละ 53.93 ของผู้สูบบุหรี่ ที่ผ่านการคัดกรองเข้าสู่ระบบบำบัดรักษาให้เลิกบุหรี่(ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 50) ร้อยละ 2.37 ของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาให้เลิกบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จอย่างน้อย 6 เดือน(ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 10) ร้อยละ 32.51 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัดได้รับการคัดกรองการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 45) ร้อยละ 10.13 ของผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับเสี่ยง ปานกลางและเสี่ยงสูงได้รับการบำบัดแบบสั้น (ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 10)

**สร้างมาตรการทำให้ชุมชนปลอดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์**

ผลการดำเนินงาน พบว่า หมู่บ้าน 15 แห่ง ดำเนินการโดยองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เข้าร่วมโครงการ (อย่างน้อยตำบลละ 1 หมู่บ้าน) ชุมชนเมือง ดำเนินการโดยเทศบาลนคร/เทศบาลเมือง/เทศบาลตำบล 1 แห่ง ประเพณีสุดยอดสงกรานต์ ถนนข้าวเหนียวจังหวัดขอนแก่น งานบุญประเพณี เทศกาลปลอดเหล้า ปลอดบุหรี่ ดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศกาลงานไหมนานาชาติและประเพณีผูกเสี่ยวจังหวัดขอนแก่น

**3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การประเมินผลการดำเนินงานของโครงการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จังหวัดขอนแก่น**

ผลการวิเคราะห์การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยด้านการดำเนินการ ปัจจัยด้านกระบวนการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ปัจจัยด้านผลผลิต/ผลลัพธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.65; p value <0.001 , r=0.77; p value <0.001 และ r=0.86; p value <0.001) ตามลำดับ ส่วนตัวแปรอายุ และประสบการณ์การเป็นคณะกรรมการฯ ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรด้านผลผลิต/ผลลัพธ์) ( r= 0.10; p value =0.39 และ r= 0.15; p value =0.22 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การประเมินผลการดำเนินงานของโครงการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จังหวัดขอนแก่น

| ตัวแปร | ตัวแปรด้านผลผลิต/ผลลัพธ์ | |
|---|---|---|
| | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(r) | p-value |
| อายุ | 0.10 | 0.39 |
| ประสบการณ์การเป็นคณะกรรมการฯ | 0.15 | 0.22 |
| ด้านบริบท | 0.65** | <0.001 |
| ด้านปัจจัยนำเข้า | 0.77** | <0.001 |
| ด้านกระบวนการ | 0.86** | <0.001 |

**สรุปและอภิปรายผล**

จากการประเมินผลการดำเนินงานของโครงการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดขอนแก่น พบว่า เกิดผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยที่บริบทของ โครงการมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาหรือสภาวะแวดล้อมภายในจังหวัด จะเห็นว่า ด้านบริบทและปัจจัยนำเข้า คณะกรรมการโครงการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่จัดตั้งขึ้นสอดคล้องกับนโยบายระดับประเทศ ตอบสนองต่อความต้องการของการแก้ไขปัญหาระดับประเทศ และมีการกำหนดวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานของนโยบายส่งต่ออย่างชัดเจน มาตรการที่ 1 ขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดขอนแก่น นโยบาย แนวทาง มาตรการ มติที่สำคัญ ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นโยบายการควบคุมยาสูบ 3 เรื่อง นโยบายการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 4 เรื่อง การกำกับ ติดตาม และประเมินผลของการขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับ 5 มาตรการหลักที่กำหนด 5 ครั้ง ซึ่งจังหวัดขอนแก่น ได้ขับเคลื่อนงานแอลกอฮอล์อย่างเข้มข้นมาโดยตลอด อันเป็นผลมาจากการประกาศใช้ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แห่งชาติ พ.ศ.2551 [7] ทำให้เกิดกลไกการควบคุมในระดับจังหวัด มาตรการที่ 2 การบังคับใช้กฎหมาย และสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จังหวัดขอนแก่นมีแผนและการดำเนินงานด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่และสุรา เรื่องร้องเรียนที่ได้รับการตรวจสอบ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แห่งชาติ พ.ศ.2551 ภายใน ๖๐ วันนับจากวันได้รับเรื่อง จำนวนร้านค้า ร้านอาหาร สถานประกอบการที่

จำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สถานที่สาธารณะ ศาสนสถาน สถานที่ราชการ ตลาด ขนส่ง หรือสถานที่ที่กฎหมายกำหนด ได้รับการตรวจ เตือน/ประชาสัมพันธ์/ชี้แจงข้อกฎหมาย/บังคับใช้กฎหมายให้ปฏิบัติตามกฎหมายอย่างถูกต้อง เมื่อพบการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 มาตรการที่ 3 การป้องกันนักสูบนักดื่มหน้าใหม่ ระดับประถมศึกษา ดำเนินการสถานศึกษาปลอดบุหรี่/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงที่ผ่านมาสามารถยกระดับการดำเนินงานให้ผ่านเกณฑ์การประเมินได้ สถานศึกษาระดับอาชีวศึกษาในจังหวัดมีการดำเนินการสถานศึกษาปลอดบุหรี่/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาตรการที่ 4 การบำบัดรักษา / การช่วยเลิกสูบเลิกดื่ม ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัดได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่ ปีงบประมาณ 2565 ร้อยละ 32.37 ปีงบประมาณ 2566 ร้อยละ 37.15 ร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาให้เลิกบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จอย่างน้อย 6 เดือน ปีงบประมาณ 2565 ร้อยละ 0.81 ปีงบประมาณ2566 ร้อยละ 2.37 ร้อยละของผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับเสี่ยงปานกลางและเสี่ยงสูงได้รับการบำบัดแบบสั้น ปีงบประมาณ 2565 ร้อยละ 6.6 ปีงบประมาณ 2566 ร้อยละ 10.13 มาตรการที่ 5 สร้างมาตรการทำให้ชุมชนปลอดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการพัฒนาชุมชนปลอดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้สอดคล้องภายใต้มาตรฐานแนวทางการดำเนินงานควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับชุมชนใหม่และชุมชนที่ได้มีการดำเนินงานที่ผ่านมา

ด้านบริบท และปัจจัยนำเข้า นโยบายการลดการสูบหรี่และแอลกอฮอล์ ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการลดความชุกของการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในจังหวัดขอนแก่น อย่างไรก็ตาม ยังบ่งชี้ด้วยว่าถึงแม้จะมีความก้าวหน้าไปมาก แต่ก็ยังมีช่องว่างสำหรับการปรับปรุงอีกมาก และความพยายามที่จำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างและเร่งรัดเพื่อให้บรรลุผลเพิ่มเติมด้านสุขภาพ การวิจัยที่เพิ่มขึ้นชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลของมาตรการควบคุมยาสูบ [8, 9] ด้านกระบวนการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการนิเทศเสริมพลัง ความเข้มแข็งของคณะกรรมการฯ พบว่า การดำเนินงานในภาพรวมมีความเหมาะสม คณะกรรมการผู้รับผิดชอบโครงการฯ เตรียมการนิเทศ ติดตามและการประสานงาน จัดเตรียมเอกสารประกอบการประชุม การนำเสนอ การแสดงความคิดเห็นของคณะกรรมการมีความเหมาะสม การวิจัยที่ชี้ให้เห็นความจำเป็นในการเสริมพลังการนิเทศติดตาม[10]

ด้านผลกระทบ พบว่า กระบวนการดำเนินโครงการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จังหวัดขอนแก่น เป็นสัญญาณที่ดีว่าจังหวัดขอนแก่น จะเป็นจังหวัดปลอดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่แท้จริงและมีแนวโน้มยั่งยืน เนื่องจาก จังหวัดขอนแก่นมีหน่วยงาน องค์กร ชุมชน สถานศึกษาปลอดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบ สามารถเป็นแกนนำในการดำเนินกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง และมีแนวทางปฏิบัติส่งผลให้เกิดความยั่งยืน ต่อไป

**ข้อเสนอแนะ**

1. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ควรจัดให้มีการพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานใหม่เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ตามยุทธศาสตร์การดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลิตภัณฑ์ยาสูบ และฟื้นฟูความรู้ทุกปี

2. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรคควรมีแนวทางจัดการเรื่องร้องเรียนโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นสัญลักษณ์

3. พัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อใช้เป็นคู่มือในการดำเนินงานการเลิกบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละอำเภอ

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบคุณ คณะอนุกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จังหวัดขอนแก่น ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องงานวิจัยนี้ทุกท่าน และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงบรรลุตามวัตถุประสงค์

**เอกสารอ้างอิง**

1. Flor LS, et al. **The effects of tobacco control policies on global smoking prevalence**. Nature Medicine 2021;27(2):239–243; doi: 10.1038/s41591-020-01210-8.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **สรุปข้อมูลสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2564 : ผลสำรวจ/สำมะโนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ**. บริษัท ธนอฐณการพิมพ์ จำกัด; 2564.
3. World Health Organization. **WHO reports progress in the fight against tobacco epidemic**. 2021.
4. กระทรวงสาธารณสุข. **Health Data Center Report**. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=68345e9bd757bdbf07d0d7fc71bee68f [Cited 2023 June 6]
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. **รายงานการปิดโครงการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดขอนแก่น**. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2566.
6. Stufflebeam DL. **The CIPP Model for Evaluation. In: International Handbook of Educational Evaluation**. (Kellaghan T, Stufflebeam DL. eds) Springer Netherlands: Dordrecht; 2003; pp. 31–62; doi: 10.1007/978-94-010-0309-4_4.
7. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551**. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
8. Jolene Dubray, et al. **The effect of MPOWER on smoking prevalence**. Tob Control 2015;24(6):540; doi: 10.1136/tobaccocontrol-2014-051834.
9. Gravely S, et al. **Implementation of key demand-reduction measures of the WHO Framework Convention on Tobacco Control and change in smoking prevalence in 126 countries: an association study**. The Lancet Public Health 2017;2(4):e166–e174; doi: 10.1016/S2468-2667(17)30045-2.
10. วันเพ็ญ แววว่องวีรคุปต์ และคณะ. **การประเมินผลโครงการวิจัยจังหวัดนครปฐมปลอดบุหรี่: กรณีเยาวชนในสถานศึกษา**. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2563;14(2):1–15.

# การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เป็นโรคสะเก็ดเงินได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงอาทิตย์เทียม : กรณีศึกษา

# Nursing Care of End-stage Chronic Kidney Disease Patient with Psoriasis Treated with Phototherapy: A Case Study

(Received: April 22,2024 ; Revised: April 28,2024 ; Accepted: April 29,2024)

**แสงเดือน จันทร์เพ็ญ**[1]
**Sangduan Chanpen**

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เป็นโรคสะเก็ดเงินได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงอาทิตย์เทียม โดยศึกษาในผู้ป่วยชายไทยอายุ 56 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 22 มกราคม 2567 ด้วยอาการสำคัญ มีผื่นหนา ผิวลอก ขึ้นทั่วตัว คัน 1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน

ผลการศึกษา : ระยะก่อนตรวจ มีความไม่สุขสบายด้านร่างกาย มีไข้ คัน และเจ็บแสบผิวหนัง ปวดข้อ มีความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วยและภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง ระยะตรวจ มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง มีการติดเชื้อที่ผิวหนัง ขาดความรู้ ความเข้าใจการรักษาด้วยการฉายแสงอาทิตย์เทียม ระยะหลังตรวจ มีอาการข้างเคียงจากการรักษา มีความรู้สึกท้อแท้ คุณค่าในตัวเองลดลง ได้ให้การพยาบาล บรรเทาอาการปวดแสบบริเวณผิวหนัง ให้ความรู้ คำแนะนำการรักษาด้วยการฉายแสงอาทิตย์เทียม เฝ้าระวังและสังเกตอาการภายหลังการรักษา ดูแลสภาพจิตใจ ผู้ป่วยได้รับการฉายแสงอาทิตย์เทียม NB-UVB สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 20 ครั้ง ตอบสนองการรักษา อาการข้างเคียงน้อยลง ผู้ป่วยปรับตัวกับสภาพความเจ็บป่วยได้

**คำสำคัญ :** การพยาบาล, โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย, โรคสะเก็ดเงิน, การฉายแสงอาทิตย์เทียม

**Abstract:**

This study was case study aimed to study the nursing care of end-stage chronic kidney disease (CKD) patients with psoriasis treated with phototherapy. A 56-year-old Thai male patient presented to the hospital on January 22, 2024, with significant symptoms including thick rash, widespread skin peeling, itching for one week prior to admission. He had comorbidities of hypertension and diabetes.

Study Results: Pre-examination period was characterized by general discomfort, fever, itching, joint pain, and increased anxiety towards illness and changing appearance. Examination revealed elevated blood sugar levels, decreased kidney function, and skin infections. Lack of knowledge and understanding about phototherapy treatment was observed. Post-examination, the patient experienced treatment-related side effects and a profound sense of diminished self-worth. Nursing interventions focused on alleviating skin discomfort, providing education, guidance on phototherapy treatment, monitoring post-treatment symptoms, and psychological support. The patient received NB-UVB phototherapy twice a week for a total of 20 sessions. Response to treatment was positive with reduced side effects and improved adaptation to illness.

**Keywords:** Nursing, End-stage Chronic Kidney Disease, Psoriasis, Phototherapy

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอ่างทอง

**บทนำ**

โรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis) หรือเรียกอีกชื่อ คือ โรคเกล็ดเงิน โรคเรื้อนกวาง หรือโซริอาซิส เป็นโรคผิวหนังชนิดเรื้อรัง มีอุบัติการณ์ของโรคสะเก็ดเงินในประเทศไทยพบได้เป็นอันดับที่ 4-5 ไม่จำกัดเพศชาย -หญิง มีโอกาสเป็นได้เท่าๆ กัน สาเหตุของโรคเกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน (immune mediated disorder) พบในคลินิกผิวหนัง ในโรงเรียนแพทย์และศูนย์การแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข[1] เมื่อมีปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกที่ไม่เหมาะสมมากระตุ้นให้โรคปรากฏขึ้น อาการผื่นผิวหนังเป็นได้หลายรูปแบบที่พบบ่อย คือ ผิวหนังอักเสบเป็นปื้นแดง (Erythematous plaque) ลอกเป็นขุย เป็นๆ หายๆ ความผิดปกติอื่นๆ ที่พบได้ คือ ความผิดปกติที่เล็บ ข้ออักเสบ เป็นต้น ผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติของเล็บหรือปวดข้อนำมาก่อน หรือเกิดขึ้นพร้อมกับอาการผื่นที่ผิวหนังอักเสบ[2,3,4] อาการส่วนใหญ่มักจะพบว่าผู้ป่วยจะเกิดความผิดปกติที่ผิวหนังตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า เล็บ และข้อกระดูกผิดปกติ ผู้ป่วยที่เป็นโรคสะเก็ดเงินต้องเผชิญกับปัญหาภาพลักษณ์ ความเรื้อรังของโรคส่งผลโดยตรงกับสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เกิดความวิตกกังวล ขาดความมั่นใจในการพบปะผู้คน อีกทั้งอาการคันตามผิวหนังทำให้ผู้ป่วยเกิดความรำคาญ นอนไม่หลับ และเสียบุคลิกภาพจากการเกาตามร่างกาย ในรายที่มีอาการรุนแรงของผิวหนังที่เกิดการอักเสบ ติดเชื้อได้ง่าย และสามารถพบอาการข้ออักเสบร่วมด้วย[5] ทำให้เกิดอาการเจ็บปวด ซึ่งเป็นผลทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรม เช่น การประกอบอาชีพ การงาน หรือ การเรียนได้ ปัจจุบันโรคสะเก็ดเงินไม่ได้เป็นปัญหาเฉพาะทางผิวหนัง แต่อาจพบมีสัมพันธ์กับโรคอื่นๆ ได้แก่ โรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน และกลุ่ม metabolic syndrome ได้แก่ โรคอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน[6]

จากสถิติแผนกผู้ป่วยนอกโรคผิวหนัง โรงพยาบาลอ่างทอง ปี 2564-2566 มีจำนวนผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่เข้ามารับการรักษา 3,708 คน, 3,758 คน และ 3,831 คน ตามลำดับ โดยให้การรักษาพยาบาลโดยใช้ยา และให้บริการฉายแสงอาทิตย์เทียม NB-UVB ซึ่งเป็นแห่งเดียวในเขตบริการสุขภาพที่ 4 บทบาทที่สำคัญของพยาบาล คือ ให้การพยาบาลเพื่อดูแลประคับประคองและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เปลี่ยนผ่านเข้าสู่ภาวะสมดุลของสุขภาพได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม เกิดผลกระทบต่อสภาวะจิตใจ ร่างกาย จิตวิญญาณ และสังคมอย่างน้อยที่สุด เนื่องจากโรคสะเก็ดเงินเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด การรักษาต้องวางแผนระยะยาวและรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกำเริบของโรค ถ้าเป็นผื่นไม่มากรักษาโดยใช้ยาทา หากไม่ดีขึ้นอาจใช้ร่วมกับการฉายแสงอัลตราไวโอเลต ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงอาจให้ยารับประทานร่วมด้วย ซึ่งยาเหล่านี้มีผลข้างเคียงซึ่งผู้ที่เป็นโรคสะเก็ดเงินต้องสามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษากรณีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เป็นโรคสะเก็ดเงินได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงอาทิตย์เทียม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เป็นโรคสะเก็ดเงินได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงอาทิตย์เทียมให้ได้ตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

**ผลการศึกษา**

**กรณีศึกษา**

**ข้อมูลทั่วไป** ผู้ป่วยชายไทยอายุ 56 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพสมรส คู่ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพรับจ้างทั่วไป เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 22 มกราคม 2567

**อาการสำคัญ** มีผื่นหนา ผิวลอก ขึ้นทั่วตัว คัน 1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล

**ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน**

6 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล มีผื่นหนา ผิวลอกที่ใบหน้า คอ หลัง และแขน ไม่มีอาการคัน ไม่ได้ไปตรวจรักษา

1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล ผื่นหนา ผิวลอกขึ้นทั่วตัว ไม่มีอาการคัน

1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล มีผื่นหนา ผิวลอก ขึ้นทั่วตัว คัน ผื่นบางจุดเป็นรอกแดง แตก

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต** ตรวจพบโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน 10 ปี ยาที่ใช้ประจำได้แก่ Hydralazine 25 mg 1 tab oral qid pc, Mixtard 6 unit sc เช้า 4 unit sc เย็น และ 3 ปีต่อมาตรวจพบเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้การรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร่วมกับการรักษาด้วยยา ได้แก่ Sodium bicarb 300 mg 1 tab oral tid pc, Calcium 600 mg 2 tab oral bid pc, Folic acid 5 mg oral OD pc เช้า, Vit Bco 1 tab oral OD pc เช้า

**ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว** มารดาผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับภรรยาและบุตร 2 คน มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีประวัติโรคติต่อที่ร้ายแรง

**การตรวจร่างกายตามระบบ**

รูปร่างผอม น้ำหนัก 48 กิโลกรัม สูง 158 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 19.23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 118/67 มิลลิเมตรปรอท

ผิวหนัง : มีผื่นหนา เส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 2.5 เซนติเมตร ผิวลอก ขึ้นทั่วตัว คัน บางจุดมี รอยแดง แตก

ศีรษะ : ไม่มีบาดแผล รูปร่างปกติ

ตา : มองเห็นภาพชัดทั้ง 2 ข้าง เปลือกตาดูซีด

จมูก : ปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง

ปาก : ริมฝีปากซีดเล็กน้อย ไม่มีบาดแผล

ลำคอ : ปกติ ไม่มีเส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง

ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก : ปกติ ไม่มีเสียง Wheezing หรือ Rhonchi

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 88 ครั้ง/นาที ไม่มีเสียง murmur

ระบบทางเดินอาหาร : ปกติ

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ : แขนซ้าย On Lt. AVF เจ็บบริเวณข้อมือ ข้อเท้า

ระบบประสาท : มีอาการชาที่เท้าทั้ง 2 ข้าง

**การตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

**CBC:** WBC 4400 cell/cumm, Hemoglobin 8.7 g/dl, Hematocrit 28%, Neutrophil 69%, Platelet 119,000 cell/cumm

**Chemistry:** BUN 33 mg/dl, Creatinine 9.2 mg/dl, eGFR 5.73 ml/min/1.73 $m^2$, Na 141 mmol/L, K 4.5 mmol/L, CL 104 mmol/L, $CO_2$ 28 mmol/L, FBS 284 mg/dl, Albumin 3.2 g/dl

**การวินิจฉัยโรค** : End Stage Renal Disease: ESRD with Psoriasis

**การรักษาที่ได้รับ**

- 5% LCD IN 0.1% TA CREAM ทาบางๆ วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น
- Atarax 1 tab oral tid pc
- ฉายแสงอาทิตย์เทียม NB-UVB สัปดาห์ละ 2 ครั้ง
-5% Tar Shampoo สระผมวันละ 1 ครั้ง

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาล**

**ระยะก่อนแพทย์ตรวจ**

ผู้ป่วยมาโดยรถนั่ง มาถึงห้องตรวจเวลา 07.00 น. จากการประเมินสภาพผู้ป่วย รู้สึกตัว พูดคุยถามตอบรู้เรื่อง สวมเสื้อผ้าแขนยาวปกคลุมมิดชิด ตรวจร่างกาย ชั่งน้ำหนัก 48 กิโลกรัม สูง 158 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 19.23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 118/67 มิลลิเมตรปรอท มีผื่นหนา เส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 2.5 เซนติเมตร ผิวลอก ขึ้นทั่วตัว คัน บางจุดเป็นร่องแตก แดง บ่นคัน และเจ็บแสบผิวหนัง ระยะก่อนแพทย์ตรวจพบข้อวินิจฉัยการพยาบาลดังนี้

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางกาพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะก่อนแพทย์ตรวจ**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1** ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายด้านร่างกาย ปวดข้อ คัน และเจ็บแสบผิวหนัง<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. มีผื่นหนา เส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 2.5 เซนติเมตร ผิวลอก ขึ้นทั่วตัว คัน บางจุดเป็นร่องแตก แดง บ่นคัน และเจ็บแสบผิวหนัง<br>2. บ่นเจ็บบริเวณข้อมือ ข้อเท้า<br>3. กระสับกระส่าย ลูบ เกา ผิวหนังบ่อยๆ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ให้การต้อนรับและประเมินสภาพแรกรับค้นหาอาการผิดปกติทันที<br>2. แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการแกะ เกา ถูโดยใช้แรงบริเวณผื่น ผิวหนัง และผื่นคัน<br>3. บรรเทาอาการรบกวนจากอาการคัน โดยใช้มือกดบริเวณที่คันและลูบเบาๆ และใช้ความเย็นเป็นเจลประคบบริเวณที่คัน<br>4. ย้ายผู้ป่วยเปลี่ยนเป็นเปลนอนไปพักบริเวณที่อากาศถ่ายเท พัดลมพัดถึง<br>5. ใช้ผ้านุ่มรองบริเวณข้อมือ ข้อเท้า ลดแรงกดทับ บรรเทาอาการปวด<br>6. เฝ้าระวังพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายจากการควบคุมอาการไม่ได้ เพื่อจัดลำดับคิวตรวจเพื่อให้การรักษา<br>**การประเมินผล**<br>อาการกระสับกระส่ายลดลง ทุเลาคัน นอนหลับพักได้ |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 2** ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. ผู้ป่วยบ่นครั่นเนื้อ ครั่นตัว<br>2. อุณหภูมิร่างกาย 38.1 องศาเซลเซียส | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. แนะนำและสอนญาติเช็ดตัวลดไข้ หลีกเลี่ยงบริเวณผิวหนังที่แตกเป็นร่อง<br>2. ดูแลให้นอนพัก ลดการทำกิจกรรม เพื่อลดการเผาผลาญ<br>3. จัดสิ่งแวดล้อม ดูแลความสุขสบายทั่วไป<br>4. เฝ้าระวังการอาการเปลี่ยนแปลง หากมีไข้สูง หรือมีอาการเหนื่อย รายงานแพทย์ทันที<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยสีหน้าสุขสบายขึ้น นอนหลับพักได้บนเปลนอน หลังเช็ดตัวลดไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37.9 องศาเซลเซียส |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3** มีความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วยและภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. จากการสังเกตผู้ป่วยมีสีหน้าแสดงความวิตกกังวล<br>2. ผู้ป่วยบ่นว่าตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยนอนไม่หลับพักผ่อนได้น้อย<br>3. จากการพูดคุยกับผู้ป่วยบอกถึงความวิตกกังวลที่มีต่อการเจ็บป่วย | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ประเมินสภาพอารมณ์ จิตใจ และสังคม จากการสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกรวมทั้งจากการซักถามผู้ป่วยและญาติ<br>2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดย<br>- ใช้คำพูดชัดเจนสุภาพ แสดงท่าทีสนใจและเป็นผู้ฟังที่ดี<br>- ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมทั้งคำพูดและกิริยาท่าทาง<br>- ยอมรับและเคารพผู้ป่วย รวมทั้งให้เวลาผู้ป่วยและรับฟัง อย่างเต็มใจ<br>- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับตามความเหมาะสม<br>-รายงานผลการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ ๆ<br>3. ให้ข้อมูลที่ชัดเจน ถูกต้องในภาวะการเจ็บป่วย การดำเนินโรค การดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว หากปฏิบัติตามคำแนะนำและแผนการรักษาของแพทย์ จะส่งผลการรักษาที่มีประสิทธิผลขึ้น<br>4. ส่งเสริมให้ครอบครัวและญาติสนองตามความต้องการผู้ป่วยที่ไม่ขัดต่อการรักษาเพื่อให้มีกำลังใจ<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วย และรับรู้สภาพและข้อจำกัดของตนเองเข้าใจการดำเนินของ<br>โรคและรับปากจะให้ความร่วมมืออย่างดีในการรักษาพยาบาล |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 4** เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ผิวหนัง เนื่องจากผิวหนังมีการสูญเสียสมดุลและหน้าที่<br>**ข้อมูลสนับสนุน** | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ประเมินสภาพของผิวหนังตั้งแต่ชั้นหนังกำพร้า ชั้นหนังแท้และชั้นไขมันใต้ผิวหนัง<br>2. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลผิวหนังไม่ให้เกิดบาดแผลและการติดเชื้อ |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางกาพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะก่อนแพทย์ตรวจ**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| 1. จากการประเมินสภาพแรกรับและการซักประวัติ พบ ผิวลอก ขึ้นทั่วตัว คัน บางจุดเป็นร่องแตก แดง แห้งลอกเป็นขุยตามหนัง<br>2. อุณหภูมิร่างกาย 38.1 องศาเซลเซียส | 3. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ญาติ ในการมีส่วนร่วมในการดูแลผิวหนัง<br>4. ให้ข้อมูลและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ญาติ ในการดูแลผิวหนัง โดย หลีกเลี่ยงการแกะเกา ขัดถูหรือสัมผัสผิวหนังแรงๆ หากมีอาการคัน ให้ใช้มือกดบริเวณที่คันและลูบเบาๆหรือใช้ความเย็นประคบบริเวณที่คัน<br>5. สังเกตสภาพผิวหนัง เช่น ผื่นแห้งตึง คัน มีรอยเกา เพิ่มขึ้น พร้อมกับสอบถามอาการของ<br>ผู้ป่วยหากไม่ทุเลา รายงานแพทย์เพื่อขอแผนการรักษา<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยบรรเทาอาการคันได้ถูกวิธี ไม่มีรอยแดง ผิวหนังแตก อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส |

**ระยะแพทย์ตรวจ**

พยาบาลเตรียมความพร้อมในการเข้าตรวจของผู้ป่วย เตรียมเวชระเบียน ประเมินสัญญาณชีพก่อนเข้าตรวจ ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/68 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วินิจฉัย Psoriasis มีแผนการรักษา ให้ยา 5% LCD IN 0.1% TA CREAM ทาบางๆ วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น 5% Tar Shampoo สระผมวันละ 1 ครั้ง Atarax 1 tab oral tid pc และให้เริ่มฉายแสงอาทิตย์เทียม NB-UVB จากนั้นนัดฉายแสงสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลเกี่ยวกับการฉายแสงอาทิตย์เทียม ได้ให้คำแนะนำและทดสอบแสง (MED Test) เพื่อหาระดับพลังงานที่เหมาะสมในการรักษา ภายหลังจากการทดสอบแสง ได้รับการฉายแสงอาทิตย์เทียมครั้งที่ 1 จากการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN 33 mg/dl, Creatinine 9.2 mg/dl, eGFR 5.73 ml/min/1.73 $m^2$ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงกว่าการมาตรวจครั้งก่อน เมื่อสอบถามผู้ป่วยและญาติ แจ้งว่าท้อแท้ จึงไม่ค่อยสนใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำตามที่เคยปฏิบัติมา การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้อยากดื่มน้ำปริมาณที่มากขึ้น จึงให้คำแนะนำเพิ่มเติมให้กำลังใจ ระยะแพทย์ตรวจพบข้อวินิจฉัยการพยาบาล ดังนี้

**ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางกาพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะแพทย์ตรวจ**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 5** ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดำเนินของโรค การรักษาด้วยการฉายแสงอาทิตย์เทียม NB-UVB<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล กลัวจะเป็นอันตราย<br>2. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดำเนินของโรค การรักษาด้วยการฉายแสงอาทิตย์เทียม NB-UVB และเคยได้ยินเป็นครั้งแรก | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. พูดคุยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร พร้อมจะให้ความช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย<br>2. จัดให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยกับแพทย์ที่ทำการรักษาเกี่ยวกับอาการของโรคและแนวทางการรักษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจ<br>3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ตอบข้อซักถามด้วยวาจาที่นุ่มนวล สุภาพ เพื่อคลายความวิตกกังวล<br>4. ประเมินความวิตกกังวลและท่าทีต่าง ๆ ที่แสดงออกของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ รวมทั้งยอมรับท่าทีและปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความวิตกกังวลนั้น ให้กำลังใจ<br>5. สนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง<br>6. ให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยการฉายแสงอาทิตย์เทียม NB-UVB และการปฏิบัติตัวดังนี้<br>**การเตรียมตัวก่อนเข้ารับการรักษา**<br>1) ทำความสะอาดผิวหนังในบริเวณที่จะรับการรักษา |

**ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางกาพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะแพทย์ตรวจ**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | 2) แพทย์จะกำหนดปริมาณแสงตาม MED (Minimal Erythrodermic Dose) ตาม skin type ของผู้ป่วย<br>3) งดการทาผลิตภัณฑ์ประเภท Oil, ครีมกันแดด ก่อนเข้ารับการรักษา<br>**ขณะได้รับการรักษา**<br>1) ผู้ป่วยจะได้รับการเปลี่ยนชุดที่เตรียมให้ เปิดเสื้อผ้าบริเวณที่จะทำการรักษา เพื่อให้บริเวณรอยโรคได้รับแสง<br>2) ขณะทำการรักษา ควรอยู่นิ่งๆ ไม่เล่นโทรศัพท์หรือพูดคุยโทรศัพท์<br>3) สวมใส่แว่นตาเพื่อป้องกันรังสีในกรณีที่มีรอยโรครอบดวงตา ให้ผู้ป่วยหลับตาตลอดทั้งการรักษา<br>**หลังได้รับการรักษา**<br>1) หากเกิดอาการคัน ไม่ควรแกะเกาในบริเวณที่ได้รับการรักษา รวมถึงหลีกเลี่ยงการถูกขีดข่วนในบริเวณที่เป็นโรค<br>2) หลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้โรคมีอาการกำเริบหรือมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้น ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ความเครียด<br>3) รักษาสุขอนามัยของร่างกาย อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายด้วยสบู่อ่อนๆ<br>4) ควรนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ<br>5) ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด<br>7. อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบว่าในช่วงแรกผู้ป่วยต้องมาเข้ารับการรักษา 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ เมื่ออาการของรอยโรคตอบสนองต่อการฉายแสงได้ผลดี แพทย์จะเป็นผู้ประเมิน และสามารถเว้นระยะห่างเป็น 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ และหากรอยโรคหายแล้วสามารถลดการฉายแสงให้เหลือสัปดาห์ละ 1 ครั้งจนกระทั่งหยุดฉายได้ ซึ่งผลการรักษาในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน จะเห็นผลการรักษาประมาณ 15-20 ครั้ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความหนาของสะเก็ดและความรุนแรงของโรคด้วย<br>8. อธิบายเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่อาจพบอาการข้างเคียงภายหลังจากการได้รับการรักษา เช่น คัน แสบ ผิวหนังแห้ง ลอก รวมถึงผิวหนังที่ได้รับการรักษาและผิวหนังรอบบริเวณที่ทำการรักษาอาจมีสีที่คล้ำหรือเข้มขึ้นในช่วงที่ได้รับการรักษา แต่สีผิวที่เข้มขึ้นนั้นจะค่อยๆ จางลงภายหลังหยุดการรักษาด้วยการฉายแสง<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยมีท่าทีเป็นมิตร พูดคุยสอบถามอาการเกี่ยวกับโรคและการรักษา หลังจากได้รับการให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในโรคที่เป็นมากขึ้น สามารถบอกถึงวิธีการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวในการรักษาด้วยการฉายแสงอาทิตย์เทียม NB-UVB ได้ถูกต้อง |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 6** ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. ผลการตรวจเลือด BS 284 mg/dl<br>2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้า รีบมาโรงพยาบาล จึงยังไม่ได้ฉีดยาอินซูลินตอนเช้า | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ประเมินอาการผิดปกติจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง<br>2. สอบถามและทวนซ้ำการฉีดยาอินซูลินตอนเช้ากับผู้ป่วยและญาติ<br>3. ประสานห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อให้ยา Mixtard 6 unit sc ตามแผนการรักษา<br>4. ประเมินภาวะน้ำตาลในเลือด และอาการแสดงหลังได้รับยาอินซูลิน ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหน้ามืด ใจสั่น ระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับยาอินซูลิน 1 ชั่วโมง 98 mg/dl |

**ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางกาพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะแพทย์ตรวจ**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 7** ผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่ผิวหนัง<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. ผิวลอก ขึ้นทั่วตัว คัน บางจุดเป็นร่องแตก แดง แห้งลอกเป็นขุยตามหนัง<br>2. อุณหภูมิร่างกาย 38.1 องศาเซลเซียส<br>3. CBC: WBC 4400 cell/cumm | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ให้ข้อมูลผู้ป่วยในการดูแลผิวหนังที่มีแผลแตกเป็นร่อง/ผื่นแดงปนตุ่มหนอง ไม่ให้เกิดการติดเชื้อ<br>2. ดูแลผิวหนังโดย<br>**การอาบน้ำ**<br>- ให้อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น โดยใช้น้ำอุณหภูมิปกติ<br>- ดูแลผื่นผิวหนังและแผลโดยใช้น้ำยา Hibi scrub ฟอกแทนสบู่ 1-2 ครั้ง/วัน<br>- ซับแผลให้แห้งโดยใช้ผ้าก๊อส/ผ้านึ่งปราศจากเชื้อ<br>- หลีกเลี่ยงการแกะเกา ขัดถูหรือสัมผัสผิวหนังแรงๆ<br>- หลังอาบน้ำซับตัวให้แห้งด้วยผ้าขนหนูสะอาด<br>- ให้สวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาด เนื้อนุ่ม ไม่ระคายเคือง<br>**การดูแลหนังศีรษะ**<br>- ดูแลให้สระผมด้วย Tar-shampoo วันละ 1 ครั้ง ตอนเช้าหรือตามความเหมาะสม ขณะสระผมให้คลึงและนวดหนังศีรษะเบาๆ ห้ามเกาแรงๆ และทิ้งไว้ 2-3 นาที แล้วล้างออกด้วยน้ำสะอาด เช็ดผมให้แห้งและหวีผมด้วยหวีซี่ถี่ เพื่อหวีเอาสะเก็ดที่หลุดออก<br>**การดูแลเล็บ**<br>- แนะนำตัดเล็บให้สั้น ก่อนตัดเล็บให้แช่มือ เท้าด้วยน้ำอุ่น เพื่อให้เล็บอ่อนนุ่ม สะดวกในการตัดเล็บ และตะไบเล็บเพื่อลดความคมของเล็บ<br>3. การบรรเทาอาการรบกวน โดย<br>- อธิบายการทายา 5% LCD IN 0.1% TA CREAM ทาบางๆ วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น<br>- หลีกเลี่ยงการแกะ เกา ขัดถูบริเวณผื่นผิวหนังและผื่นคัน หากมีอาการคัน ให้ใช้มือกดบริเวณที่คันและลูบเบาๆหรือใช้ความเย็นประคบบริเวณที่คัน<br>- อธิบายการรับประทานยา Antihistamine Atarax 1 tab oral tid pc ตามแผนการรักษา<br>- หลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการคัน เช่น อาหารหมักดอง อาหารทะเล หน่อไม้ อากาศที่ร้อนหรือเย็นมากเกินไป ฝุ่นละออง สารเคมี แสงแดด เป็นต้น<br>- ส่งเสริมกิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจ เช่น อ่านหนังสือ ดูทีวี ทำสมาธิ กิจกรรมตามความชอบ/ถนัด<br>**การประเมินผล**<br>จากการประเมินติดตามผล 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีผิวหนังกลับคืนสู่สภาพปกติมากขึ้น โดย ประเมินจากผื่นแดง อักเสบ ลดน้อยลง/ไม่มี ผิวหนังชุ่มชื้นขึ้น สะเก็ดแห้งลอกลดลง |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 8** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะข้ออักเสบ<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. ผู้ป่วยบ่นปวดข้อมือ และข้อเท้า<br>2. การเคลื่อนไหวข้อข้อรู้สึกตึง เคลื่อนไหวได้ไม่เต็มที่<br>3. มีอาการปวด บวม แดงร้อนบริเวณข้อเท้าข้างขวา | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวในการดูแลการเคลื่อนไหวข้อ โดยการบริหารข้ออย่างสม่ำเสมอ<br>2. แนะนำให้สังเกตอาการเริ่มต้นของการปวดข้อ เช่น มีเสียงกรอบแกรบในข้อ เจ็บเสียวขณะเคลื่อนไหวข้ออาการบวมตึงของข้อปลายนิ้ว<br>3. ดูแลให้ผู้ป่วยควบคุมอาการทางผิวหนัง ไม่ให้มีอาการเพิ่มขึ้น ในเรื่องการปฏิบัติตัวที่<br>ถูกต้อง การทายาอย่างสม่ำเสมอ ห้ามขาดยา<br>4. ให้คำแนะนำในเรื่อง<br>- การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกรดยูริคสูง เช่น สัตว์ปีก เครื่องในสัตว์ ผักทอดยอด<br>- หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดภาวะที่ทำให้ข้อเสื่อม/อักเสบ เช่น การนั่งยอง การกระโดด เป็นต้น |

**ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางกาพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะแพทย์ตรวจ**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | - แนะนำการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่หักโหม อย่างน้อย 30 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์<br>- รักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ<br>- แนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงและแคลเซียมสูง เพื่อป้องกันกระดูกเสื่อม และซ่อมแซมผิวหนังส่วนที่สึกหรอ<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยเคลื่อนไหวข้อได้ตามปกติ ผื่นผิวหนังไม่กำเริบเพิ่มขึ้น |

**ระยะหลังแพทย์ตรวจ**

หลังจากแพทย์ตรวจ และได้รับการทดสอบแสง เริ่มการฉายแสงอาทิตย์เทียม NB-UVB ครั้งที่ 1 หลังการฉายแสง มีอาการแสบร้อน คันผิวหนัง หลังฉายแสง จากการสังเกตผู้ป่วย มีอาการผิวแดงเห่อ คล้ำ คันมากขึ้น ช่วยเหลือบรรเทาด้วยการประคบเย็นให้ แพทย์พิจารณาให้ยาทา และยารับประทานอาการลดคัน วางแผนจำหน่าย โดยให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ การสังเกตอาการผิดปกติ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลด้านโภชนาการ เสริมสร้างกำลังใจ และนัดฉายแสงครั้งต่อไปใน วันที่ 24 มกราคม 2567

**ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางกาพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะหลังแพทย์ตรวจ**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 9 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากการฉายแสง**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. มีอาการแสบร้อน คันผิวหนังเล็กน้อยหลังฉายแสง<br>2. จากการสังเกตผู้ป่วย มีอาการผิวแดงขึ้นเล็กน้อย<br>3.ผู้ป่วยได้รับการฉายแสงอาทิตย์เทียม 2 ครั้ง/สัปดาห์ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ให้ความรู้และข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาโดยการฉายแสง<br>2. ดูแลประคบเย็นให้โดยใช้ผ้าชุบน้ำเย็นปิดทับบริเวณที่แสบแดงเป็นเวลา 15 - 30 นาที<br>3. ทบทวนขั้นตอนในการฉายแสงและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อน ขณะ หลังฉายแสง **การปฏิบัติตนขณะได้รับการรักษา ได้แก่**<br>1) ขณะฉายแสงต้องป้องกันดวงตาไม่ให้ได้รับแสงโดยการสวมแว่นตา<br>2) การฉายแสงมีผลต่อผิวหนังที่ได้รับโดยตรง ดังนั้นควรปกปิดผิวหนังปกติที่ไม่มีผื่นโดยเฉพาะผิวหนังที่บอบบาง เช่น หัวนม ข้อพับ อวัยวะเพศ<br>3) การฉายแสงจะต้องฉายอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดระยะอาจทำให้การรักษาไม่ได้ผล<br>4) หลีกเลี่ยงการการสัมผัสแสงแดดที่จัดในวันนัดฉายแสง หากมีความจำเป็นจะต้องสัมผัสแสงแดด ควรทาครีมกันแดดหรือ สวมเสื้อแขนยาว กางเกงขายาว เพื่อป้องกันไม่ให้ผื่นที่ได้รับการรักษาถูกแสงแดด<br>5) ไม่ควรทายาหรือครีมใดๆก่อนการฉายแสง<br>6) ถ้ามีอาการผิดปกติหลังจากการฉายแสง เช่นคัน แสบ หรือมีผื่นแดง ต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบทันที ก่อนจะมีการฉายแสงครั้งต่อไป<br>7) ควรมาตามวันและเวลาที่นัดทุกครั้ง<br>8) ควรทาครีมป้องกันผิวแห้งหลังการฉายแสงหรือก่อนนอน<br>4. ดูแลทาครีม Emollient หลังฉายแสง ถ้ายังไม่ดีขึ้นรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับการรักษาที่เหมาะสม<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยปลอดภัยจากผลข้างเคียงจากการฉายแสง ไม่มีอาการแสบแดงเพิ่มขึ้น |

**ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางกาพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะหลังแพทย์ตรวจ**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 10** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. จากการประเมินสภาพผื่นผิวหนังแดงแห้ง สะเก็ดลอกหลุดร่วง<br>2. จากการตรวจร่างกาย พบอาการซีด<br>3. จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจ Hct 29%, Albumin 3.2 g/dl<br>4. ผู้ป่วยเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ร่วมกับผู้ป่วยและญาติวิเคราะห์และค้นหาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง<br>2. ประเมินการเสียภาวะสมดุลของภาวะโภชนาการตามระดับ โดย<br>1) กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการปกติ การคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของโภชนาการ เมื่อผู้ป่วยมีผื่นผิวหนังแดง แห้งลอกเป็นขุย ทำให้มีการสูญเสียโปรตีนและน้ำได้ตามการลอกหลุดของเซลล์ผิวหนัง จึงต้องป้องกันการเกิดความผิดปกติทางโภชนาการ<br>2) กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อทุพโภชนาการ เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีการสูญเสียโปรตีนและน้ำ โดยมีผื่นผิวหนังที่มีสะเก็ดหลุดร่วง/มีผื่นแดงปนตุ่มหนองกระจายตามตัว แขน ขา ทั่วไป และมีอาการบวมระดับ 1-2 (ผล Albumin 3-3.5 g/dl) มีอาการซีดเล็กน้อย (Hct. ในเพศหญิง 30-35 % ในเพศชาย 33-38 %)<br>3) กรณีผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีการสูญเสียโปรตีนและน้ำ โดยมีผื่นผิวหนังแห้งมีสะเก็ดหนามากลอก/ติดทั่วร่างกาย/ลอกหลุดร่วงมากทั่วร่างกาย หรือมีผื่นแดงปนตุ่มหนองและสะเก็ดหนองแห้งติดร่วมกับอาการบวม ระดับ 3-4 , Total Protein < 5.5 g/dl , Albumin < 3 g/dl ร่วมกับมีภาวะซีด Hct < 30 g/dl ทั้งเพศหญิงและเพศชาย<br>3. ให้ข้อมูลและสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการควบคุมและแก้ไขภาวะทุพโภชนาการ<br>4. ประเมินการหลุดลอกของสะเก็ด<br>5. ในระยะที่มีสะเก็ดหลุดลอกมาก แนะนำให้เพิ่มไข่ขาว 2-3 ฟอง/วัน<br>5. ชั่งน้ำหนักทุกครั้งที่มารับการตรวจรักษา<br>6. แนะนำญาติในการจัดอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานที่เหมาะสมกับโรค<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลทางโภชนาการโดยดูจากสะเก็ดไม่แห้งลอกเพิ่มขึ้น ผิวหนังแห้งลอกลดลง<br>ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct=32% Total protein = 6-8g/dl Albumin = 3.5 g/dl<br>รับประทานอาหารได้ปกติ ไม่มีอาการเบื่ออาหาร |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 11** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>BUN 33 mg/dl, Creatinine 9.2 mg/dl, eGFR 5.73 ml/min/1.73 $m^2$ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>**1.** ค้นหาปัจจัยเสี่ยงโดยการซักประวัติ ประเมินอาการ และวัดสัญญาณชีพ ตรวจร่างกายตามระบบ<br>2. ประเมินอาการบวมน้ำ บริเวณหน้าแข้ง ข้อเท้า และหลังเท้า ประเมินค่าอัตราการกรองของไต และแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบ<br>3. ให้ความรู้ บอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคไต ปัจจัยเสี่ยงและการจัดการต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต<br>4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต โดย ควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติ ปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยการลดเค็ม อาหารหวานจัด ไขมันสูง ลดการบริโภคเกลือ ส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ<br>5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนทางไต<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ความดันโลหิต 130/78-140/95 มิลลิเมตรปรอท ระดับน้ำตาลในเลือด 119-124 mg/dl |

**ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางกาพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะหลังแพทย์ตรวจ**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 12** ผู้ป่วยมีภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ญาติให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมเก็บตัว แยกตัวบ่อยๆ ร่วมกับการนอนไม่หลับ<br>ไม่สนใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและตนเอง | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก โดย<br>- สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย<br>- ให้การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดพูดคุยรับฟังปัญหาพร้อมทั้งสังเกตอาการและให้<br>กำลังใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ<br>-เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกหรือปัญหาต่างๆทั้งให้คำอธิบายหรือช่วย<br>แก้ปัญหาต่างๆอย่างเหมาะสม<br>- ดูแลให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้<br>- กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง<br>- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา<br>- ให้ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงการรักษาอย่างต่อเนื่อง แนะนำการใช้แหล่งประโยชน์การ<br>รักษา และแหล่งสนับสนุน<br>2. ดูแลเสริมสร้างกำลังใจ จัดกิจกรรมเบี่ยงเบนความสนใจและเพิ่มคุณค่าในตนเองให้ผู้ป่วย<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใส ไม่มีพฤติกรรมท้อแท้ หมดหวัง โดยมีการแสดงออกให้เห็นว่าไม่มีอาการที่แสดงถึงความท้อแท้ หมดกำลังใจ เช่น การนอนหลับพักผ่อนได้ดีขึ้น มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น ผู้ป่วยสนใจเอาใจใส่ตนเองมากขึ้น ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและสามารถอธิบายการดูแลตนเองได้ |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 13** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาทา ได้แก่ อาการระคายเคืองผิว ผิวแสบ แดงคัน รูขุมขนอักเสบ ผิวบางมัน เส้นเลือดฝอยใต้ผิวหนังขยาย ผิวหนังแตกลาย ติดเชื้อง่าย เป็นสิว ผิวเหี่ยวย่น<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ยา 5% LCD IN 0.1% TA CREAM มีผลข้างเคียง ได้แก่ อาการระคายเคืองผิวหนัง<br>ผิวแสบ แดง คัน รูขุมขนอักเสบ ผิวบางมัน เส้นเลือดฝอยใต้ผิวหนังขยาย มีภาวะติดเชื้อได้ง่าย | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ให้ความรู้และข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่จะเกิดของยาทา<br>2. อธิบายข้อบ่งใช้ อาการข้างเคียงของการใช้ยา<br>3. แนะนำวิธีการทายา<br>4. สอน สาธิต วิธีการทายาที่ถูกต้อง<br>5. เฝ้าสังเกตอาการผิดปกติก่อนและหลังทายา (อาการเห่อแดงแสบร้อนผื่น)<br>6. แนะนำให้หยุดการใช้ยาทาที่ก่อให้เกิดผลข้างเคียง<br>7. กรณีที่ผื่นเห่อแดง แสบร้อน ให้ประคบเย็นเช่น Cold pack, กระเป๋าน้ำแข็ง<br>8. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนัง เช่น การกรอผิว อาบแดด เป็นต้น<br>**การประเมินผล**<br>ไม่พบอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาทา |

## สรุปและอภิปรายผล

ในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มีผื่นหนาหรือเกิดลุกลามเป็นบริเวณกว้าง ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้มากกว่า 30% การรักษาให้ผิวหนังกลับสู่สภาพปกติต้องใช้เวลานานหลายเดือนจนถึงปี ระหว่างการรักษาอาจเกิดผลแทรกซ้อนอื่น ซึ่งพยาบาลผู้ป่วยนอกมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ต้องประเมินปัญหาและความต้องการตั้งแต่ระยะแรกรับ เพื่อค้นหาภาวะวิกฤตฉุกเฉินและความผิดปกติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ได้แก่ ประเมินภาวะไม่สมดุลของน้ำและอิเลคโตรไลท์ อาการทางระบบหายใจ เช่น หายใจหอบเหนื่อย หายใจเร็วผิดปกติ ผิวแห้งมาก ริมฝีปากแห้ง มีอาการสับสน ไข้สูงอ่อนเพลีย ซักประวัติการเจ็บป่วยในอดีต อาการ

ปัจจุบันและอาการสำคัญ รวมทั้งตรวจร่างกายเพื่อประเมินสภาพและอาการของผู้ป่วย ประเมินทางด้านจิตใจโดยดูจากพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยและญาติ โดยสังเกตสีหน้าการพูดจา การตอบคำถาม ปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยและญาติ สอบถามถึงความเป็นอยู่ ครอบครัว เมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการฉายแสงอาทิตย์เทียม ต้องให้ข้อมูลคำแนะนำก่อนการฉายแสง ขณะและหลังให้การฉายแสงอาทิตย์เทียม[3] เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและสามารถเผชิญกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและสามารถแก้ไขอาการต่างๆ เหล่านั้นได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความท้อแท้เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง จึงต้องให้ญาติมามีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยเพื่อเกิดความเข้าใจ ความร่วมมือในการพาผู้ป่วยมารักษา และให้กำลังใจ สนับสนุนแก่ผู้ป่วย หลังการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้รับการประเมินสภาวะทางกายพบว่า มีการตอบสนองต่อการรักษาดี รอยโรคที่แสดงทางผิวหนังไม่มีการลุกลามออกไป ยังไม่มีโรคแทรกอื่น ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี มาพบแพทย์ตามนัด[7]

**ข้อเสนอแนะ**

ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองกำลังจะเข้าสู่การรักษาโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อสุขภาวะของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ซึ่งปัญหาหลักๆ ของผู้ป่วยพบว่ามีความเครียดต่อผลกระทบจากโรคทั้งปัญหาภาพลักษณ์ สัมพันธภาพกับคนรอบข้าง ความกังวลในโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมา ความรุนแรงของโรค และการปรับตัวเพื่อเปลี่ยนผ่านให้ตนเองสามารถอยู่กับโรคประจำตัวเรื้อรังต่อไปได้ จึงควรได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคคลรอบข้างที่มีผลต่อจิตใจผู้ป่วย ควรสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องต่อโรคว่าโรคนี้ไม่ใช่โรคติดต่อและไม่ได้น่ารังเกียจ และกระตุ้นให้ครอบครัวช่วยสนับสนุนแรงใจและด้านอื่นๆให้กับผู้ป่วยเพื่อประสิทธิภาพในการรักษาและเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาวะของผู้ป่วยและครอบครัว

## เอกสารอ้างอิง

1. ณัฏฐา รัชตะนาวิน. (2563). สะเก็ดเงิน'เป็นมากกว่าโรคผิวหนัง. Retrieved from//http: https://www.khaosod.co.th/newspaper/newspaper-insidepages/news_5244655
2. เบ็ญจ์สชีว์ ปัทมดิลก. (2561). โรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis). สถาบันโรคผิวหนัง. กรุงเทพมหานคร
3. ชฎาพร อินแปน และคณะ. (2551). มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน (Clinical Nursing Practice Guideline). สถาบันโรคผิวหนัง. กรุงเทพมหานคร .บริษัท ควีน กราฟฟค แอนดพริ้นติ้ง เซ็นเตอร์ จำกัด
4. Meleis, A. I., M.Sawyer, L., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middlerange theory. Advances in Nursing Science, 23(1), 12–28.
5. Freedberg ,William & Wilkins IM , Sanchez MR. Current dermatologic diagnosis & treatment. Philadelphia: Lippincott ,2001.
6. ชนิษฎา วงษ์ประภารัตน์. (2561). โรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis). ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
7. พรหมพร จำปาทอง. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis). https://ddc. moph. go.th/uploads/files/2085220210928134937.pdf

# ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี

# Result of patient care model at Subdistrict Health Promoting Hospital Nakhon Chai Si Hospital Service Network.

(Received: April 22,2024 ; Revised: April 28,2024 ; Accepted: April 29,2024)

**ภัทระ ศุภโชติชัย**[1]
**Pattara Suppachotchai**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรีและศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่าง เดือน มกราคม ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ.2567 จำนวน 3 เดือน เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษาพบว่า หลังดำเนินการ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ปกติ ร้อยละ 84.0 และ ผู้ป่วยเบาหวาน ปกติ ร้อยละ 77.3 ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของบุคลากรเครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับมากที่สุดและสภาวะสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของบุคลากรเครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการมีสภาวะสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของบุคลากรเครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี ดีกว่าก่อนการดำเนินการ

**คำสำคัญ :** การดูแล ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เครือข่ายบริการโรงพยาบาล

**Abstract**

This study was action research with the objective of studying the health conditions of diabetic patients and hypertensive patients at Subdistrict Health Promoting Hospital. Nakhon Chai Si Hospital service network and study the model of care for diabetic patients and hypertensive patients at Subdistrict Health Promoting Hospital. Nakhon Chai Si Hospital Service Network There is a period of 3 months to conduct the research between January and March 2024. Data were collected from medical records and questionnaires. Data analyzed by Content analysis (Content Analysis) frequency, percentage, mean and standard deviation and Dependent t – test.

The results of the study found that After processing Hypertensive patients were normal, 84.0%, and diabetic patients were normal, 77.3%. Understanding of care for diabetic patients and hypertensive patients at the Subdistrict Health Promoting Hospital. of Nakhon Chai Si Hospital service network personnel Overall and each item at the highest level and health conditions of diabetic and hypertensive patients and understanding of care for diabetic and hypertensive patients at Subdistrict Health Promoting Hospital of Nakhon Chai Si Hospital service network personnel Before and after operation There was a significant statistical difference at the .05 level. After the operation, there was a health condition of diabetic patients and hypertensive patients and an understanding of the care of diabetic and hypertensive patients. Subdistrict Health Promoting Hospital of Nakhon Chai Si Hospital service network personnel Better before operation

[1] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

**Keywords:** caring, diabetic patients, High blood pressure patients, hospital service network

**บทนำ**

การใช้ชีวิตประจำวันในปัจจุบันมีสิ่งอำนวยความสะดวกมากขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง รวมทั้งการรับประทานอาหารในปริมาณที่มากเกินความต้องการของร่างกาย รับประทานอาหารรสหวานจัด เค็มจัด และอาหารที่มีไขมันสูง เหล่านี้จะทำให้เกิดภาวะอ้วน เมื่อประกอบกับความเครียดและการพักผ่อนไม่เพียงพอรวมกันและสะสมเรื้อรังไปนาน ๆ ก็นำไปสู่การเกิดกลุ่มโรค ขึ้นได้ ซึ่งก็จะทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคสูง รวมทั้งบางโรคยังรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ โรคในกลุ่มนี้ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน ลงพุง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคถุงลมโป่งพอง และโรคมะเร็ง เป็นต้น[1]กลุ่มโรค NCDs (Noncommunicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2559 โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44) รองลงมาคือ โรคมะเร็ง (9.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (3.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9) และโรคเบาหวาน (1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4) ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี หรือเรียกว่าโดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรงโดยเฉพาะ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตวายเรื้อรัง[2]

สถานการณ์โรคเบาหวาน จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี[3] สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) ของประชาชนไทย มีค่าเพิ่มขึ้น จาก 115.3 มม.ปรอท ในปีพ.ศ. 2535 เพิ่มเป็น 121.8 มม.ปรอทในปี พ.ศ.2557 โดยในผู้ชายมีค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 116.9 มม.ปรอท เป็น 124.4 มม.ปรอท ส่วนในผู้หญิงมีค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 113.7 เป็น 119.4 มม.ปรอท ประชากรในเขตเมืองมีค่า SBP เฉลี่ยเพิ่มจาก 117.2มม.ปรอท เป็น 120.8 มม.ปรอท ส่วนในชนบทเพิ่มจาก 114.9 มม.ปรอท เป็น 122.6 มม.ปรอท ในขณะที่ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ในประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปเพิ่มจากร้อยละ 17.0 ในปี พ.ศ. 2535 มาเป็นร้อยละ 24.7 ในปีพ.ศ. 2557 โดยในผู้ชายความชุกเพิ่มจากร้อยละ 18.1 เป็นร้อยละ 25.6 ส่วนในผู้หญิงเพิ่มจากร้อยละ 15.9 เป็นร้อยละ 23.9 โดยความชุกของโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น[4] จึงเป็นความท้าทายของเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในระบบสุขภาพปฐมภูมิในการปฏิบัติภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพและด้านการป้องกันโรค โดยเฉพาะการคิดค้นมาตรการสุขภาพ (Health intervention)[2] เนื่องจากจุดอ่อนที่สำคัญคือ ประชาชนในวัยทำงานมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและไม่ได้รับการคัดกรอง ผู้ที่พบโรคจากการตรวจส่วนหนึ่งยังไม่ได้เข้าสู่กระบวนการการรักษา หรือได้รับการรักษาที่ยังไม่เกิดประสิทธิผลเท่าที่ควร จากหลักฐานทางวิชาการระดับสากล พบว่า การรักษาอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ จำเป็นต้องประกอบกับการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระหว่างการรักษาด้วย ถึงแม้ประเทศไทยจะมีความก้าวหน้าบริการทางการแพทย์ด้านโรคไม่ติดต่อ แต่ยังขาดการปรับระบบบริการ (reorient health service) เพื่อให้เกิดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จะทำให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพในระบบการรักษาพยาบาลอย่างครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ ด้วยปัญหาจากการจัดระบบบริการที่มีรูปแบบเดียวกันกับผู้ป่วยทุกกลุ่ม ไม่ว่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมโรคที่แตกต่างกัน ทำให้ประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการดูแลรักษาโรคไม่ดีเท่าที่ควร เกิดความไม่เสมอภาคในการใช้ระบบบริการและเกิดความแออัดในสถานบริการสุขภาพ จึงได้มีการกระจายผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการใกล้บ้านด้วยกระบวนการจัดบริการแบบย่อส่วน[5,6]

สถานการณ์ปัจจุบันพบว่าอัตราความชุกของโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง เครือข่ายบริการสุขภาพบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี รวมถึงผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่มารับบริการผู้ป่วยนอก เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี มีความความชุกอยู่ใน 10 อันดับโรคของผู้รับบริการ พบจำนวนสูงสุดในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 60 ปี ขึ้นไป รองลงมาพบในกลุ่มอายุ 40-60 ปี และพบจำนวนน้อยในช่วงอายุน้อยกว่า 40 ปี ผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง พบโรคแทรกซ้อนร้อยละ 55.77 และยังพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง ที่ต้องเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อีกเป็นจำนวนมาก และจากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี พบว่ายังขาดแนวทางการดูแล ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยารักษาโรค ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย การสร้างการรับรู้และความเข้าใจในพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้กระบวนการเยี่ยมบ้าน จึงเป็นพื้นฐานของแนวความคิดสำคัญในการดูแลตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งมีความเชื่อมโยงเป็นเหตุและผลต่อกัน เป็นผลรวมมาจากการปฏิสัมพันธ์ทั้งระบบ ร่วมกับกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นมาตรการที่สำคัญและจำเป็นอย่างหนึ่งในการควบคุมป้องกัน ลดอัตราการป่วยและตายจากโรคเบาหวาน[6]

จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และเป็นพื้นฐานในการพัฒนาระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในการควบคุมป้องกันโรค และให้การสนับสนุนการดำเนินงานทั้งภาครัฐและภาคประชาชนให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแล และควบคุมอาการของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี
2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี

**วิธีการวิจัย**

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action

Research) มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่าง เดือน มกราคม ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ.2567 จำนวน 3 เดือน

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร ได้แก่ บุคลากรเครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรเครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และบุคลากรอื่น ที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี ที่มารับบริการระหว่าง เดือน มกราคม ถึง เดือน มีนาคม พ.ศ.2567 จำนวน 3 เดือน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี โดยกิจกรรมของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี ด้วยกระบวนการกลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน ประกอบด้วย

1.1 การวิเคราะห์สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี

1.2 การวางแผนและกำหนดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี

1.3 การดำเนินงานตามแผนและกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี

1.4 การสรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของบุคลากรเครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[7]

| 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 ตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน

30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method)[8]

2.2 ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของบุคลากรเครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[7]

| 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 ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง ( Validity ) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method)

**ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย**

1. การวิเคราะห์สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี

2. การวางแผนและกำหนดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี

3. การดำเนินงานตามแผนและกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี

4. การสรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียน

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ในการสรุปผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test

**จริยธรรมการวิจัย**

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

**ผลการวิจัย**

1. สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี พบว่า ก่อนดำเนินการ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ปกติ ร้อยละ 81.7 และ ผู้ป่วยเบาหวาน ปกติ ร้อยละ 72.7 หลังดำเนินการ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ปกติ ร้อยละ 84.0 และ ผู้ป่วยเบาหวาน ปกติ ร้อยละ 77.3

2. ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของบุคลากรเครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี พบว่า ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับปานกลาง และหลังดำเนินการ โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด

3. ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของบุคลากรเครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี พบว่าก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับปานกลาง และหลังดำเนินการ โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด

4. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี ประกอบด้วย การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยเบาหวาน แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แนวทางการส่ง investigation แนวทางการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension ,HT) แนวทางการรักษาและแนวทางการส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลนครชัยศรี

5. การเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของบุคลากรเครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการมีสภาวะสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของบุคลากรเครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี ดีกว่าก่อนการดำเนินการ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของบุคลากรเครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี (Dependent t - test)

| ตัวแปร | ก่อน | | หลัง | | df | t | p-value | 95%CI | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ค่าเฉลี่ย | S.D. | ค่าเฉลี่ย | S.D. | | | | lower | upper |
| FBS | 123.17 | 26.90 | 119.04 | 22.67 | 307 | 11.262 | .000 | 3.40831 | 4.85143 |
| SBP | 130.54 | 11.34 | 128.82 | 10.90 | 1200 | 4.714 | .000 | 1.00476 | 2.43737 |
| CDM | 2.81 | 0.16 | 4.80 | 0.11 | 44 | -92.283 | .000 | -2.04368 | -1.95632 |
| CHT | 2.76 | 0.24 | 4.84 | 0.10 | 44 | -45.077 | .000 | -2.07858 | -1.90068 |

**สรุปและอภิปรายผล**

จากการศึกษา พบว่า สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี ก่อนดำเนินการ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ปกติ ร้อยละ 81.7 และ ผู้ป่วยเบาหวาน ปกติ ร้อยละ 72.7 ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของบุคลากรเครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับปานกลาง และความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของบุคลากรเครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเลาขวัญ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบ ก่อนการทดลองกลุ่มที่ใช้รูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 10.5 คะแนน

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง 63.7 คะแนน และมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 164.5mg/dl ส่วนกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 10.7 คะแนน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง 62.5 คะแนน และมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 166.5 mg/dl[9] ดังนั้นจึงได้จัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี ประกอบด้วย การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยเบาหวาน แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แนวทางการส่ง investigation แนวทางการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง(Hypertension ,HT) แนวทางการรักษาและแนวทางการส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลนครชัยศรี ตามแนวทางแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ[10]และแนวทางบริการวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(เบาหวานและความดันโลหิตสูง)แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานและแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง[11] สอดคล้องกับการศึกษาของประภา ราชา และคณะ[5]ศึกษาการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 แบ่งเป็น 4 ระยะคือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์การจัดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19 โดยศึกษาในพยาบาลผู้ปฏิบัติงานคลินิกเบาหวานและคลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนาระบบ มี 2 ขั้นตอน คือ การเตรียมความพร้อมและการพัฒนาระบบบริการ ระยะที่ 3 ดำเนินการทดลองใช้ระบบในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานและกลุ่มผู้รับบริการ ระยะที่ 4 ประเมินผลในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานทีมสหสาขาวิชาชีพและกลุ่มผู้รับบริการส่งผลให้ หลังดำเนินการ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงปกติ ร้อยละ 84.0 และ ผู้ป่วยเบาหวาน ปกติ ร้อยละ 77.3 ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของบุคลากรเครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของบุคลากรเครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการมีสภาวะสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของบุคลากรเครือข่ายบริการโรงพยาบาลนครชัยศรี ดีกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ จุฑาพงศ์ เตชะสืบ และคณะ[12] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน ผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า 1) รูปแบบฯ ประกอบด้วยการอบรม เรื่องโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวฯ การเยี่ยมบ้านฯ โดยทีมสุขภาพ และคู่มือการดูแลตนเองฯ2) ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 74.0 และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 70.4 การพัฒนารูปแบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนส่งผลให้ผู้ มีความรู้และมีการปฏิบัติตนดีขึ้น ดังนั้นควรนำ แนวทางการพัฒนารูปแบบฯ ไปใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นเบาหวานดูแลตนเองและมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนและอันตรายจากโรคเบาหวานในชุมชนต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิรัชฎา มะมา[13] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมุขภาพตำบลดงมูลเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงมูลเหล็กครั้งนี้ มี 6 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนแบบมีส่วนร่วม 3) จัด

ทาแผนปฏิบัติการ 4) ปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการ 5) ติดตามสนับสนุนและประเมินผลการดาเนินงาน 6) จัดเวทีแลกเปลี่ยนและถอดบทเรียน ผลการดาเนินงานพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ การปฏิบัติตัว และการมีส่วนร่วม เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่างความรู้ เท่ากับ 10.28 คะแนน (SD=0.23, 95%CI=9.81 - 10.74, p-value<0.001), การปฏิบัติตัว เท่ากับ 1.06 คะแนน (SD=0.56, 95%CI=0.97 – 1.14, p-value<0.001) และการมีส่วนร่วม เท่ากับ 1.53 คะแนน (SD=0.73, 95%CI=1.42 - 1.64, p-value<0.001) และส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบในระดับมากที่สุด ร้อยละ 62.94 โดยสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดาเนินงานครั้งนี้เกิดจาก 1) การใช้กลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน 2) สร้างระบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน 3) ส่งเสริมกิจกรรมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานดูแลกันเองและ 4) การกำหนดผู้รับผิดชอบหลักอย่างรูปธรรมในการขับเคลื่อนกิจกรรมในชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน ปัจจัยดังกล่าวนี้ส่งผลให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนให้บรรลุตามเป้าหมายในที่สุด

**ข้อเสนอแนะ**

**ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้**

ในการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลควรมี การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยเบาหวาน แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แนวทางการส่ง investigation แนวทางการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension ,HT) แนวทางการรักษาและแนวทางการส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล และทำความเข้าใจกับเครือข่ายโรงพยาบาล

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

ควรมีการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลประกอบด้วย การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยเบาหวาน แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แนวทางการส่ง investigation แนวทางการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง(Hypertension ,HT) แนวทางการรักษาและแนวทางการส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล ในระยะยาวต่อไป

**เอกสารอ้างอิง**

1. นันทกร ทองแตง.(2562). โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรค NCDs). https://www.si.mahidol.ac.th/th/ healthdetail.asp?aid=1371
2. กรมควบคุมโรค (2563). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562 สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์
3. กรมควบคุมโรค.(2565). กรมควบคุมโรค เผยสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก มีผู้ป่วยแล้ว 537 ล้านคน มีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที. กองโรคไม่ติดต่อ /สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค
4. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย
5. ประภา ราชา, จารุภา คงรส, และธนพร สดชื่น. (2563). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19. วารสารแพทย์เขต 4-5, 39(3), 414-426.
6. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยเรื่อง พัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(เบาหวานและความดันโลหิตสูง)
7. Best, John W.(1981). Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1981

8. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บี แอนด์ บี พลับบิชชิ่ง, 2542.
9. อนุชา วรหาญ.(2561) การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเลาขวัญ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. ปีที่ 12 ฉบับที่ 27 (2018): มกราคม-เมษายน 2561
10. กระทรวงสาธารณสุข. (2556) แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) (DM, HT, COPD, STROKE). กรุงเทพ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
11. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2560. ปทุมธานี: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด.
12. จุฑาพงศ์ เตชะสืบ วราภรณ์ บุญเชียง รังสิยา นารินทร์.(2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน. พยาบาลสาร ปีที่ 47 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน พ.ศ. 2563
13. วิรัชฎา มะมา.(2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมุขภาพตาบลดงมูลเหล็ก อาเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม–ธันวาคม 2563

# การประเมินผลการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย

# Evaluation of enhancing comprehension of the participatory GREEN & CLEAN Hospital Challenge operations. Nong Khai Province.

(Received: April 22,2024 ; Revised: April 28,2024 ; Accepted: April 29,2024)

**เกษศิริ เจือจันทึก**[1]
**Kedsiri Juejunthuk**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษา การประเมินผลการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge จังหวัดหนองคายและการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง เมษายน 2567 รวม 3 เดือน เก็บข้อมูลจากแบบสรุปรายงาน และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ F – test ด้วยเทคนิค Two way ANOVA

ผลการศึกษา พบว่า ข้อมูลทั่วไปเครือข่ายในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.6 สมรส ร้อยละ 52.2 จบปริญญาตรี ร้อยละ 56.5 เป็นสหวิชาชีพและอื่นๆ ร้อยละ 30.0 เท่ากัน และอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 61.1 ความเข้าใจของเครือข่ายในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย พบว่า โดยรวมและรายข้อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด และความเข้าใจของเครือข่ายในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย ระหว่างการศึกษาและตำแหน่งที่ต่างกัน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

**คำสำคัญ:** ความเข้าใจ การดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge การมีส่วนร่วม

**Abstract**

This study was strengthening comprehension of the participatory GREEN & CLEAN Hospital Challenge implementation, Nong Khai Province. The objective was to study the operating situation of GREEN & CLEAN Hospital Challenge in Nong Khai Province and to enhance comprehension of GREEN & CLEAN Hospital Challenge operations in a participatory manner, Nong Khai Province. It was participatory action research. (Participatory Action Research: PAR) has a research period between February and April 2024, totaling 3 months. Data were collected from summary reports and questionnaires. Data were analyzed by content analysis (Content Analysis), frequency, percentage, average, deviation. Standard comparison and F - test using Two way ANOVA technique.

The results of the study found that general information about the network in the GREEN & CLEAN Hospital Challenge operation was participatory. Nong Khai Province found that the majority of the sample were female, 65.6 percent were married, 52.2 percent had bachelor's degrees, 56.5 percent were allied professions and others, 30.0 percent were the same, and 61.1 percent were in community hospitals. comprehension of the network in Participatory operation of GREEN & CLEAN Hospital Challenge Nong Khai Province found that overall and each item Most are at the highest level. and comprehension of operating the GREEN & CLEAN Hospital Challenge in a participatory manner Nong Khai Province Between different studies and positions, it was found that there were no differences.

**Keywords:** comprehension, implementation GREEN & CLEAN Hospital Challenge, participation

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

**บทนำ**

โรงพยาบาลเป็นหน่วยงานที่ให้บริการประชาชนทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน และรักษาสุขภาพ ในแต่ละวันจึงมีกิจกรรมจากผู้มาใช้บริการ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจำนวนมาก ก่อให้เกิดของเสีย อาทิ เศษอาหารจากตึกผู้ป่วยโรงอาหาร ร้านอาหาร สิ่งปฏิกูลที่เกิดจากการขับถ่าย น้ำเสีย ตลอดจนมูลฝอยติดเชื้อ การใช้พลังงานและการใช้สารเคมีในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อปัญหาสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลและชุมชนโดยรอบ[1]

การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลให้ถูกต้องตามหลักวิชาการนั้นมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นหน่วยงานที่ให้บริการประชาชน ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน และรักษาสุขภาพ ในแต่ละวันจึงมีกิจกรรมจากผู้มาใช้บริการ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจำนวนมาก ก่อให้เกิดของเสีย อาทิ เศษอาหารจากโรงอาหาร ร้านอาหารสิ่งปฏิกูลที่เกิดจากการขับถ่าย น้ำเสีย ตลอดจนมูลฝอยติดเชื้อ การใช้พลังงาน และการใช้สารเคมีในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ ล้วนส่งผลกระทบต่อปัญหาสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลและชุมชนโดยรอบ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายการปฏิบัติภายใต้ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (PP&P Excellence) กำหนดให้มีการดำเนินงานเพื่อดูแลสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ภายใต้โครงการ GREEN & CLEAN Hospital เพื่อให้เกิดการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการและเป็นมาตรฐานเดียวกัน นโยบายดังกล่าวส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การยกระดับมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital สู่ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ซึ่งเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลที่สามารถพัฒนาได้ตามมาตรฐานแล้ว สามารถเลือกพัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน และเกิดการบูรณาการแนวทางการดำเนินงานกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น[1]

การมีส่วนร่วมในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล เป็นกระบวนการที่สำคัญกระบวนการหนึ่งในการพัฒนา เนื่องจากเป็นการเปิดโอกาสให้กลุ่มบุคคลมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่เริ่มต้น ทั้งทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ไม่ว่าจะเป็นปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มคน ร่วมคิด ร่วมมือ ร่วมปฏิบัติ ร่วมแรง ร่วมใจและร่วมรับผิดชอบ เพื่อให้เกิดการดำเนินการพัฒนา และ การเปลี่ยนแปลง เป็นเทคนิคอย่างหนึ่ง ที่ผู้บริหารต้องการ เพราะเมื่อบุคคลได้เข้ามามีส่วนร่วมแล้ว จะไม่ค่อยเกิดการต่อต้าน รวมทั้งช่วยลดความขัดแย้งและความเครียดจากการทำงาน ทำให้บุคคลได้ร่วมเข้ามามีส่วนร่วมแล้วจะไม่ค่อยเกิดการต่อต้าน รวมทั้งช่วยลดคงวามขัดแย้งและความเครียดจากการทำงาน ทำให้บุคคลได้ร่วมกันพิจารณาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำงาน บุคคลจะรู้สึกพึงพอใจในผลงานที่เกิดขึ้น และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดความมุ่งมั่นในการสร้างความสำเร็จให้กับองค์กร เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและผูกพันกับองค์กร เพื่อนำไปสู่เป้าหมายขององค์กรและสามารถบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้[2]

จากสถานการณ์ดังกล่าว เพื่อเป็นการการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge โดยใช้ใช้หลักการบริหารจัดการมาใช้ในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อม จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการเสริมสร้างความเข้าใจของเครือข่ายในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย เป็นการส่งเสริมบุคลากรให้มีความรู้ในการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม สร้างหัวหน้างานที่ได้รับการยอมรับจากบุคคลากรในโรงพยาบาลในการขับเคลื่อนงาน รวมถึงเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรในโรงพยาบาลเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาล เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน สามารถบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่ส่งผล

กระทบต่อชุมชนโดยรอบ รวมถึงเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ผู้มาใช้บริการในการรณรงค์และขยายผลสู่สังคมได้ต่อไป

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge จังหวัดหนองคาย

2. เพื่อศึกษาการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย

3. เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย

**รูปแบบการวิจัย**

การศึกษา การเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร ได้แก่ เครือข่ายในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนเครือข่ายในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย จำนวน 90 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. การเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการและเปลี่ยนเรียนรู้เสริมสร้างความใจในกิจกรรมหรือขั้นตอนในการเสริมสร้างความเข้าใจของเครือข่ายในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย ดังต่อไปนี้

1.1 การวิเคราะห์การดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge จังหวัดหนองคาย ร่วมกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

1.2 การกำหนดกิจกรรมในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge จังหวัดหนองคาย

1.3 การดำเนินงานตามกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital Challenge จังหวัดหนองคาย ที่กำหนดขึ้น

1.4 การติดตามการดำเนินงานตามกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital Challenge จังหวัดหนองคาย

1.5 การสรุปถอดบทเรียนการดำเนินงานตามกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital Challenge จังหวัดหนองคาย

2. แบบสอบถามความเข้าใจในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย

หมวด CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา

หมวด G: Garbage การจัดการมูลฝอย ทุกประเภท

หมวด R: Restroom การพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) และการจัดการสิ่งปฏิกูล

หมวด E: Energy การจัดการด้านพลังงาน

หมวด E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

หมวด N: Nutrition การจัดการสุขาภิบาลอาหาร การจัดการน้ำอุปโภคบริโภค การดำเนินงานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล

หมวด Innovation: การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN

หมวด Network: การสร้างเครือข่ายการพัฒนาด้าน GREEN

เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความเข้าใจของเครือข่ายในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge อยู่ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ความเข้าใจของเครือข่ายในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge อยู่ระดับมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ความเข้าใจของเครือข่ายในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge อยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ความเข้าใจของเครือข่ายในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge อยู่ระดับน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ความเข้าใจของเครือข่ายในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge อยู่ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[3]

| 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 ตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง ( Validity ) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .970

**ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย**

1. ศึกษาและวิเคราะห์การดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย

หมวด CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา

หมวด G: Garbage การจัดการมูลฝอย ทุกประเภท

หมวด R: Restroom การพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) และการจัดการสิ่งปฏิกูล

หมวด E: Energy การจัดการด้านพลังงาน

หมวด E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

หมวด N: Nutrition การจัดการสุขาภิบาลอาหาร การจัดการน้ำอุปโภคบริโภค การดำเนินงานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล

หมวด Innovation: การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN

หมวด Network: การสร้างเครือข่ายการพัฒนาด้าน GREEN

2. กำหนดกิจกรรมในการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย

3. การเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย

4. สรุปและถอดบทเรียนการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ การเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ F – test ด้วยเทคนิค Two way ANOVA

**จริยธรรมการวิจัย**

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

**ผลการวิจัย**

1. สถานการณ์การดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge จังหวัดหนองคาย พบว่า ผลการดำเนินการตามตัวชี้วัด GREEN & CLEAN Hospital Challenge ปี 2562 - 2566 ระดับมาตรฐาน 5 แห่ง ระดับดีเยี่ยมและระดับท้าทาย ระดับละ 2 แห่ง

2. การเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน ประกอบด้วย 8 หมวด ได้แก่

หมวด 1 CLEAN การสร้างกระบวนการพัฒนา

หมวด 2 G: Garbage (การจัดการมูลฝอยทุกประเภท)

หมวด 3 R: RESTROOM การพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) และการจัดการสิ่งปฏิกูล

หมวด 4 E: ENERGY (การจัดการด้านพลังงานและทรัพยากร)

หมวด 5 E: ENVIRONMENT (การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล)

หมวด 6 N: NUTRITION (การจัดการสุขาภิบาลอาหาร การจัดการน้ำอุปโภคบริโภค และการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล)

หมวด 7 Innovation: การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN

หมวด 8 Network: การสร้างเครือข่ายการพัฒนาด้าน GREEN

3. ผลของการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย

3.1 ข้อมูลทั่วไปเครือข่ายในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.6 สมรส ร้อยละ 52.2 จบปริญญาตรี ร้อยละ 56.5 เป็นสหวิชาชีพและอื่นๆ ร้อยละ 30.0 เท่ากัน และอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 61.1

3.2 ความเข้าใจในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย พบว่า โดยรวมและรายข้อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด

3.3 การเปรียบเทียบความเข้าใจในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย ระหว่างการศึกษาและตำแหน่งที่ต่างกัน

ตารางที่ 1 ความเข้าใจในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วมจังหวัดหนองคาย ระหว่างการศึกษาและตำแหน่งที่ต่างกัน (F – test ด้วย เทคนิค Two way ANOVA)

| Source | Type III Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|
| Corrected Model | 2.366[a] | 10 | .237 | 1.089 | .381 |
| Intercept | 409.424 | 1 | 409.424 | 1883.998 | .000 |
| การศึกษา | .564 | 3 | .188 | .865 | .463 |
| ตำแหน่ง | .819 | 3 | .273 | 1.256 | .295 |
| การศึกษา * ตำแหน่ง | .610 | 4 | .153 | .702 | .593 |
| Error | 17.168 | 79 | .217 | | |
| Total | 1653.765 | 90 | | | |
| Corrected Total | 19.534 | 89 | | | |

จากตารางที่ 1 พบว่า ความเข้าใจของเครือข่ายในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย ระหว่างการศึกษาและตำแหน่งที่ต่างกัน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

**สรุปและอภิปรายผล**

จากการศึกษา พบว่า สถานการณ์การดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge จังหวัดหนองคาย พบว่า ผลการดำเนินการตามตัวชี้วัด GREEN & CLEAN Hospital Challenge ปี 2562 – 2566 ระดับมาตรฐาน 5 แห่ง ระดับดีเยี่ยมและระดับท้าทาย ระดับละ 2 แห่ง สอดคล้องกันกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ของบุคลากรโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี[4] มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ของบุคลากรโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างได้แก่ บุคลากรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในจังหวัดเพชรบุรีจาก 8 โรงพยาบาล จำนวน 344 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบวัดความรู้ในการดำเนินงาน ความตระหนักในการดำเนินงาน การสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การบริหารจัดการในการดำเนินงานและแรงจูงใจในการดำเนินงาน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงาน การบริหารจัดการในการดำเนินงานและแรงจูงใจในการดำเนินงาน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง(ค่า r อยู่ระหว่าง .41-.60) ส่วนปัจจัยด้านความรู้ในการดำเนินงานและความตระหนักในการดำเนินงาน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับต่ำ (ค่า r ต่ำกว่า .20) ดังนั้นจึงได้ ดำเนินการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน ประกอบด้วย 8 หมวด ตามแนวคิดการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล[5,6]แนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561) และแนวคิด GREEN & CLEAN Hospital Challenge[1] ส่งผลให้ ความเข้าใจของเครือข่ายในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย พบว่า โดยรวมและรายข้อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุดและความเข้าใจในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม จังหวัดหนองคาย ระหว่างการศึกษาและตำแหน่งที่ต่างกัน ไม่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกันกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบดำเนินงานโรงพยาบาลGREEN and CLEAN Hospital ของโรงพยาบาลน้ำขุ่น อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี[7] มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน GREEN and CLEAN Hospital ของโรงพยาบาลน้ำขุ่น ประเมินผลการพัฒนารูปแบบ โดยรูปแบบการวิจัยเป็นเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการวิจัยโดยใช้วงจรการพัฒนาPAOR4 ขั้นตอนประกอบด้วย 1) การวางแผน 2) ลงมือปฏิบัติ 3) สังเกตผล และ4) การสะท้อนผล กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วม 133 คน ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดำเนินงาน GREEN and CLEAN Hospitalของโรงพยาบาลน้ำขุ่น คือ NAMKHUN-Model ประกอบด้วย1) Network: การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง2) Activity: การกำหนดกิจกรรมการพัฒนาที่ชัดเจน 3) Management มีการจัดการอย่างมีส่วนร่วม 4) Knowledge การสร้างความรู้ความเข้าใจร่วมกัน 5)

Healthy เป้าหมายสู่การมีสุขภาพที่ดี 6) Unity Team ความเป็นเอกภาพในการพัฒนา และ 7) Non Stop มีการพัฒนาขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่องผลการประเมินรูปแบบที่สร้างขึ้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ การรับรู้บทบาท การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อการดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบอนามัยสิ่งล้อมโรงพยาบาลวาปีปทุม[8] ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเป้าหมายของการพัฒนาหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญ (p-value< 0.05) ความพึงพอใจต่อการพัฒนางานของผู้รับผิดชอบงานทุกหน่วยงานอยู่ในระดับสูง ผลการดำเนินงานหลังดำเนินการมี 13 ตัวชี วัด เพิ่มขึ้นจากก่อนการดำเนินการร้อยละ100 เทียบเกณฑ์ที่กำหนดพบว่า สูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงฯกำหนด โดยรวมผ่านเกณฑ์ชี วัด จานวน 13 ตัวชี วัด (ร้อยละ100) ของตัวชี วัดงานทั้งหมด) ความรู้ /ความเข้าใจ /ทักษะของกลุ่มเป้าหมายของการพัฒนาหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญ (p-value< 0.05) ความพึงพอใจต่อการพัฒนางานของผู้รับผิดชอบงานทุกหน่วยงานอยู่ในระดับสูง ปัจจัยแห่งความสำเร็จการดำเนินงานคือ 1) การวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนแบบมีส่วนร่วม 2) การกำหนดนโยบายที่ชัดเจนและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติอย่างเข้มแข็ง 3) การควบคุมกำกับและติดตามงานอย่างต่อเนื่อง 4) การสื่อสารร่วมกันอย่างทั่วถึงและรวดเร็วในการพัฒนางาน 5) การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การสื่อสารและนวัตกรรมเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน 6) การประเมินผลการพัฒนางานที่เข้มแข็ง 7) ความมุ่งมั่นและสามัคคีของผู้รับผิดชอบงานระดับหน่วยงาน

**ข้อเสนอแนะ**

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

ในการศึกษา การดำเนินการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม ควรจัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานระหว่างบุคลากรในเครือข่าย ในการทำความเข้าใจเนื้อหาซึ่งประกอบด้วย 8 หมวด ได้แก่

หมวด 1 CLEAN การสร้างกระบวนการ พัฒนา

หมวด 2 G: Garbage (การจัดการมูลฝอยทุกประเภท)

หมวด 3 R: RESTROOM การพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) และการจัดการสิ่งปฏิกูล

หมวด 4 E: ENERGY (การจัดการด้านพลังงานและทรัพยากร)

หมวด 5 E: ENVIRONMENT (การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล)

หมวด 6 N: NUTRITION (การจัดการสุขาภิบาลอาหาร การจัดการน้ำอุปโภคบริโภค และการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล)

หมวด 7 Innovation: การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN

หมวด 8 Network: การสร้างเครือข่ายการพัฒนาด้าน GREEN

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษา ผลจากการดำเนินการเสริมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge แบบมีส่วนร่วม ทั้ง 8 หมวด

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). คู่มือแนวทางการดำเนินงานGREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) สำหรับโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ บริษัทมินนี่ จำกัด
2. ธิติลักษณ์ พัฒเพ็ง. (2561).กระบวนการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังแสง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน,ผลงานวิชาการ งานมหกรรมวิชาการสาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปี 2561[ออนไลน์]. ได้จาก http://mkho.moph.go.th/research2018/.
3. Best, J. W. (1977). Research in Education. 3rd ed. New Jersey: Prentice hall Inc.

Kemmis, S. and McTaggart, R. (1988). The Action Research Planer. 3rd ed. Victoria, Australia: Deaken University Press.

4. นริศรา นพคุณ สุรพงษ์ ชูเดช.(2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ของบุคลากรโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 14(4). 12-23.
5. อำพรรณ จันทโรกรและคณะ.(2560). การจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างมีจริยธรรมเพื่อลดภาวะโลกร้อน โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลตติยภูมิภาคใต้. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 37(3),121-133.
6. วิมลรัตน์ ภูผาสุข. (2560). “การพัฒนาเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัด กาฬสินธุ์,” วารสารดุษฎีบัณฑิตทางสังคมศาสตร์, 7(1), 153-164.
7. ศรัญรัตน์ ธานี และ เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์.(2566). การพัฒนารูปแบบดำเนินงานโรงพยาบาล GREEN and CLEAN Hospital ของโรงพยาบาลน้ำขุ่น อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 12(1). 5-14
8. เกศราพร แก้วลาย (2561).การพัฒนารูปแบบอนามัยสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม. ผลงานวิชาการ งานมหกรรมวิชาการสาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปี 2561[ออนไลน์].ได้จาก http://mkho.moph.go.th/research2018/.

# การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเยื่อบุโพรงมดลูกร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา

# Nursing care of a patient with endometritis with sepsis: A case study

(Received: April 23,2024 ; Revised: April 28,2024 ; Accepted: April 29,2024)

**รุ่งนภา ปฏิพันธ์**[1]
**Rungnapa Patipan**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเยื่อบุโพรงมดลูกร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยศึกษาในหญิงไทยวัย 22 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 8 ธันวาคม 2566 ด้วยอาการสำคัญ ปวดท้อง มีเลือดออกทางช่องคลอด 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติการแท้ง และได้รับการคลอดด้วยเครื่องมือสุญญากาศ

ผลการศึกษา : แรกรับ รู้สึกตัว ซีด ความดันโลหิตต่ำ วินิจฉัยติดเชื้อเยื่อบุโพรงมดลูกร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้รับการผ่าตัดมดลูก และปีกมดลูก 2 ข้าง ระหว่างดูแลรักษาพยาบาล มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ และเสียเลือด เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน ไม่สุขสบายจากอาการปวดท้อง ให้การพยาบาลแก้ไขภาวะช็อก ให้การพยาบาลก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด หลังผ่าตัดสัญญาณชีพยังไม่คงที่ ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต ร่วมกับให้เลือด ผู้ป่วยได้รับการดูแลจนปลอดภัย รับประทานอาหารได้ แผลผ่าตัดไม่พบการติดเชื้อ ได้รับการวางแผนจำหน่ายทางด้านร่างกาย และจิตใจ จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 18 ธันวาคม 2566 รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 10 วัน

**คำสำคัญ:** การพยาบาล, ติดเชื้อเยื่อบุโพรงมดลูก, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

**Abstract**

This study was case study aimed to study the Nursing care of a patient with endometritis with sepsis: A case studyA 22-year-old Thai female presented to the hospital on December 8, 2023 with the main symptom of abdominal pain and one-day history of vaginal bleeding. She had a history of miscarriage and had previously undergone vacuum aspiration for termination of pregnancy

Study Results:. On examination, she appeared pale with low blood pressure. The diagnosis of endometrial infection concurrent with bloodstream infection was made. The patient underwent uterine and bilateral salpingectomy surgery. During the nursing care, she developed septic shock and hemorrhage, leading to hypoxia. Nursing interventions included shock management, preoperative and postoperative care, blood pressure support, and oxygenation. The patient was safely managed, able to tolerate oral intake, showed no signs of surgical site infection, and was discharged on December 18, 2023 after a 10-day hospital stay.

**Keywords:** Nursing care, Endometrial Infection, Bloodstream Infection

## บทนำ

การติดเชื้อเยื่อบุโพรงมดลูก (endometritis) ที่เกิดจากการติดเชื้อหลังคลอดทางช่องคลอด มักเกิดจากบริเวณตำแหน่งทีรกเกาะบริเวณของ decidua และกล้ามเนื้อมดลูกข้างเคียง รวมถึงรอยแผลฉีกขาดบริเวณปากมดลูกหลังคลอด เชื้อจะเข้าไปที่เนื้อเยื่อของมดลูก ถ้าเป็นรุนแรงอาจกระจายไปทาง parametrium เกิดเป็น parametrium cellulitis[1] อาการที่สำคัญ คือ ภาวะไข้ โดยส่วนใหญ่มักจะอยู่ในช่วง 38-39 องศาเซลเซียส อาจมีอาการหนาวสั่น ซึ่งบ่งบอกถึงการมีเชื้อแบคทีเรียหรือสารพิษของเชื้ออยู่ในกระแสเลือด อาการอื่นๆ ที่มักพบ คือ อาการปวดท้อง น้ำคาวปลาคล้ายหนองหรือมีกลิ่น แต่การติดเชื้อบางชนิด เช่น Group A Beta hemolytic streptococci น้ำคาวปลามักมีปริมาณน้อยและไม่มีกลิ่น การ

[1] โรงพยาบาลปากช่องนานา

ตรวจร่างกายอาจจะพบมดลูกกดเจ็บ หรือกดเจ็บบริเวณ parametrium หรืออาจไม่มีอาการแสดงใดๆ ซึ่งการรักษาการติดเชื้อที่ไม่รุนแรง จะรักษาด้วยยาปฏิชีวนะแบบรับประทานหรือทางกล้ามเนื้ออาจจะเพียงพอ[2] แต่ endometritis เป็นภาวะการติดเชื้อรุนแรงที่เกิดตามหลังภาวะมดลูกอักเสบที่พบไม่บ่อย แต่ทำให้เกิดความเสียหายต่อระบบอื่นๆ ในร่างกาย จนทำให้ถึงขั้นเสียชีวิตได้ถึง 10-15% อาการที่พบบ่อย คือ มีไข้ ปวดศีรษะ ภาวะสับสนผื่นแดงลักษณะแบบ diffuse macular บวม คลื่นไส้อาเจียน ถ่ายเหลวและภาวะเลือดข้น อาจทำให้เกิดภาวะไตวาย ตับวาย disseminated intravascular coagulopathy และระบบหมุนเวียนเลือดล้มเหลวตามมาได้อย่างฉับพลัน การรักษาอาจจำเป็นต้องตัดมดลูกทิ้งเพื่อป้องกันการเสียชีวิต[3] จากปัญหาดังกล่าวทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่าย เสียเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล มีผลกระทบต่อจิตใจและความพึงพอใจในคุณภาพการบริการ และส่งผลกระทบต่อหน่วยงานที่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้นด้วย

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเยื่อบุโพรงมดลูกร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

**วิธีการศึกษา**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเยื่อบุโพรงมดลูกร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

**ผลการศึกษา**

**กรณีศึกษา** ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 22 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 8 ธันวาคม 2566

**อาการสำคัญ** ปวดท้องน้อย มีเลือดออกทางช่องคลอด 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

**ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน** ประวัติตั้งครรภ์ G2P1A1L1 Last 4 ปี case twin 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยแท้ง และได้รับการคลอดด้วยเครื่องมือสุญญากาศ นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วัน (5-7 ธันวาคม 2566)

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้องน้อยเป็นๆ หาย ๆ ไม่ได้มารักษาซื้อยาแก้ปวดรับประทานเอง

6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีเลือดออกทางช่องคลอด ชุ่มผ้าอนามัย 3 ผืน ไม่มีไข้ ปวดท้องมากขึ้น รับประทานยาแก้ปวด ไม่ทุเลาจึงมาโรงพยาบาล

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต** เป็นโรคธาลัสซีเมีย รักษาที่โรงพยาบาลปากช่องนานา

**ประวัติการแพ้ยา อาหาร และสารเคมี**

ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสารเคมี

**การประเมินตามแบบแผนสุขภาพ**

**แบบแผนที่ 1 แบบแผนการรับรู้และดูแลสุขภาพ** เป็นโรคธาลัสซีเมีย รักษาที่โรงพยาบาลปากช่องนานา ปฏิเสธสิ่งเสพติด ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ หรือติดสารเสพติดใด ๆ ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตัวเองดี

**แบบแผนที่ 2 แบบแผนโภชนาการและเมตาโบลิซึม** สุขนิสัยการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยรับประทานอาหารตามเวลา รับประทานอาหารได้ทุกประเภทโดยเฉพาะเนื้อสัตว์ ไม่พบปัญหาในการรับประทานอาหาร ชอบรับประทานอาหารรสเผ็ด ไม่มีประวัติน้ำหนักลดลงอย่างผิดปกติในรอบปีที่ผ่านมา น้ำหนัก 52 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร ไม่พบ skin turgor

**แบบแผนที่ 3 แบบแผนการขับถ่ายของเสีย** การถ่ายปัสสาวะปกติวันละ 3-4 ครั้ง ไม่มีแสบขัด ถ่ายอุจจาระ 1 ครั้งทุกวัน ลักษณะอุจจาระปกติ การขับถ่ายทางผิวหนังมีเหงื่อออกปกติ

**แบบแผนที่ 4 แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย** ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันปกติ ไม่ได้มีแบบแผนในการออกกำลังกาย

**แบบแผนที่ 5 แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน** การนอนหลับ ผู้ป่วยนอนหลับวันละ 6-8

ชั่วโมง นอนเป็นเวลา ไม่มีนอนเวลากลางวัน ไม่เคยรับประทานยานอนหลับ เนื่องจากไม่พบปัญหาในการนอน

**แบบแผนที่ 6 แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้** การมองเห็น มองภาพชัดเจนดี การได้ยินหูทั้งสองข้างได้ยินชัดเจนดี การดมกลิ่น จมูกสามารถรับกลิ่นได้ตามปกติ การรับรส ลิ้นสามารถรับรสชาติอาหารได้ปกติ การสัมผัสความรู้สึกร้อนหนาว เจ็บปวดได้ตามปกติ

**แบบแผนที่ 7 แบบแผนการเรียนรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์** มีสีหน้าวิตกกังวลคิดว่าความเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลมาจากการแท้งบุตร หรือยังมีรกค้างอยู่ทำให้ติดเชื้อ

**แบบแผนที่ 8 แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ** ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพดีกับบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน สามารถพึ่งพาได้ ไม่มีปัญหาในการปรับตัวหรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น

**แบบแผนที่ 9 แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธ์** ไม่มีปัญหา

**แบบแผนที่ 10 แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด** เมื่อมีปัญหาจะปรึกษากับบิดา มารดา

**แบบแผนที่ 11 แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ** ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ในวันสำคัญทางศาสนามักไปทำบุญที่วัดร่วมกับครอบครัว

**การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ**

**สัญญาณชีพ** : อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 134 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 95/54 มิลลิเมตรปรอท

HEENT: pale, mild jaundice

Neck: normal

Heart: tachycardia, no murmur

Lung: equal breath sound both lung, clear, no wheezing

Abdomen: soft, tender at pelvic area, rebound negative

Extremities: no limit ROM

Neurological: E4V5M6 pupil Ø 2 mm RTL BE

**การตรวจทางนรีเวช**

PV: IUB normal

Vg: yellowish discharge

Cx: excited positive

Ut: tender

Adx: tender

CDS: free

**ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง** (Ultrasound) uterus size 104x58 mmm. endometrial thickness 10 mm.

**การตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

WBC 12,009 cell/cu.m.m, Neutrophil 92%, Lymphocyte 4%, Monocyte 4%, Hct 24.1%, PT 12.7 sec, INR 1.29, PTT 61.1 sec,

Biochemistry Na 136 mmol/L, K 3.9 mmol/L, Cl 101 mmol/L, $CO_2$ 24 mmol/L, BUN 6.5 mg/dl, Cr 1.23 mg/dl, Lactate 3.26 mmol/L

**สรุปอาการตั้งแต่แรกรับ**

แรกรับที่หอผู้ป่วยหลังคลอด รู้สึกตัวดี มีอาการใจสั่น เวียนศีรษะ บ่นปวดหน่วงท้องน้อยมาก ยังมีเลือดออกทางช่องคลอด ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 134 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 95/54 มิลลิเมตรปรอท ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000 ml iv load 1000 ml then 120 ml/hr ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองเข็มออกค้างสาย ผู้ป่วยบ่นปวดท้องมาก pain score 8 คะแนน ให้ยาแก้ปวด Pethidine 25 mg iv stat 30 นาที วัดสัญญาณชีพซ้ำ ชีพจร 138 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 86/41 มิลลิเมตรปรอท ติดตามผล CBC Hct 19.8% ให้ออกซิเจน canular 5 LPM ดูแลให้เลือด PRC 2 unit ให้ยา Norepinephrine 4 mg/4 ml+5%D/W 250 ml iv drip 5 ml/hr. ให้ยาปฏิชีวนะ Meropenem 1 gm iv ทุก 8 ชั่วโมง

สัญญาณชีพไม่คงที่ ชีพจร 134-138 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 86/54-95/54 มิลลิเมตรปรอท $O_2$ saturation 95-97% แพทย์พิจารณา Set OR for Explor-lap ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Transabdominal hysterectomy with bilat salphngectomy เสียเลือดขณะผ่าตัด 600 ml ได้รับเลือด PRC 2 units หลังเลือดหมดเจาะ Hct=30% ผู้ป่วยยังเสี่ยงต่อภาวะช็อกซ้ำ ให้ยา Norepinephrine 4 mg/4 ml+5%D/W 250 ml iv drip 5 ml/hr. ต่อเนื่อง ได้รับเลือดรวมทั้งหมด PRC 6 units ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก 2 วัน หลังผ่าตัด เริ่มจิบน้ำได้ รับประทานอาหารเหลว อาหารอ่อน ได้ตามลำดับ แผลผ่าตัดแห้งดี จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 18 ธันวาคม 2566 รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 10 วัน

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาล**

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อเยื่อบุโพรงมดลูก และการเสียเลือดทางช่องคลอด<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. ผู้ป่วยหลังแท้งครรภ์แฝด มีการติดเชื้อเยื่อบุโพรงมดลูก<br>2. ตรวจภายใน ปากช่องคลอดมี discharge สีเหลือง กดเจ็บที่ตัวมดลูก<br>3. ตรวจ Ultrasound uterus size 104x58 mmm. endometrial thickness 10 mm.<br>4. CBC ผล WBC 12,009 cell/cu.m.m, Neutrophil 92%<br>5. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 134 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 95/54 มิลลิเมตรปรอท | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. สังเกตระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย อาการเหงื่อออก หน้ามืด ใจสั่น ตัวเย็น เพื่อประเมินภาวะช็อก<br>2. ดูแลให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอโดยให้ $O_2$ Cannular 5 LPM วัด $O_2$ satuation ได้ 94% เปลี่ยนเป็น $O_2$ mask with reservoir bag 10 ลิตร/นาที<br>3. สังเกตอาการซีด โดยสังเกตจากเปลือกตาด้านล่าง อาการหน้ามืด ตาลายจะเป็นลม เหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น หรือกระหายน้ำ เพื่อประเมินภาวะการเสียเลือดอย่างรวดเร็ว<br>4. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15-30 นาที เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงเมื่อเกิดภาวะช็อก<br>5. ติดตามผล serial Hct ตามแผนการรักษา ผล Hct 24.1% รายงานแพทย์ ให้ PRC 2 unit iv drip in 3 hr. สังเกตอาการผิดปกติขณะให้เลือด ได้แก่ ผื่น ลมพิษ คัน แน่นหน้าอก<br>6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา ได้แก่ 0.9% NSS 1000 ml iv drip 120 ml/hr เพื่อชดเชยการเสียเลือดและสารน้ำในร่างกาย สังเกตภาวะน้ำเกิน<br>7. ดูแลให้ยา ให้ยา Norepinephrine 4 mg/4 ml+5%D/W 250 ml iv drip 5 ml/hr. ตามแผนการรักษา เพื่อกระตุ้นการเพิ่มของระดับความดันโลหิต และสังเกตอาการข้างเคียงได้แก่ คลื่นไส้ เวียนศีรษะ บวมใบหน้า ริมฝีปาก แน่นหน้าอก<br>8. สังเกตสี กลิ่นและปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอด มีกลิ่นเหม็นหรือมีหนองบันทึกไว้พร้อมรายงานแพทย์ทันที<br>9. แนะนำและดูแลความสะอาดของร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ให้เปลี่ยนผ้าอนามัย ทุก 3-4 ชั่วโมงหรือเมื่อเปียกชุ่ม<br>10. สังเกตอาการปวดท้องที่มากขึ้น อาการหน้าท้องแข็งตึง เพื่อประเมินความรุนแรงของการตกเลือด และการติดเชื้อในช่องท้อง<br>11. ใส่สายสวนปัสสาวะ ประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะช็อก ถ้าจำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบทันที<br>12. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Meropenem 1 gm iv ทุก 8 ชั่วโมง และสังเกตอาการข้างเคียงของยาได้แก่ ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน<br>**การประเมินผล**<br>รู้สึกตัวดี โต้ตอบรู้เรื่อง มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น บ่นปวดท้องมาก หน้าท้องกดเจ็บ แข็งตึง ยังมีเลือดสดออกทางช่องคลอดกะปริดกะปรอย ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชีพจร 98-100 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/58-100/60 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออก 30-40 ซีซี/ชั่วโมง หลังให้เลือด ผล Hct 30% มีแผนการผ่าตัดเพื่อแก้ไขสาเหตุของช็อก |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดท้อง<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. สีหน้าไม่สดชื่น ท่าทางกระสับกระส่าย<br>2. ผู้ป่วยบอกว่า ปวดท้องน้อยมาก<br>3. Pain score 8 คะแนน | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ประเมินความเจ็บปวด ลักษณะของความเจ็บปวด ตำแหน่งที่เจ็บปวด และความรุนแรงของความเจ็บปวดเป็นระยะ ๆ<br>2. จัดให้นอน Fowler's position เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัวลง ลดอาการปวดท้อง<br>3. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เบี่ยงเบนความสนใจ โดยการหายใจเข้าออกลึกๆยาว ๆ เพื่อลดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นสาเหตุส่งเสริมให้ความเจ็บปวดมากขึ้น<br>4. ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ปลอบโยนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและรู้สึกปลอดภัย<br>5. วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง Pain score เพื่อประเมินสภาพอาการ และความรุนแรงของอาการปวด<br>6. ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา Pethidine 25 mg iv สังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ หายใจแน่นหน้าอก ผื่น<br>7. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้<br>**การประเมินผล**<br>มีสีหน้าไม่สุขสบาย กระสับกระส่ายบางครั้ง บ่นปวดท้องน้อยลดลงเป็นพัก ๆ Pain score 3-4 คะแนน |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** วิตกกังวลจากขาดความรู้ ความเข้าใจก่อนการผ่าตัด<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. ผู้ป่วยถามว่าทำไมถึงไม่ขูดมดลูก แต่มาทำผ่าตัดมดลูกออก รู้สึกไม่สบายใจเลย<br>2. ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล คิ้วขมวด | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. สร้างสัมพันธภาพ พูดและซักถามผู้ป่วยเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกและความวิตกกังวล<br>2. ให้ข้อมูลเรื่องการผ่าตัด และสาเหตุ เนื่องจากผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่มดลูก เพื่อให้เข้าใจการดำเนินโรค และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง<br>3. อธิบายเหตุผลในการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ได้แก่ เตรียมบริเวณผ่าตัด ใส่สายสวนปัสสาวะ เจาะเลือด ให้สารน้ำและเลือด การงดอาหารและน้ำ<br>4. ให้ข้อมูลถึงการให้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด การให้ยาระงับปวดหลังออกจากห้องผ่าตัด และการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยและญาติ<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สีหน้าผ่อนคลาย เข้าใจเหตุผลของการทำผ่าตัด และสามารถบอกการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** เสี่ยงต่อภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและการเสียเลือดหลังการผ่าตัด<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. ผู้ป่วยมีภาวะ Peritonitis ก่อนเข้าห้องผ่าตัด ติดตามค่า Lactate ซ้ำ 5.51 mmol/L<br>2. ผลตรวจ gram stain discharge ที่ปากมดลูก gram positive cocci<br>3. ผู้ป่วยเสียเลือดขณะผ่าตัด 600 ซีซี<br>4. ระดับความเข้มข้นเลือด (Hct) ในห้องผ่าตัด 24% ได้รับเลือด PRC 1 unit ระหว่างผ่าตัด | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 1 ชั่วโมง ทุก 30 นาที 1 ชั่วโมง และทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพปกติ เพื่อประเมินอาการและภาวะช็อคหลังผ่าตัด<br>2. ระหว่างผ่าตัดสูญเสียเลือด 600 ซีซี ดูแลให้สารน้ำ Acetar 1000 ml iv drip 100 ml/hr และ PRC 1 unit เพื่อทดแทนสมดุลของสารน้ำและเลือดในร่างกาย สังเกตอาการแทรกซ้อนขณะให้สารน้ำและเลือด<br>3. เพิ่มออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อของร่างกายโดยให้ $O_2$ Cannular 5 LPM<br>4. สังเกตอาการ เพื่อเฝ้าระวังการเสียเลือดในช่องท้อง ได้แก่ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ท้องอืด แผลหน้าท้องมีเลือดซึม มีเลือดออกทางช่องคลอด<br>5. เจาะเลือดตรวจ Hct ภายหลังเลือดหมด เพื่อประเมินภาวะซีดจากการเสียเลือด<br>6. ประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะช็อค จำนวนปัสสาวะออกน้อย<br>กว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบทันที<br>7. ดูแลให้ยา ให้ยา Norepinephrine 4 mg/4 ml+5%D/W 250 ml iv drip 5 ml/hr. ตามแผนการรักษา เพื่อกระตุ้นการเพิ่มของระดับความดันโลหิต และสังเกตอาการข้างเคียงได้แก่ คลื่นไส้ เวียนศีรษะ บวมใบหน้า ริมฝีปาก แน่นหน้าอก |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| 5. ชีพจร 98 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/54 มิลลิเมตรปรอท | **การประเมินผล**<br>หลังการผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสับสน ไม่มีอาการแสดงของช็อค ได้แก่ หน้ามืด ตาลายจะเป็นลม เหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น ปัสสาวะออก 40-50 ซีซี/ชั่วโมง แผลหน้าท้องไม่มีเลือดซึม ท้องไม่อืด เลือดออกทางช่องคลอดปกติ Hct หลังเลือดหมด 30% สัญญาณชีพ ชีพจร 90-98 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/58-120/64 มิลลิเมตรปรอท |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง<br>2. ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สุขสบาย หน้านิ่วคิ้วขมวด<br>3. ประเมินระดับความปวด (Pain score) = 8 คะแนน | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ดูแลจัดท่า Fowler's position ช่วยให้ผนังหน้าท้องหย่อนตัว ลดการดึงรั้งของแผล ช่วยลดอาการปวดแผลบริเวณหน้าท้องได้ และยังช่วยให้หายใจสะดวกขึ้น<br>2. สอบถามถึงความเจ็บปวด บริเวณที่ปวด ระยะเวลาของความเจ็บปวดเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บตึงแผล<br>3. เบี่ยงเบนความสนใจโดยการชวนพูดคุยเพื่อให้มุ่งความสนใจไปที่สิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้วจะทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง<br>4. แนะนำให้ใช้มือประคองแผลผ่าตัดขณะมีการเคลื่อนไหวร่างกายและให้เคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ เวลาเปลี่ยนท่าหรือไอ เพื่อลดการกระทบกระเทือนเนื้อเยื่อบริเวณบาดแผล<br>5. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ MO 3 mg im iv prn ทุก 4 ชั่วโมง สังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน กดการหายใจ ง่วงนอน เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า (Orthostatic hypotension)<br>6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอโดยจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ปราศจากสิ่งกระตุ้นและสิ่งรบกวน จำกัดเวลาเยี่ยมขณะผู้ป่วยหลับ<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยบอกทุเลาปวดแผล ขณะเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่แสดงสีหน้าเจ็บปวด หลับพักผ่อนได้ หลังได้รับยาแก้ปวดมี early ambulation มากขึ้น ลุกนั่งข้างเตียงและเดินไปเข้าห้องน้ำได้ Pain score 3-4 คะแนน |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** เสี่ยงติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยบ่นครั่นเนื้อ ครั่นตัว<br>2. มีแผลผ่าตัดแนวกลางหน้าท้อง ความยาว 13 เซนติเมตร ทำผ่าตัดนาน 1 ชั่วโมง 40 นาที<br>3. อุณหภูมิร่างกาย 24 ชั่วโมงแรก 37.5-37.7 องศาเซลเซียส | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ประเมินดูลักษณะบาดแผล ได้แก่ รอยบวมแดง แผลแยก มีลักษณะ discharge สีผิดปกติ มีหนอง เพื่อประเมินการติดเชื้อ<br>2. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง<br>3. ทำแผลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ ทำแผลผ่าตัดแบบ Dry dressing โดยใช้ สำลีชุบ NSS เช็ดบริเวณริมแผล suture วนจากด้านในออกด้านนอกรอบแผล ถ้ามีเลือดเปื้อนระหว่างรอยเย็บแผลเช็ดออกจนสะอาดแล้วจึงปิดแผล<br>4. สังเกตลักษณะของ discharge ทุกครั้งที่ทำแผล<br>5. สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลบาดแผล ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่ใช้มือหรือวัตถุสิ่งของถูกต้องบริเวณบาดแผล เพราะอาจจะเป็นการเพิ่มเชื้อโรคสู่บาดแผล<br>6. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงประเมินภาวะติดเชื้อที่แผล<br>7. ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ Melopenam 1 gm iv drip ทุก 8 ชั่วโมง และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน<br>8. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ รักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไป เช่น ผม ปาก เล็บฟัน และ ผิวหนัง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ<br>**การประเมินผล**<br>ลักษณะบาดแผลแห้ง ไม่มี discharge ซึม แผลไม่บวมแดง ผู้ป่วยดูแลบาดแผลได้อย่างถูกต้อง แผลไม่เปียกน้ำ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.2 องศาเซลเซียส |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์ ความมีคุณค่าใน | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ให้ความเป็นกันเองรับฟังปัญหาของผู้ป่วย |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| ตัวเองลดลงเนื่องจากผ่าตัดมดลูกออก<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. ผู้ป่วยไม่สามารถมีบุตรได้อีก<br>2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล | 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก และสังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงทางอารมย์และจิตใจของผู้ป่วย<br>3. เปิดโอกาสให้ญาติและผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งให้กำลังใจ<br>4. อธิบายและแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านในเรื่องต่างๆ ดังนี้<br>- การทำความสะอาดแผลหน้าท้อง ให้ทำแผลวันละ 1 ครั้งที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน<br>- เมื่อมีอาการแน่นอืดอัดไม่สบายในท้อง ท้องอืด ให้ลุกเดินบ่อย ๆ อาการจะหายไปภายใน 2-3 วัน แต่ถ้าอาการยังอยู่เกิน 1 สัปดาห์ หรือมีอาการเพิ่มขึ้นต้องรีบมาพบแพทย์<br>- การอาบน้ำ อาบได้ภายหลังการตัดไหมแล้ว เวลาอาบน้ำให้น้ำหรือตักอาบ ไม่ควรแช่ในแม่น้ำ ลำคลอง หรือในอ่างอาบน้ำ<br>- การรักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ ทำความสะอาดทุกครั้งด้วยน้ำสบู่และล้างน้ำ และล้างน้ำสะอาดและซับให้แห้ง หลังการถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ<br>- รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่ช่วยเสริมสร้างเม็ดเลือดแดงและเพิ่มภูมิต้านทานของร่างกาย ได้แก่ ตับสัตว์ ไข่แดง นม ผักสด ผลไม้ งด อาหารจำพวกหมักดอง อาหารรสจัด บุหรี่ และสุรา<br>- การพักผ่อน ให้หยุดพัก 4 สัปดาห์หลังผ่าตัด ทำงานเบา ๆ ไม่ยกของหนักหรือทำงานหนักเกินไป<br>- ป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยดื่มน้ำมาก ๆ ไม่กลั้นปัสสาวะ รักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธ์ภายนอกรีบมาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ แผลอักเสบ มีเลือดซึม ประจำเดือนมามากเกิน 1 สัปดาห์ มีไข้ ปัสสาวะลำบาก มีเลือดออก กระปริดกระปรอยทางช่องคลอด ปวดท้องน้อย<br>- การมาตรวจตามแพทย์นัดเพื่อติดตามอาการ<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น มีความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวต่อที่บ้านมากขึ้น และจะดูแลบุตรที่เหลืออยู่ให้ดีที่สุด |

## สรุปและอภิปรายผล

การติดเชื้อเยื่อบุโพรงมดลูก เป็นการติดเชื้อหลังคลอดที่รุนแรง ส่งผลต่อภาวะเลือดออกผิดปกติ และติดเชื้อในกระแสเลือด หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที และให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดอาจคุกคามถึงชีวิตผู้ป่วยได้ การพยาบาลในระยะวิกฤต จึงเป็นสิ่งสำคัญรวมถึงการซักประวัติผู้ป่วยให้ทราบถึงสาเหตุของพยาธิสภาพของโรคนับเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยแท้งครรภ์แฝด และได้รับการช่วยคลอดด้วยวิธีสุญญากาศ มีโอกาสเกิดการติดเชื้อสูงจากการบาดเจ็บในขณะช่วยคลอด ดังนั้นพยาบาลเป็นบุคคลแรกที่ต้องพบผู้ป่วยจึงต้องมีความสามารถทั้งศาสตร์และศิลป์ รวมถึงใช้ทฤษฎีทางการพยาบาล ตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหา จนสามารถประเมินสภาพผู้ป่วยวิเคราะห์วินิจฉัย ปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นและปฏิบัติด้วยความรวดเร็วถูกต้อง ตลอดจนสามารถประสานงานให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการฟื้นฟู สภาพผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จนผู้ป่วยหายเป็นปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรพร ทักษรานุพงศ์[4]

## เอกสารอ้างอิง

1. ประภัทร วานิชพงษ์พันธ์.(2560). ตำราสูติศาสตร์.กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
2. มานี ปิยะอนันต์ และคณะ. (2558). ตำราสูติศาสตร์. พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
3. จริยา พันธุวิทยากุล และจิราพร มณีพราย. (2561). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต. วารสารกองการพยาบาล, 45(1), 86-104.
4. พัชรพร ทักษรานุพงศ์. (2564). การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีการติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน : กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 6(1), 19-22.

# การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉิน: กรณีศึกษา

# Nursing care of acute ischemic stroke patients at the emergency room: a case study

(Received: April 22,2024 ; Revised: April 28,2024 ; Accepted: April 29,2024)

**วันวิสา จันทร์อิน**[1]
**Wanvisa Chanin**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉิน โดยศึกษาในผู้ป่วยชายไทยอายุ 80 ปี มาโรงพยาบาลวันที่ 31 กรกฎาคม 2566 ด้วยอาการ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT brain) ผล No intracranial hemorrhage, old lacunar infarction in Rt temporal lobe

ผลการศึกษา: แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS 15 คะแนน (E4V5M6) pupil Ø 2 mm BE แขนขาข้างซ้าย เกรด 3, NIHSS=1 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน IICP ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลจากโรคที่เจ็บป่วย ให้การพยาบาลจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ให้ออกซิเจน Cannular 4 LPM ควบคุมความดันโลหิต มีแผนการรักษาให้ยาละลายลิ่มเลือด (ASA 81 mg, Clopidogrel 75 mg) ให้ข้อมูลโรคแก่ผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยผ่านระบบช่องทางด่วน Stroke Fast track และส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลปากช่องนานา (stroke unit) จำหน่ายวันที่ 3 สิงหาคม 2566 ขณะดูแลรักษาพยาบาลไม่พบภาวะแทรกซ้อน

**คำสำคัญ :** การพยาบาล, โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน, ห้องฉุกเฉิน

**Abstract**

This study was case study aimed to study nursing care for acute ischemic stroke patients at the emergency room. A Thai male patient aged 80 years came to the hospital on July 31, 2023, with symptoms of weakness in his left arm 1 hours before coming to the hospital. The patient was sent to a computerized tomography (CT brain) determination.

Results of the study: The results showed no intracranial hemorrhage and old lacunar infarction in the Rt temporal lobe. First admission, the patient felt good, GCS 15 points (E4V5M6) pupil Ø 2 mm BE, left extremity grade 3 and NIHSS=1. The patient has a chance of complications. IICP. The patient and relatives are worried because of the illness. Patients had a risk of IICP complications. Patient and relatives are worried about their illnesses. Provide nursing care to position the head at 30 degrees, give cannular oxygen 4 LPM to control blood pressure. There is a treatment plan for blood clot-dissolving drugs (ASA 81 mg, Clopidogrel 75 mg). Disease information is given to patients and relatives. The nurse provided nursing care by placing the head at 30 degrees, giving cannular oxygen 4 LPM to control blood pressure, a treatment plan for blood clot-dissolving drugs (ASA 81 mg, Clopidogrel 75 mg), and giving disease information to the patient and relatives. The patient was treated in a hospital through the Stroke Fast Track system and sent for further treatment at Pak Chong Nana Hospital (stroke unit). The patient was discharged on August 3, 2023. While undergoing medical care, no complications were found.

**Keywords:** nursing care, acute ischemic stroke, emergency room

[1] โรงพยาบาลมกุฎคีรีวัน จังหวัดนครราชสีมา

**บทนำ**

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อยในคนไทย และมีแนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดและการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ทั่วโลก[1] และเป็นสาเหตุสำคัญของโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โดยความพิการที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองพบเป็นอันดับ 6 และยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญอันดับ 2 ทั้งในชายและหญิง[2] ข้อมูลทางสถิติพบว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นใหม่ทั่วโลกราว 10-15 ล้านคน ในจำนวนนี้ 5 ล้านคนเสียชีวิต และอีก 5 ล้านคน เป็นอัมพาตถาวร สำหรับประเทศไทย จากรายงานข้อมูลของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินในปี 2562 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 355,671 ราย และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 34,728 ราย และจากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2563 อายุ ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 328 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงมากขึ้น[3] และจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองสามารถเกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะโรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่คุกคามความเป็นอยู่ของประชากรทั่วโลก

จากสถิติห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมกุฎคีรีวัน จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2564-2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบจำนวน 15 คน 17 คน และ 38 คน ตามลำดับ[4] มีแนวโน้มที่สูงขึ้นมาก ซึ่งปัจจุบันการให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA เป็นการรักษาที่สำคัญ เพื่อให้เลือดไหลกลับไปเลี้ยงสมองบริเวณที่ขาดเลือดได้ทันเวลา ให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นกลับมาสู่ภาวะปกติให้มากที่สุด ลดความพิการที่จะเกิดขึ้น สามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ถึงแม้ว่าการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA จะมีประโยชน์มากในผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน แต่ก็ยังอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย คือ การเกิดภาวะเลือดออกในสมองทำให้ผู้ป่วยมีอาการเลวลง และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ

ซึ่งงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลมกุฎคีรีวัน ได้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยเข้าระบบบริการช่องทางด่วน (Stroke fast track) และมีหน้าที่ประสาน ส่งต่อการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำโรงพยาบาลศักยภาพสูงกว่า ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจและตระหนักถึงความสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากการดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันมีความสำคัญมาก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ปลอดภัย ตลอดระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย อาจมีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทได้ตลอดเวลา การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นเพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลจะได้นำไปปฏิบัติ และนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉิน

**วิธีการศึกษา**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉิน

**ผลการศึกษา**

**กรณีศึกษา**

**ข้อมูลทั่วไป**

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 80 ปี สถานภาพสมรส หม้าย เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

การศึกษา ระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ

**วันที่เข้ารับการรักษา** วันที่ 31 กรกฎาคม 2566 เวลา 11.30 น.

**อาการสำคัญ** แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

**ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน** ญาติให้ประวัติว่า 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะอาบน้ำเริ่มมีอาการชา อ่อนแรง แขน ขา ข้างซ้าย ไม่มีปากเบี้ยว ไม่มีพูดไม่ชัด จึงนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต**

ตรวจพบโรคความดันโลหิตสูง 3 ปี รักษาที่โรงพยาบาลมกุฎคีรีวัน ไม่เคยขาดนัด รับประทานยาสม่ำเสมอ ยาที่รับประทานเป็นประจำ คือ Amlodipine 5 mg 1 tab oral OD pc, Simvastatin 20 mg 1 tab oral hs

**ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว** ทุกคนในครอบครัว ปฏิเสธโรคประจำตัว

**ประวัติการแพ้ยาและสารอื่นสารเสพติด** ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหารทุกชนิด

**การประเมินสภาพแรกรับ**

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดชัด ไม่มีปากเบี้ยว GCS 15 คะแนน (E4V5M6) pupil Ø 2 mm BE แขน ขา ข้างซ้ายอ่อนแรง เกรด 4 สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 200/120 มิลลิเมตรปรอท $O_2$ saturation 98%

**ผลการตรวจ** EKG Normal sinus rhythm rate 72/min

**ผลการตรวจ CT brain**

No intracranial hemorrhage, old lacunar infarction in Rt temporal lobe

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ** Hct 28.6%, WBC 6,900 cell/cu.m.m, FBS 109 mg/dl, BUN 13 mg/dl, Cr 0.8 mg/dl, eGFR 87

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะก่อนตรวจ**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **การพยาบาล**<br>**1) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน IICP จากความดันโลหิตสูง**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. GCS 15 คะแนน (E4V5M6) pupil Ø 2 mm BE แขน ขา ข้างซ้ายอ่อนแรง เกรด 3<br>2. บ่นปวดศีรษะเล็กน้อย เวียนศีรษะมาก<br>3. ความดันโลหิต 200/120 มิลลิเมตรปรอท<br>**วัตถุประสงค์**<br>ไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>1. ไม่มีอาการแสดงของสมองบวม ได้แก่ ปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้อาเจียนรุนแรง<br>2. ระดับความรู้สึกตัวปกติ<br>3. สัญญาณชีพปกติ ความดันลดลง < 180/110 มิลลิเมตรปรอท | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ประเมินระดับความรู้สึกตัวและอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที เพื่อประเมินภาวะสมองบวม ภาวะ IICP ให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง ลดการใช้ออกซิเจน ให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอทาง Canular 4 LPM เพื่อช่วยเพิ่มปริมาณออกซิเจนให้แก่เนื้อเยื่อสมอง เพิ่มการไหลเวียนกลับของเลือดดำจากสมอง เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ โดยปรับระดับหัวเตียงให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงประมาณ 30 องศา เพิ่มการไหลกลับของเลือดดำตามแรงโน้มถ่วงของโลก และการปรับตัวของสมองโดยการขับน้ำหล่อเลี้ยงสมองและ ไขสันหลังให้ไหลลงสู่ช่องไขสันหลัง ทำให้ปริมาณสารเหลวในเวนตริเคิลลดลง จัดศีรษะผู้ป่วยอยู่ในแนวตรง ไม่ให้หักพับงอ หรือเอียงบิดของศีรษะหรือมีการกดทับบริเวณลำคอ เพื่อป้องกันการขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำจากสมอง จัดท่าผู้ป่วยให้นอนเข่าราบหรืองอเพียงเล็กน้อย เนื่องจากขณะที่พับข้อสะโพก มาก ๆ จะมีการคั่งของเลือดในช่องท้อง ทำให้แรงดันช่องท้องสูง เป็นผลให้แรงดันช่องอกสูงขึ้นด้วยมีผลไปขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำ สังเกตอาการปวดศีรษะที่รุนแรงเพิ่มขึ้น อาเจียน แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ซึ่งเป็นอาการที่บอกถึงการมีเลือดออกในสมองหรือมีภาวะสมองขาดเลือด<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง GCS 15 คะแนน (E4V5M6) pupil Ø 2 mm BE แขน ขา ข้างซ้ายอ่อนแรง เกรด 3 ความดันโลหิต 192/98 มิลลิเมตรปรอท |

| | |
|---|---|
| **2) ผู้ป่วยและญาติเกิดความวิตกกังวลเนื่องจากอาการเจ็บป่วยของโรคเกิดขึ้นเฉียบพลัน**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. ญาติถามว่า “อาการพ่อเป็นอย่างไรบ้าง จะเป็นอัมพาตไหม”<br>2. ญาติถามถึงอาการของผู้ป่วยบ่อยครั้งที่ไปปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล<br>3. ท่าทางอ่อนเพลีย<br>4. หน้านิ่วคิ้วขมวด สีหน้าแววตาครุ่นคิด<br>**วัตถุประสงค์**<br>1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>1. สีหน้าสดชื่นขึ้น<br>2. สามารถร่วมตัดสินใจและร่วมมือในการรักษา | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>สร้างสัมพันธภาพ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงการดำเนินของโรค แผนการรักษา ก่อนให้การพยาบาลแต่ละครั้งต้องอธิบายให้ทราบถึงเหตุผล วิธีให้การพยาบาลเพื่อความเข้าใจและร่วมมือในการพยาบาล คอยให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ พูดคุยอธิบายอาการการเจ็บป่วยกะทันหันให้เข้าใจพอสังเขป คอยตอบข้อซักถามของญาติและอธิบายอาการเปลี่ยนแปลง อธิบายวิธีการขั้นตอนการรักษา การตรวจเลือด การให้น้ำเกลือ รอผลเลือดตรวจ เพื่อให้ญาติเข้าใจและคลายความวิตกกังวลลงและทำให้ญาติเกิดความเชื่อมั่นในการดูแลรักษาต่อไป<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยและญาติเข้าในอาการของโรคและคลายความวิตกกังวล |

**ระยะขณะตรวจ**

ผู้ป่วยได้รับการตรวจจากแพทย์ สภาพผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง GCS 15 คะแนน (E4V5M6) pupil Ø 2 mm BE แขน ขา ข้างซ้ายอ่อนแรง เกรด 3 สัญญาณชีพ ชีพจร 78 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 192/98 มิลลิเมตรปรอท เตรียมผู้ป่วยส่งตรวจ CT brain ที่โรงพยาบาลปากช่องนานา จากการติดตามผลตรวจพบว่า No intracranial hemorrhage, old lacunar infarction in Rt temporal lobe มีแผนการรักษาให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml iv 100 ml/hr ปรึกษาแพทย์อายุรกรรมระบบประสาท ให้ส่งตัวไปรักษาต่อที่ Stroke unit โรงพยาบาลปากช่องนานา ให้เริ่มยาละลายลิ่มเลือด ASA 300 mg 1 tab oral stat, Clopidogrel 75 mg 4 tab oral stat ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ

**ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะขณะตรวจ**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **1) เสี่ยงต่อระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง อุบัติเหตุขณะเคลื่อนย้ายผู้ไป CT brain**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. ระยะเวลาไปส่งและกลับจากทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ประมาณ 60 นาที<br>2. ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะและปวดศีรษะ<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล**<br>ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง ไม่เกิดอุบัติเหตุขณะเคลื่อนย้ายผู้ไป CT brain | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ดูแลเจาะเลือด CBC, PT, PTT, INR ตามแนวทางการรักษา และเตรียมผู้ป่วยส่งทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT Brain) ดูแลให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา และไม่ให้ศีรษะหักพับงอ เพื่อให้การไหลกลับของ เลือดดำจากสมองดีขึ้น ป้องกันภาวะสมองบวมและภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ประเมินระดับความรู้สึกตัว ตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนส่งไป CT brain พร้อมทั้งบันทึกอาการไว้เป็นหลักฐาน ตรวจดูให้ได้รับสารน้ำตามจำนวนหยดในแผนการรักษา ตรวจดูสายยางออกซิเจนไม่ให้หัก งอ หลุด หรืออุดตัน ตรวจสภาพรถเปลนอน ไม่ชำรุด มีไม้กั้นเตียงทั้ง 2 ข้าง และมีถังออกซิเจนสภาพพร้อมใช้งานได้ทันที ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ห้องเอกซเรย์ก่อนนำส่งผู้ป่วย จัดพยาบาลตามไปส่งผู้ป่วยโดยขณะเคลื่อนย้ายสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยพร้อม Monitor ตลอดเวลา<br>**การประเมินผล** |

**ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะขณะตรวจ**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **เกณฑ์การประเมิน**<br>1. ระดับความรู้สึกตัวไม่ลดลงกว่าเดิม<br>2. ระดับสัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ<br>3. ไม่เกิดอุบัติเหตุขณะเคลื่อนย้าย | ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างปลอดภัย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง GCS 15 คะแนน (E4V5M6) pupil Ø 2 mm BE สัญญาณชีพ ชีพจร 98 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 187/88 มิลลิเมตรปรอท |
| **2) การกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อสมองไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดในสมองถูกขัดขวางเฉียบพลัน**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. GCS 15 คะแนน (E4V5M6) pupil Ø 2 mm BE แขน ขา ข้างซ้ายอ่อนแรง เกรด 3<br>2. ผล CT brain ผล No intracranial hemorrhage, old lacunar infarction in Rt temporal lobe<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล**<br>1. ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ<br>2. เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง<br>**เกณฑ์การประเมิน**<br>1. ระดับความรู้สึกตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีอาการแสดงของภาวะเส้นเลือดสมองแตก ได้แก่ ซึมลง สับสน กระสับกระส่าย คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ ชักเกร็ง หมดสติ<br>2. ไม่มีอาการหายใจลำบาก / ไม่มีภาวะ Cyanosis O2 Sat 95%<br>3. ระดับสัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ BP ลดลง < 180/110 มิลลิเมตรปรอท | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ประเมินอาการทางระบบประสาท และตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอทาง Canular 5 LPM เพื่อช่วยเพิ่มปริมาณออกซิเจนให้แก่เนื้อเยื่อสมอง เพิ่มการไหลเวียนกลับของเลือดดำจากสมองเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ โดยปรับระดับหัวเตียงให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงประมาณ 30 องศา เพิ่มการไหลกลับของเลือดดำตามแรงโน้มถ่วงของโลก และการปรับตัวของสมองโดยการขับน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังให้ไหลลงสู่ช่องไขสันหลัง ทำให้ปริมาณสารเหลวในเวนตริเคิลลดลง จัดศีรษะผู้ป่วยอยู่ในแนวตรง ไม่ให้หักพับงอ หรือเอียงบิดของศีรษะหรือมีการกดทับบริเวณลำคอ เพื่อป้องกันการขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำจากสมอง จัดท่าผู้ป่วยให้นอนเข่าราบหรืองอเพียงเล็กน้อย เนื่องจากขณะที่พับข้อสะโพก มาก ๆ จะมีการคั่งของเลือดในช่องท้อง ทำให้แรงดันช่องท้องสูง เป็นผลให้แรงดันช่องอกสูงขึ้นด้วยมีผลไปขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำ รักษาอุณหภูมิของร่างกายให้อยู่ในภาวะปกติ เนื่องจากอุณหภูมิของร่างกายที่สูงขึ้นจะเพิ่มการไหลเวียนเลือดในสมองและทำให้สมองบวม ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000 ml iv drip 100 ml/hr. ดูแลให้ยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ภาวะหัวใจเต้นช้า อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการวิงเวียนศีรษะ อาการหอบเหนื่อย หรือ อาการอ่อนแรง Monitor NIBP สังเกตอาการใกล้ชิด ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติถึงแนวทางการรักษาของแพทย์พร้อมทั้งการเซ็นใบยินยอมการรักษา<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง GCS 15 คะแนน (E4V5M6) pupil Ø 2 mm BE แขน ขา ข้างซ้ายอ่อนแรง เกรด 3 สัญญาณชีพ ชีพจร 78 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 151/83 มิลลิเมตรปรอท $O_2$ saturation 98% |
| **3) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. ผล CT brain ผล No intracranial hemorrhage, old lacunar infarction in Rt temporal lobe<br>2. มีแผนการรักษาให้ยา ASA 300 mg 1 tab oral stat, Clopidogrel 75 mg 4 tab oral stat<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล**<br>เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด<br>**เกณฑ์การประเมิน**<br>1. ระดับความรู้สึกตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ<br>2. ระดับสัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ<br>3. ไม่มีเลือดออกที่ใดและไม่มีจุดจ้ำเลือด | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของการให้ยา วัดสัญญาณชีพและประเมินทางระบบประสาท Glasgow Coma ทุก15 นาที ดูแลให้นอนศีรษะสูง 30 องศา ให้ออกซิเจน Cannula 5 LPM ดูแลให้รับประทานยาละลายลิ่มเลือดตามแผนการรักษา หลังให้ยาแนะนำผู้ป่วยและญาติเฝ้าระวังอาการภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ปวดศีรษะรุนแรง อาเจียน ปวดท้อง มีจุด จ้ำเลือด ระมัดระวังการเจาะเลือด การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ การใส่สายยางทางจมูก การใส่สายสวนปัสสาวะ เตรียมยา CPM 10 mg iv, Dexamethasone 5 mg iv สำหรับมีผลข้างเคียงในกรณีฉุกเฉิน<br>**การประเมินผล**<br>GCS ไม่ลดลงกว่าเดิม สัญญาณชีพ ชีพจร 98 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 148/91 มิลลิเมตรปรอท |

**ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะขณะตรวจ**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| 4. ไม่เกิดผลข้างเคียง เช่น ผื่น คัน บวม โดยเฉพาะที่หน้า ลิ้น คอ เวียนศีรษะรุนแรง หายใจลำบาก | |
| **4) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลจากโรคที่เจ็บป่วย**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. ผู้ป่วยและญาติถามเกี่ยวกับแนวทางการรักษาและการหายของโรค กลัวไม่หาย<br>2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล<br>3. ผู้ป่วยและญาติถามถึงข้อปฏิบัติ ข้อห้ามในการดูแลผู้ป่วย<br>**วัตถุประสงค์**<br>เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ<br>**เกณฑ์ประเมินผล**<br>1. ผู้ป่วยพักผ่อนได้ สีหน้าสดชื่นขึ้น<br>2. ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง ให้ความร่วมมือในการรักษา | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งแสดงความกระตือรือร้นในการช่วยเหลือ เปิดโอกาสให้ญาติซักถามปัญหาและมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ถึงอาการของโรค แผนการรักษา การให้ยาละลายลิ่มเลือดและการเฝ้าระวังอาการภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยเสี่ยงได้แก่ ปอดอักเสบ ติดเชื้อ แผลกดทับ จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบลดสิ่งกระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายและได้พักผ่อน พูดคุยกับผู้ป่วยและรับฟังอย่างตั้งใจ เข้าใจ ให้กำลังใจ แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบก่อนทำกิจกรรมทุกครั้งให้ข้อมูลเป็นระยะ ให้คำแนะนำการรับประทานยาต่อเนื่อง การผ่อนคลายความเครียดการออกกำลังกาย การทำกายภาพบาบัดอย่างต่อเนื่อง อธิบายการรักษาพยาบาลที่จะได้รับความพิการที่จะต้องได้รับการฟื้นฟู<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยและญาติสีหน้าผ่อนคลาย รับฟังและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี |

**ระยะหลังตรวจ**

หลังการตรวจ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง GCS 15 คะแนน (E4V5M6) pupil Ø 2 mm BE แขนขา ข้างซ้าย อ่อนแรง เกรด 3 สัญญาณชีพ ชีพจร 74 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 141/92 มิลลิเมตรปรอท ให้ส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลปากช่องนานา ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ

**ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะหลังตรวจ**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **1) เสี่ยงต่อระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง และอันตรายขณะเคลื่อนย้ายขณะส่งตัวไปรักษาต่อ**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. ผู้ป่วยต้องส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลปากช่องนานา<br>2. ผู้ป่วยยังมีอาการเวียนศีรษะและปวดศีรษะเป็นพักๆ<br>3. มีอุปกรณ์ติดตัวหลายอย่าง สายออกซิเจน สายน้ำเกลือ<br>**วัตถุประสงค์การพยาบาล**<br>ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง<br>**เกณฑ์การประเมิน**<br>1. ระดับความรู้สึกตัวไม่ลดลงกว่าเดิม<br>2. ระดับสัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>หลังได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ จัดผู้ป่วยให้อยู่ในโซนสังเกตอาการที่เห็นได้ชัดเจน ติด Monitor ให้ออกซิเจน Cannula 4 LPM ดูแลให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา และไม่ให้ศีรษะหักพับงอ เพื่อให้การไหลกลับของเลือดดำจากสมองดีขึ้น ป้องกันภาวะสมองบวมและภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ประเมินระดับความรู้สึกตัว ตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนส่งต่อ พร้อมทั้งบันทึกอาการไว้เป็นหลักฐาน ตรวจดูให้ได้รับสารน้ำตามจำนวนหยดในแผนการรักษา ตรวจดูสายยางออกซิเจนไม่ให้หักงอ หลุด หรืออุดตัน ตรวจสภาพรถเปลนอน ไม่ชำรุด มีไม้กั้นเตียงทั้ง 2 ข้าง และมีถังออกซิเจนสภาพพร้อมใช้งานได้ทันที ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ปลายทาง เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วย โดยบอกประวัติอาการสำคัญ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย และเมื่อได้รับคำตอบว่าพร้อมที่จะรับผู้ป่วย จึงส่งตัวผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป จัดพยาบาลตามไปส่งผู้ป่วยโดยขณะเคลื่อนย้ายสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป<br>**การประเมินผล** |

**ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ระยะหลังตรวจ**

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างปลอดภัย รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง GCS 15 คะแนน (E4V5M6) pupil Ø 2 mm BE สัญญาณชีพ ชีพจร 78 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 144/83 มิลลิเมตรปรอท |

**การติดตามเยี่ยม**

จากการโทรติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลปากช่องนานา วันที่ 1 สิงหาคม 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง GCS 15 คะแนน (E4V5M6) pupil Ø 2 mm BE แขน ขา ข้างซ้ายอ่อนแรง เกรด 2 สัญญาณชีพ ชีพจร 78 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/78 มิลลิเมตรปรอท ให้ออกซิเจน Cannula 5 LPM 0.9% NSS 1000 ml iv drip 100 ml/hr. มีแผนการรักษาให้ยารับประทาน ได้แก่ ASA 300 mg 1 tab oral OD เช้า, Clopidogrel 75 mg 1 tab oral OD เช้า, Atorvastatin 40 mg 1 tab oral hs, Losec 20 mg 1 tab oral OD ac ระหว่างให้ยาละลายลิ่มเลือดไม่พบภาวะแทรกซ้อน วันที่ 2 สิงหาคม 2566 ผู้ป่วยได้รับการทำกายภาพบำบัด อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ GCS 15 คะแนน (E4V5M6) pupil Ø 2 mm BE แขน ขา ข้างซ้าย อ่อนแรง motor power เกรด 4 สัญญาณชีพ ชีพจร 76 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/78 มิลลิเมตรปรอท รับประทานอาหารได้ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ญาติสามารถทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยได้ จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านในวันที่ 3 สิงหาคม 2566

**สรุปและอภิปรายผล**

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยมีภาวะโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน พบมีอาการอ่อนแรงที่แขน และขาข้างซ้าย ร่วมกับมีระดับความดันโลหิตสูง ให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิดรับประทาน ซึ่งผู้ป่วยรายนี้เข้าระบบบริการช่องทางด่วน ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและได้มาตรฐาน พยาบาลวิชาชีพในห้องฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ คัดกรองเบื้องต้น อาการสำคัญ Onset Time ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาการและอาการแสดงทางคลินิกที่สำคัญการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ การรายงานแพทย์ทันทีเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลา ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยการพยาบาลที่สำคัญในผู้ป่วยรายนี้ ได้แก่ ประเมินระบบประสาทตั้งแต่แรกรับด้วย Glasgow Coma Scale เพราะระดับความรู้สึกตัวเป็นเกณฑ์ที่บ่งบอกถึงความผิดปกติในสมองที่อาจเกิดจากภาวะสมองบวมหรือเลือดออกในสมอง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT Brain) เพื่อประเมินภาวะสมองบวมหรือภาวะเลือดออกในสมองที่ไม่แสดงอาการ จากการดูแลผู้ป่วยรายนี้ได้ปฏิบัติตามมาตรฐาน ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา[5-7]

**ข้อเสนอแนะ**

1. พัฒนาการจัดระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ในระดับชุมชนหมู่บ้าน รพ.สต. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทันเวลาของผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน รณรงค์การใช้ระบบช่องทางด่วนโทร 1669 สำหรับประชาชนทั่วไปให้เข้าใจอาการผิดปกติของ “FAST” (Face, Arm, Speech, Time) เน้นต้องมาโรงพยาบาลทันที อาการสำคัญและความรุนแรงของโรคให้สามารถเข้ารับการรักษาได้ทันเวลา

2. ขยายบริการและเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาระบบช่องทางด่วน (Fast Track Stroke) ให้สามารถให้ยาละลายลิ่ม

เลือดชนิด rt-PA เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ทันเวลา

3. เพิ่มการพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะที่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เนื่องจากพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปีละ 1 ครั้งจะสามารถใช้องค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับการพัฒนา

## เอกสารอ้างอิง

1. American Heart Association/American Stroke Association. (2015). Focused Update of the Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment. Stroke : 46; 3020–3035.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). สถิติสาธารณสุข. สำนักพิมสยามเจริญ.
3. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วย โรหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. บริษัท ธนาเพลส จำกัด
4. กลุ่มงานเวชระเบียน โรงพยาบาลมกุฎคีรีวัน. (2566). รายงานสถิติผู้ป่วย. โรงพยาบาลมกุฎคีรีวัน
5. นิภาพร บุตรสิงห์. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วารสารสภากาพยาบาล: 34(3); 15-29.
6. พรรณี รัตนปทุมวรรณ. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันที่ห้องฉุกเฉิน : กรณีศึกษา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน; 7(3); 227-237.
7. รุ่งนภา จันทรา, เรณู แสงสุวรรณ และชุลีพร หัตอักษร. (2560). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันด้วยทีมสหวิชาชีพ. วารสารพยาบาลทหารบก: 18; 49-55.

# การรับรู้ พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ และระดับกิจกรรมทางกายของประชากรวัยทำงาน ในจังหวัดสุโขทัยในช่วงสถานการณ์ฝุ่น PM2.5

# Perception, Prevention Behavior and Physical Activity of Working Age in Sukhothai Province During PM2.5 Situation.

(Received: April 19,2024 ; Revised: April 27,2024 ; Accepted: April 28,2024)

**นนทลี สันตินิยม[1], ธีรวิทย์ อินต๊ะปัญญา[2], ชัชชานนท์ พูลสวัสดิ์[2], ศักดาวุฒิ กาศวิบูลย์[3], ปทิตตาท์ วงศ์แสงเทียน[3], และ วศิน ยะวงศ์[4]**

**Nonthalee Santiniyom[1*], Theerawith Intapanya[1], Chachchanon Poolsawat[2], Sakdawut Katwiboon[3], Patitta Wongsangthain[3], and Wasin Yawong[4]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ และระดับกิจกรรมทางกาย และศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการรับรู้ พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ และระดับกิจกรรมทางกายของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสุโขทัยในช่วงสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.95 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 ร่วมกับแบบสอบถามระดับกิจกรรมทางกายขององค์การอนามัยโลก กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรวัยทำงานที่อาศัยหรือทำงานในจังหวัดสุโขทัยต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี จำนวน 400 คน อายุเฉลี่ย 41.90±9.62 ปี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ T-test, One way ANOVA และ Brown-Forsythe ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ต่อสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 ระดับการรับรู้ผลกระทบด้านสุขภาพจากสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 และพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 อยู่ในระดับน้อย และมีกิจกรรมทางกายในระดับที่เพียงพอ (1,772.95±1,962.10 MET-นาทีต่อสัปดาห์) เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะสถานที่ทำงาน และโรคประจำตัวที่แตกต่างกันมีผลต่อการรับรู้สถานการณ์ฝุ่น PM2.5 ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะสถานที่ทำงาน และการมีโรคประจำตัวที่แตกต่างกันมีผลต่อการรับรู้ผลกระทบด้านสุขภาพจากสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และลักษณะสถานที่ทำงานที่แตกต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ และเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และลักษณะสถานที่ทำงานที่แตกต่างกันมีผลต่อระดับกิจกรรมทางกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นจึงควรมีการกระตุ้นการรับรู้และสร้างความตระหนักถึงผลกระทบจากฝุ่น PM2.5 รวมทั้งส่งเสริมการดูแลป้องกันตนเองเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับฝุ่น PM2.5

**คำสำคัญ:** การรับรู้, พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ, กิจกรรมทางกาย, ฝุ่น PM2.5

**Abstract**

This cross-sectional survey research aimed to study perception, prevention behavior and physical activity and to study individual factors affecting perception, prevention behavior and physical activity of working age people in Sukhothai province during PM2.5 situation. Data were collected using a questionnaire created by the researcher, the index of item objective congruence (IOC) of the questionnaire was 0.95 and Cronbach's alpha Coefficient was 0.86, in conjunction with the World Health Organization (WHO) Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ). The sample comprised 400 working age people living or working in Sukhothai province at least 3 years, their mean age was 41.90±9.62 years. The data were analyzed using

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตสุโขทัย
[2] อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตสุโขทัย
[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิทยาศาสตร์ทั่วไป คณะวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตสุโขทัย
[4] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาเทคโนโลยีสารสนเทศ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตสุโขทัย

descriptive statistics and differences were compared with T-test, One way ANOVA and Brown-Forsythe. The findings indicated that the sample had a low level of perceived PM2.5 situation, perceived health effects and prevention behavior with sufficient levels of physical activity (1,772.95±1,962.10 MET-Minutes/week). The analysis of different individual factors of the sample revealed that the difference of gender, education level , career, characteristics of workplace, and underlying diseases affected perceived PM2.5 situation, the difference of education level, career, characteristics of workplace, and underlying diseases affected perceived health effects caused by PM2.5 situation, the difference of gender, age, education level, and characteristics of workplace affected prevention behavior, and the difference of gender, education level, career, and characteristics of workplace affected physical activity level with statistical significance level of 0.05. Therefore, perception and awareness of health effects caused by PM2.5 should be raised, including promoting self-care and prevention to reduce health risks that may arise from exposure to PM2.5.
**Keywords:** perception, prevention behavior, physical activity, PM2.5

**บทนำ**

ปัญหามลภาวะทางอากาศจากสถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน หรือฝุ่น PM2.5 เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นทั่วโลก ในประเทศไทยพบว่ามีค่าฝุ่น PM2.5 เกินมาตรฐานอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554[1] โดยมักมีค่าสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานในช่วงต้นปีและปลายปีหรือในช่วงฤดูแล้ง โดยเฉพาะในภาคเหนือซึ่งเป็นพื้นที่ประสบปัญหาหมอกควันอย่างรุนแรงต่อเนื่องจากการเผาในที่โล่งและไฟป่าทั้งในเขตประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้าน ประกอบกับลักษณะภูมิประเทศที่เป็นแอ่งกระทะ ล้อมรอบด้วยภูเขาสูง ในฤดูแล้งมีอากาศแห้ง ความกดอากาศสูง จึงทำให้มีสภาพอากาศปิด ฝุ่นละอองไม่แพร่กระจายและแขวนลอยอยู่ในบรรยากาศเป็นเวลานาน ซึ่งจากรายงานข้อมูลสถานการณ์หมอกควันและฝุ่น PM2.5 พบว่าหลายจังหวัดทางภาคเหนือมีค่าฝุ่น PM2.5 สูงเกินมาตรฐาน[2] จึงส่งผลให้มีผู้ป่วยเกี่ยวกับมลพิษทางอากาศเพิ่มสูงมากขึ้นอย่างน่าเป็นห่วง[3]

จังหวัดสุโขทัยเป็นจังหวัดในภาคเหนือตอนล่างที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 กรมควบคุมมลพิษพบว่าค่าฝุ่น PM2.5 ในพื้นที่มีค่าสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานและมีค่าสูงสุดอยู่ในเกณฑ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ (สีแดง) โดยมีสถานการณ์ฝุ่นอยู่ในระดับรุนแรงที่สุดในเดือนกุมภาพันธ์และเดือนมีนาคม นอกจากนี้ยังพบว่าในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 จังหวัดสุโขทัยมีค่าฝุ่น PM2.5 สูงที่สุดในประเทศไทย โดยมีค่าสูงถึง 224 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร[4]

ฝุ่น PM2.5 เป็นฝุ่นขนาดเล็กมากจึงสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ง่าย ก่อให้เกิดอันตรายและการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ ทำให้มีอาการแสบตา ตาแดง ผิวหนังอักเสบ เกิดผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง แสบจมูก มีน้ำมูก ไอ จาม ปอดอักเสบ เพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ โรคเรื้อรัง โรคมะเร็งปอด ภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน รวมทั้งเพิ่มอัตราการเข้าโรงพยาบาลและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร[5-6] กระทรวงสาธารณสุขจึงมีข้อแนะนำให้ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมกลางแจ้งเพื่อลดการสัมผัสกับฝุ่น PM2.5[3] แต่ก็มีประชาชนบางกลุ่มที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมกลางแจ้งในช่วงที่สถานการณ์ฝุ่นมีความรุนแรงได้ โดยเฉพาะในวัยทำงานเนื่องจากไม่สามารถปฏิเสธสภาพแวดล้อมในการทำงานหรือในที่ทำงานได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรมอนามัยที่พบว่าประชาชนกลุ่มอายุ 45-54 ปี เป็นกลุ่มที่พบอาการจากการสัมผัสฝุ่น PM2.5 มากที่สุดเนื่องจากเป็นกลุ่มที่ออกมาทำงานและมีโอกาสรับสัมผัสฝุ่นมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ[7] ดังนั้น การรับรู้สถานการณ์และการมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น จึงมีความสำคัญในการป้องกันผลกระทบจากความรุนแรงของฝุ่น ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ การดำเนินชีวิต

และการมีกิจกรรมทางกายของประชาชนเป็นวงกว้าง ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีค่าฝุ่นเกินมาตรฐานจะมีความเสี่ยงในการรับฝุ่นมากกว่าในพื้นที่อื่น โดยการรับรู้สถานการณ์ความรุนแรงของฝุ่นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM2.5[8] และมีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจไม่ออกไปมีกิจกรรมทางกายของประชาชนสูงถึงร้อยละ 38.1[9] ในการนี้คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการรับรู้ พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ และระดับกิจกรรมทางกายของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสุโขทัยในช่วงสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้เป็นแนวทางป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้แก่ประชาชนในพื้นที่ต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ และระดับกิจกรรมทางกายของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสุโขทัยในช่วงสถานการณ์ฝุ่น PM2.5

2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการรับรู้ พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ และระดับกิจกรรมทางกายของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสุโขทัยในช่วงสถานการณ์ฝุ่น PM2.5

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้วิธีการสำรวจแบบตัดขวาง (cross-sectional survey research) และใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 27 กุมภาพันธ์–19 มีนาคม พ.ศ. 2567 ซึ่งเป็นช่วงที่มีค่าฝุ่น PM2.5 อยู่ในระดับที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชากรวัยทำงานทั้งเพศชายและ/หรือเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 18-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสุโขทัย[10] คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Taro Yamane[11] ที่ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ได้แก่ 1) เพศชายและ/หรือเพศหญิง อายุ 18-59 ปี 2) อาศัยหรือทำงานในจังหวัดสุโขทัยต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี 3) สามารถอ่านหนังสือและตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และเกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) ได้แก่ ขอถอนตัวหรือมีความประสงค์ขอออกจากการวิจัย

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ เอกสารรับรองเลขที่ SCI 008/2567 วันที่รับรอง 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 โดยผู้วิจัยมีอิสระในการสมัครใจหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และหากยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

**เครื่องมือการวิจัย**

การวิจัยเรื่องนี้ใช้แบบสอบถามการรับรู้ พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ และระดับกิจกรรมทางกายในช่วงสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.95 และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะสถานที่ทำงาน และการมีโรคประจำตัว

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ ที่สร้างขึ้นจากการศึกษารวบรวมข้อมูล และปรับปรุงจาก

แบบสอบถามจากการศึกษาที่ผ่านมา[1-2] โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อการรับรู้ผลกระทบด้านสุขภาพจากสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 และส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ทั้งนี้ได้กำหนดเกณฑ์การประเมินการจัดระดับคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ[1,12] ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.01-5.00 หรือมากกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 หรือตั้งแต่ร้อยละ 60-80 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-3.00 หรือน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับน้อย

ตอนที่ 3 แบบสอบถามระดับกิจกรรมทางกายขององค์การอนามัยโลก (Global Physical Activity Questionnaire: GPAQ)[13] โดยกำหนดให้การใช้พลังงานมากกว่า 600 MET-นาทีต่อสัปดาห์ เป็นการมีกิจกรรมทางกายในระดับที่เพียงพอ และแบ่งเกณฑ์พิจารณาตามระดับความหนักของกิจกรรมทางกาย[14] ดังนี้

ใช้พลังงานน้อยกว่า 600 MET-นาทีต่อสัปดาห์ แสดงว่ามีกิจกรรมทางกายระดับน้อย

ใช้พลังงาน 600-1,499 MET-นาทีต่อสัปดาห์ แสดงว่ามีกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง

ใช้พลังงานตั้งแต่ 1,500 MET-นาทีต่อสัปดาห์ขึ้นไป แสดงว่ามีกิจกรรมทางกายระดับหนัก

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรด้วยสถิติ T-test และสถิติ One way ANOVA, Brown-Forsythe โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[2,5,15]

**ผลการวิจัย**

**1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.75 เพศชายร้อยละ 45.25 อายุเฉลี่ย 41.90±9.62 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-44 ปี ร้อยละ 45.50 รองลงมามีอายุระหว่าง 45-59 ปี ร้อยละ 42.75 และมีอายุระหว่าง 18-29 ปี ร้อยละ 11.75 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 50 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 15.5 ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 14 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. ร้อยละ 12 และระดับอนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 8.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 38.5 รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 19 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 13.5 เกษตรกร ร้อยละ 14.5 ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท ร้อยละ 7.5 และไม่ได้ทำงาน/กำลังศึกษา ร้อยละ 7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในอาคารที่มีหน้าต่างปิดมิดชิด ร้อยละ 46.50 รองลงมาคือทำงานกลางแจ้งหรือพื้นที่โล่งหรืออยู่ในอาคารที่เปิดโล่ง ร้อยละ 40.25 และทำงานอยู่ในพื้นที่ที่มีฝุ่นหรือควันจำนวนมาก ร้อยละ 13.25 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 79 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 21

**2. การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ** พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ต่อสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 ระดับการรับรู้ผลกระทบด้านสุขภาพจากสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 และระดับพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 อยู่ในระดับน้อย ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ระดับคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=400)

| ระดับคะแนน | จำนวน (คน) | ร้อยละ | Mean ± S.D. | ระดับคะแนน |
|---|---|---|---|---|
| **การรับรู้ต่อสถานการณ์ฝุ่น PM2.5** | | | 2.98±0.91 | น้อย |
| มาก | 38 | 9.50 | | |
| ปานกลาง | 100 | 25.00 | | |
| น้อย | 262 | 65.50 | | |
| **การรับรู้ผลกระทบด้านสุขภาพ** | | | 2.06±0.69 | น้อย |
| มาก | 2 | 0.50 | | |
| ปานกลาง | 43 | 10.75 | | |
| น้อย | 355 | 88.75 | | |
| **พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ** | | | 2.76±0.60 | น้อย |
| มาก | 13 | 3.25 | | |
| ปานกลาง | 103 | 25.75 | | |
| น้อย | 284 | 71.00 | | |

เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สถานการณ์ฝุ่น PM2.5 การรับรู้ผลกระทบด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 2 มีผลการวิจัยดังนี้

1) เพศที่แตกต่างกันมีผลต่อการรับรู้สถานการณ์ฝุ่น PM2.5 และพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) แต่ไม่มีผลต่อการรับรู้ผลกระทบด้านสุขภาพ โดยเพศหญิงมีการรับรู้สถานการณ์ฝุ่น PM2.5 และมีพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพในระดับที่สูงกว่าเพศชาย

2) อายุที่แตกต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) แต่ไม่มีผลต่อการรับรู้สถานการณ์ฝุ่น PM2.5 และการรับรู้ผลกระทบด้านสุขภาพ โดยกลุ่มอายุ 18-29 ปี มีพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพอยู่ในระดับสูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ

3) ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีผลต่อการรับรู้สถานการณ์ฝุ่น PM2.5 การรับรู้ผลกระทบด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีการรับรู้สถานการณ์ฝุ่น PM2.5 และมีพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพอยู่ในระดับสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า แต่ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีการรับรู้ผลกระทบด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า

4) อาชีพที่แตกต่างกันมีผลต่อการรับรู้สถานการณ์ฝุ่น PM2.5 การรับรู้ผลกระทบด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยพบว่าอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีการรับรู้สถานการณ์สูงกว่าอาชีพอื่น เกษตรกรมีการรับรู้ผลกระทบด้านสุขภาพสูงกว่าอาชีพอื่น และเกษตรกรและอาชีพรับจ้างทั่วไปมีพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพอยู่ในระดับน้อยกว่าอาชีพอื่น

5) ลักษณะสถานที่ทำงานที่แตกต่างกันมีผลต่อการรับรู้สถานการณ์ฝุ่น PM2.5 การรับรู้ผลกระทบด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยผู้ที่ทำงานในอาคารที่มีหน้าต่างปิดมิดชิดมีการรับรู้สถานการณ์ฝุ่น PM2.5 และพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพสูงกว่า ส่วนผู้ที่ทำงานในพื้นที่ที่มีฝุ่นหรือ

ควันจำนวนมากมีการรับรู้ผลกระทบด้านสุขภาพสูงกว่า

6) การมีโรคประจำตัวที่แตกต่างกันมีผลต่อการรับรู้สถานการณ์ฝุ่น PM2.5 และการรับรู้ผลกระทบด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ โดยผู้ที่มีโรคประจำตัวมีการรับรู้สถานการณ์และผลกระทบด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบการรับรู้ต่อสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 การรับรู้ผลกระทบด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

| ปัจจัยส่วนบุคคล | การรับรู้ต่อสถานการณ์ | | การรับรู้ผลกระทบด้านสุขภาพ | | พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mean | S.D. | Mean | S.D. | Mean | S.D. |
| **เพศ** | *T=-3.131, p=0.002** | | *T=0.293, p=0.770* | | *T=-5.639, p<0.001** | |
| ชาย (n=181) | 2.83 | 0.83 | 2.07 | 0.68 | 2.58 | 0.58 |
| หญิง (n=219) | 3.10 | 0.95 | 2.05 | 0.69 | 2.91 | 0.58 |
| **อายุ** | *B=2.873, p=0.060* | | *F=1.206, p=0.300* | | *B=4.634, p=0.011** | |
| 18-29 ปี (n=47) | 3.28 | 1.12 | 2.14 | 0.65 | 2.96 | 0.66 |
| 30-44 ปี (n=182) | 2.89 | 0.78 | 2.00 | 0.64 | 2.67 | 0.53 |
| 45-59 ปี (n=171) | 2.99 | 0.96 | 2.10 | 0.75 | 2.80 | 0.64 |
| **ระดับการศึกษา** | *F=13.532, p<0.001** | | *B=6.551, p<0.001** | | *B=14.398, p<0.001** | |
| ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (n=56) | 2.74 | 0.87 | 2.28 | 0.89 | 2.57 | 0.49 |
| มัธยมศึกษาตอนต้น (n=62) | 2.46 | 0.69 | 2.31 | 0.85 | 2.44 | 0.44 |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (n=48) | 2.88 | 0.94 | 2.17 | 0.44 | 2.74 | 0.64 |
| อนุปริญญา/ปวส. (n=34) | 2.74 | 0.88 | 1.88 | 0.39 | 2.50 | 0.67 |
| ปริญญาตรีขึ้นไป (n=200) | 3.27 | 0.87 | 1.93 | 0.61 | 2.96 | 0.58 |
| **อาชีพ** | *B=18.272, p<0.001** | | *B=32.459, p<0.001** | | *B=11.811, p<0.001** | |
| รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (n=154) | 3.33 | 0.75 | 1.92 | 0.62 | 2.92 | 0.59 |
| ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท (n=30) | 2.57 | 0.70 | 1.78 | 0.20 | 2.97 | 0.57 |
| รับจ้างทั่วไป (n=76) | 2.36 | 0.70 | 1.93 | 0.60 | 2.42 | 0.41 |
| เกษตรกร (n=58) | 2.66 | 0.79 | 2.92 | 0.66 | 2.52 | 0.52 |
| ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (n=54) | 3.28 | 1.12 | 1.94 | 0.50 | 2.94 | 0.69 |
| ไม่ได้ทำงาน/อยู่ระหว่างศึกษา (n=28) | 3.25 | 0.94 | 1.96 | 0.66 | 2.79 | 0.59 |
| **ลักษณะสถานที่ทำงาน** | *B=20.467, p<0.001** | | *B=42.434, p<0.001** | | *F=18.554, p<0.001** | |
| พื้นที่ที่มีฝุ่นควันจำนวนมาก (n=53) | 2.91 | 0.80 | 2.85 | 0.76 | 2.60 | 0.60 |
| กลางแจ้งหรือพื้นที่โล่ง (n=161) | 2.68 | 0.96 | 1.97 | 0.56 | 2.60 | 0.56 |
| อาคารที่มีหน้าต่างปิดมิดชิด (n=186) | 3.26 | 0.80 | 1.92 | 0.62 | 2.95 | 0.59 |
| **โรคประจำตัว** | *T=-2.488, p=0.013** | | *T=-8.315, p<0.001** | | *T=-1.170, p=0.243* | |
| ไม่มีโรคประจำตัว (n=316) | 2.92 | 0.91 | 1.95 | 0.68 | 2.74 | 0.59 |
| มีโรคประจำตัว (n=84) | 3.20 | 0.89 | 2.50 | 0.50 | 2.83 | 0.64 |

*p<0.05

**3. ระดับกิจกรรมทางกาย** พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้พลังงานในการทำกิจกรรมทางกายเฉลี่ย 1,772.95±1,962.10 MET-นาทีต่อสัปดาห์ ซึ่งจัดเป็นการมีกิจกรรมทางกายระดับหนักและมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ โดยเมื่อพิจารณาตามประเภทของกิจกรรมทางกาย พบว่ากิจกรรมทางกายที่เพียงพอส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมจากการทำงาน ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ระดับความหนักและความเพียงพอของกิจกรรมทางกาย จำแนกตามประเภทของกิจกรรม

| ระดับกิจกรรมทางกาย | กิจกรรมทางกายจากการทำงาน | | กิจกรรมทางกายจากการเดินทาง | | กิจกรรมทางกายจากกิจกรรมนันทนาการ | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| **ระดับความเพียงพอ** | | | | | | |
| เพียงพอ (n=260) | 205 | 51.25 | 41 | 10.25 | 76 | 19.00 |
| ไม่เพียงพอ (n=140) | 195 | 48.75 | 359 | 89.75 | 324 | 81.00 |
| **ระดับความหนัก** | | | | | | |
| ระดับหนัก (n=182) | 140 | 35.00 | 7 | 1.75 | 18 | 4.50 |
| ระดับปานกลาง (n=78) | 65 | 16.25 | 34 | 8.50 | 58 | 14.50 |
| ระดับเบา (n=140) | 195 | 48.75 | 359 | 89.75 | 324 | 81.00 |

เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลและวิเคราะห์ความแตกต่างของการใช้พลังงานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และลักษณะสถานที่ทำงานที่แตกต่างกันมีผลต่อระดับความหนักของกิจกรรมทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยเพศชายมีกิจกรรมทางกายระดับหนักมากกว่าเพศหญิง ผู้ที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีกิจกรรมทางกายที่ระดับน้อยกว่าผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับต่ำกว่า ผู้ที่ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจและลูกจ้าง/พนักงานบริษัทมีกิจกรรมทางกายที่ระดับน้อยกว่าอาชีพอื่นๆ และผู้ที่ทำงานอยู่ในอาคารที่มีหน้าต่างปิดมิดชิดมีระดับกิจกรรมทางกายน้อยกว่าผู้ที่ทำงานในพื้นที่โล่งและพื้นที่ที่มีฝุ่นควันจำนวนมาก นอกจากนี้ยังพบว่าอายุและการมีโรคประจำตัวไม่มีผลต่อระดับความหนักของกิจกรรมทางกาย ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** การเปรียบเทียบการใช้พลังงาน และระดับความหนักของกิจกรรมทางกาย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

| ปัจจัยส่วนบุคคล | การใช้พลังงาน (MET-นาทีต่อสัปดาห์) | | ระดับความหนักของกิจกรรมทางกาย |
|---|---|---|---|
| | Mean | S.D. | |
| **เพศ** | *T=4.217, p<0.001** | | |
| ชาย (n=181) | 2228.51 | 2160.69 | หนัก |
| หญิง (n=219) | 1396.44 | 1696.09 | ปานกลาง |
| **อายุ** | *F=0.773, p=0.462* | | |
| 18-29 ปี (n=47) | 1930.21 | 1972.48 | หนัก |
| 30-44 ปี (n=182) | 1863.19 | 2121.52 | หนัก |
| 45-59 ปี (n=171) | 1633.68 | 1776.47 | หนัก |
| **ระดับการศึกษา** | *F=12.782, p<0.001** | | |

**ตารางที่ 4** การเปรียบเทียบการใช้พลังงาน และระดับความหนักของกิจกรรมทางกาย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

| ปัจจัยส่วนบุคคล | การใช้พลังงาน (MET-นาทีต่อสัปดาห์) | | ระดับความหนักของกิจกรรมทางกาย |
|---|---|---|---|
| | Mean | S.D. | |
| ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (n=56) | 1637.14 | 1610.99 | หนัก |
| มัธยมศึกษาตอนต้น (n=62) | 2817.74 | 1767.09 | หนัก |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (n=48) | 2497.50 | 1416.76 | หนัก |
| อนุปริญญา/ปวส. (n=34) | 2455.29 | 1552.16 | หนัก |
| ปริญญาตรีขึ้นไป (n=200) | 1197.20 | 2070.34 | ปานกลาง |
| **อาชีพ** | *B=12.100, p<0.001** | | |
| รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (n=154) | 1090.13 | 2163.88 | ปานกลาง |
| ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท (n=30) | 1117.33 | 1450.31 | ปานกลาง |
| รับจ้างทั่วไป (n=76) | 2285.79 | 1493.05 | หนัก |
| เกษตรกร (n=58) | 2667.24 | 1217.02 | หนัก |
| ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (n=54) | 1952.59 | 2282.86 | หนัก |
| ไม่ได้ทำงาน/อยู่ระหว่างศึกษา (n=28) | 2640.00 | 1452.91 | หนัก |
| **ลักษณะสถานที่ทำงาน** | *F=20.101, p<0.001** | | |
| พื้นที่ที่มีฝุ่นควันจำนวนมาก (n=53) | 2008.68 | 1453.48 | หนัก |
| กลางแจ้งหรือพื้นที่โล่ง (n=161) | 2414.41 | 1575.60 | หนัก |
| อาคารที่มีหน้าต่างปิดมิดชิด (n=186) | 1150.54 | 2190.61 | ปานกลาง |
| **โรคประจำตัว** | *T=1.211, p=0.227* | | |
| ไม่มีโรคประจำตัว (n=316) | 1834.18 | 2058.13 | หนัก |
| มีโรคประจำตัว (n=84) | 1542.62 | 1537.22 | หนัก |

*p<0.05

**สรุปและอภิปรายผล**

จากการศึกษาการรับรู้ พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ และระดับกิจกรรมทางกายของประชากรวัยทำงานในจังหวัดสุโขทัยในช่วงที่สถานการณ์ฝุ่น PM2.5 อยู่ในระดับที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพนั้น ผลการศึกษาพบว่าประชากรวัยทำงานในจังหวัดสุโขทัยมีระดับคะแนนการรับรู้ต่อสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 ระดับการรับรู้ผลกระทบด้านสุขภาพจากสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 และระดับพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 อยู่ในระดับน้อย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแม้จังหวัดสุโขทัยจะประสบกับปัญหาจากสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 ที่อยู่ในระดับรุนแรงและเป็นอันตรายต่อสุขภาพอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลาหลายปี แต่ประชากรในพื้นที่กลับมีการรับรู้หรือให้ความสนใจและมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองอยู่ในระดับน้อย ซึ่งอาจเกิดจากไม่สามารถหลีกเลี่ยงการมีกิจกรรมกลางแจ้งได้หรือจากความเคยชิน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาอยู่อาศัยหรือทำงานในพื้นที่มานานกว่า 3 ปี จึงอาจเกิดความเคยชินกับปัญหาฝุ่น PM2.5 จึงทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองลดลงได้[16] นอกจากนี้การรับรู้ผลกระทบด้านสุขภาพในระยะเฉียบพลันจากฝุ่น PM2.5 ของประชากรวัยทำงานอาจยังไม่รุนแรงหรือแสดงอาการที่ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลด้านสุขภาพในทันที เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและสมบูรณ์ที่สุด จึงทำให้ประชากรวัยทำงานขาดความตระหนักในการเฝ้าระวังด้านพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้

เมื่อทำการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการรับรู้สถานการณ์ การรับรู้ผลกระทบด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 พบว่า

เพศที่แตกต่างกันมีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 แต่ไม่มีผลต่อการรับรู้ผลกระทบด้านสุขภาพจากสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 โดยเพศหญิงมีการรับรู้และมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพในระดับที่สูงมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมการป้องกันมลพิษทางอากาศน้อยกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศหญิงมีแนวโน้มในการปฏิบัติตามกฎระเบียบ มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าเพศชาย[17-18] แต่มีการศึกษาที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 เนื่องจากปัญหาฝุ่นละออง PM2.5 เป็นปัญหาที่ทุกเพศมีโอกาสรับรู้และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเหมือนกัน[5,16]

อายุที่แตกต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 โดยกลุ่มอายุ 18-29 ปี มีพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่กล่าวว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นช่วงวัยที่มีความสามารถในการใช้และเข้าถึงเทคโนโลยีและข่าวสารต่างๆ ได้มากกว่าจึงส่งผลให้สามารถรับรู้ข่าวสารที่เกี่ยวข้องและดำเนินการเพื่อป้องกันสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว [12] และผู้ที่มีอายุมากขึ้นอาจมีปัญหาจากการติดตามข่าวสารและการเคลื่อนไหวร่างกาย จึงอาจส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองได้ไม่เต็มที่[16] และจะมีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่อยู่ในช่วงวัยอื่นๆ[18] อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาที่พบว่าผู้ที่มีอายุแตกต่างกันมีการปฏิบัติตนในสภาวะฝุ่นละออง PM2.5 ไม่แตกต่างกัน แต่เป็นการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาที่มีช่วงอายุใกล้เคียงกัน[5] นอกจากนี้ยังพบว่าอายุไม่มีผลต่อการรับรู้สถานการณ์และผลกระทบด้านสุขภาพจากสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในวัยทำงานซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงมากกว่าช่วงวัยอื่นๆ จึงอาจไม่ค่อยแสดงอาการในระยะเฉียบพลันจากฝุ่น PM2.5

ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีผลต่อการรับรู้สถานการณ์ การรับรู้ผลกระทบด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีการรับรู้สถานการณ์และพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพสูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[2,12,16] เนื่องจากผู้ที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีความรู้ทักษะในการเข้าถึงแหล่งความรู้ และทักษะการตัดสินใจที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม[12] จึงส่งผลให้ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าสามารถเข้าถึงแหล่งความรู้ มีความรอบรู้และสามารถตัดสินใจในการป้องกันสุขภาพได้ ส่วนผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีการรับรู้ผลกระทบด้านสุขภาพมากกว่านั้น เนื่องจากส่วนใหญ่มีการทำงานในพื้นที่โล่งจึงมีโอกาสสัมผัสฝุ่นมากกว่า

อาชีพที่แตกต่างกันมีผลต่อการรับรู้สถานการณ์ฝุ่น PM2.5 การรับรู้ผลกระทบด้านสุขภาพจากสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 และพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 โดยพบว่าเกษตรกรมีการรับรู้ผลกระทบด้านสุขภาพสูงกว่าอาชีพอื่น และเกษตรกรและผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมีพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพอยู่ในระดับน้อยกว่าอาชีพอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน โดยเกษตรกร ผู้ที่ประกอบอาชีพค้าขายและรับจ้างทั่วไปซึ่งส่วนใหญ่ทำงานกลางแจ้งจะไม่สามารถหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมในขณะที่สถานการณ์ฝุ่น PM2.5 อยู่ระดับอันตรายได้[18] ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของหัทยาและคณะ[16] ที่พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 เนื่องจากประชากร

ทุกอาชีพสามารถเข้าถึงคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 ไม่แตกต่างกัน ลักษณะสถานที่ทำงานที่แตกต่างกันมีผลต่อการรับรู้สถานการณ์ฝุ่น PM2.5 การรับรู้ผลกระทบด้านสุขภาพจากสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 และพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 โดยผู้ที่ทำงานภายในอาคารมีการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพมากกว่าลักษณะของที่ทำงานรูปแบบอื่น ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ที่ทำงานในอาคารส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงกว่าผู้ที่ทำงานกลางแจ้งหรือพื้นที่ที่มีฝุ่นควันจำนวนมาก จึงสามารถเข้าถึงข้อมูลและข่าวสารทางสุขภาพได้มากกว่า[12,16] แต่ผู้ที่ทำงานในพื้นที่ที่มีฝุ่นหรือควันจำนวนมากมีการรับรู้ผลกระทบด้านสุขภาพสูงกว่า เนื่องจากมีการรับและสัมผัสฝุ่น PM2.5 ในระดับสูงโดยตรง จึงแสดงอาการมากกว่า

โรคประจำตัวที่แตกต่างกันมีผลต่อการรับรู้สถานการณ์และผลกระทบด้านสุขภาพ โดยผู้ที่มีโรคประจำตัวมีการรับรู้สถานการณ์และผลกระทบด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว เนื่องจากผู้ที่มีโรคประจำตัวมีแนวโน้มในการใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบจากฝุ่น PM2.5 มากกว่า[16] นอกจากนี้ยังจัดเป็นกลุ่มเปราะบางที่สามารถรับผลกระทบทางสุขภาพและแสดงอาการไม่พึงประสงค์จากฝุ่นได้รวดเร็วและมากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคทางเดินหายใจ[2]

การศึกษาระดับกิจกรรมทางกาย พบว่าประชากรวัยทำงานในจังหวัดสุโขทัยมีระดับกิจกรรมทางกายเพียงพอ โดยกิจกรรมทางกายที่เพียงพอส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมจากการทำงาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประชากรวัยทำงานในจังหวัดสุโขทัยยังคงมีกิจกรรมทางกายจากการทำงานแม้ว่าจะอยู่ในช่วงที่สถานการณ์ฝุ่น PM2.5 มีระดับที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยเมื่อทำการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อระดับกิจกรรมทางกาย พบว่าเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และลักษณะสถานที่ทำงานที่แตกต่างกันมีผลต่อระดับกิจกรรมทางกายในช่วงสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 โดยเพศหญิง ผู้ที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ผู้ที่ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจและลูกจ้าง/พนักงานบริษัท และผู้ที่ทำงานอยู่ในอาคารที่มีหน้าต่างมิดชิด มีระดับกิจกรรมทางกายน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าบุคคลากรวัยทำงานเพศชายมีระดับกิจกรรมทางกายมากกว่าเพศหญิง[19] เนื่องจากลักษณะทางกายภาพของเพศหญิงที่สามารถใช้แรงงานได้น้อยกว่าเพศชาย และผู้ที่ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจและลูกจ้าง/พนักงานบริษัทส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป และมักทำงานในอยู่อาคารสำนักงานหรือห้างร้าน ซึ่งมีลักษณะการทำงานที่มีการเคลื่อนไหวน้อย เป็นกิจกรรมทางกายที่มีความหนักระดับเบา หรือเป็นพฤติกรรมเนือยนิ่ง จึงมีการใช้พลังงานน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าคนวัยทำงานมีกิจกรรมทางกายเพียงพอจากการทำงานมากที่สุด และผู้ที่ประกอบอาชีพที่ต้องใช้แรงงานมีโอกาสมีระดับกิจกรรมทางกายเพียงพอสูงเป็น 8.50 เท่าของผู้ที่ใช้แรงน้อย[20]

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ พฤติกรรมการป้องกันตนเอง และระดับกิจกรรมทางกายของประชากรในสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 มีความหลากหลายและแตกต่างกัน โดยขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ซึ่งมีความแตกต่างกันของสภาพแวดล้อมและมีความหลากหลายของกลุ่มประชากร

การศึกษาวิจัยนี้จึงสามารถสรุปได้ว่า ในช่วงที่สถานการณ์ฝุ่น PM2.5 อยู่ในระดับที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพนั้น ประชากรวัยทำงานในจังหวัดสุโขทัยมีการรับรู้ต่อสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 ระดับการรับรู้ผลกระทบด้านสุขภาพจากสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 และระดับพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 อยู่ในระดับน้อย แต่ยังคงมีระดับกิจกรรมทางกายเพียงพอโดยเฉพาะกิจกรรมทางกายจากการทำงาน ดังนั้นหน่วยงานที่

เกี่ยวข้องจึงควรมีการกระตุ้นการรับรู้และสร้างความตระหนักถึงอันตรายและผลกระทบจากฝุ่น PM2.5 ให้แก่ประชากรวัยทำงานในจังหวัดสุโขทัยมากขึ้น รวมทั้งส่งเสริมการดูแลและป้องกันตนเอง โดยเฉพาะในเพศชาย ผู้ที่มีโรคประจำตัว และผู้ที่ทำงานกลางแจ้งหรือในพื้นที่โล่งหรือพื้นที่ที่มีฝุ่นควันจำนวนมาก เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับฝุ่น PM2.5 อย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ร่วมกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โดยเฉพาะในประชากรวัยทำงานเพศหญิงและผู้ที่ทำงานในอาคารหรือสำนักงาน

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการเก็บข้อมูลต่อเนื่องทั้งในขณะที่สถานการณ์ฝุ่น PM2.5 อยู่ในระดับที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และในขณะที่มีสภาพอากาศปกติ รวมทั้งเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

**กิตติกรรมประกาศ**

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับการวิจัยในครั้งนี้

**เอกสารอ้างอิง**

1. อังศินันท์ อินทรกำแหง, กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย. รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การจัดทำสถานการณ์ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ. นครนายก: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2563.
2. ศรัณณ์พักตร์ แก้วเพชร. การรับรู้และพฤติกรรมการตอบสนองต่อฝุ่นละอองขนาดเล็ก 2.5 ไมครอน (PM2.5): กรณีศึกษากลุ่มมอเตอร์ไซค์รับจ้างในเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร. วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น. 2565;8(1):237-50.
3. ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย. ผลกระทบของวิกฤตฝุ่น “PM2.5” และแนวทางการมีกิจกรรมทางกายที่ปลอดภัย [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มกราคม 2]. เข้าถึงได้จาก https://tpak.or.th/th/article/669
4. PPTV Online. ค่าฝุ่น PM 2.5 เกินมาตรฐาน พบสุโขทัยสูงสุด [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มกราคม 2]. เข้าถึง ได้จากhttps://www.pptvhd36.com/news/%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B8%A1/192165
5. วรัตม์ พิมพ์คต, ขันทอง ใจดี, บุญวัฒน์ สว่างวงศ์. การปฏิบัติตนในสภาวะฝุ่นละออง PM2.5 ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2564;4(1): 87-94.
6. Sukuman T, Ueda K, Sujaritpong S, Praekunatham H, Punnasiri K, Wimuktayon T, Prapaspongsa T. Health Impacts from PM2.5 Exposure Using Environmental Epidemiology and Health Risk Assessment: A Review. Applied Environmental Research. 2023;45(3):010.
7. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. เปิดข้อมูลผลกระทบสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 พบอายุ 45-54 ปีมีอาการมากที่สุด [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มกราคม 2]. เข้าถึงได้จาก https://www.hfocus.org/content/2021/01/20941
8. กฤษณ์วรท จันทร์ศรี, ธนกฤต กลึงผล, ณัฐพล วิสุวงษ์, ทฤฒมน ศุภะผ่องศรี. การรับรู้และพฤติกรรมป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็กของประชาชน: กรณีศึกษา บริเวณอนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ กรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา. 2563;35(1):41-55.
9. ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย. ผลการสำรวจโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้าน

กิจกรรมทางกายของประชากรไทย ปี 2562. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.
10. กรมอนามัย. ฐานข้อมูลกลาง กรมอนามัย: วัยทำงาน [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มกราคม 4]. เข้าถึงได้จาก https://dohdatacenter.anamai.moph.go.th/index.php?r=groupdata/index&group=1&id=3
11. ภัทรานิษฐ์ เหมาะทอง, วนิดา ทองโคตร, และสุพรรณี อึ้งปัญสัตวงศ์. การกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Yamane [อินเตอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 2567 มกราคม 4]. เข้าถึงได้จาก http://sc2.kku.ac.th/stat/statweb/images/Eventpic/60/Seminar/01_9_Yamane.pdf
12. เกศินี อิ่มแมน, ศักดิ์สิทธิ์ อิ่มแมน, จุฑามาศ ผลมาก, พัชรี วรกิจพูนผล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM2.5 ให้แก่เด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วารสารวิจัยทางการพยาบาล การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566;43(1):146-56.
13. World Health Organization. Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) Analysis Guide [Internet]. n.d. [cited 2024 January 2]. Available form https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/GPAQ_EN.pdf
14. ช่อนภา สิทธิ์ธัง. การสำรวจกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมเนือยนิ่งของบุคลากรสายสนับสนุนในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD). 2020;3664. https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/3664
15. สมฤดี พงษ์เสนา. ความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนของมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. วารสารชุมชนวิจัยและพัฒนาสังคม. 2562;13(3).94–107. https://doi.org/10.14456/nrru-rdi.2019.48
16. หัทยา มาลัยเจริญ, ธานินทร์ สุธีประเสริฐ, ธนิฏฐา ทองนาค, วัชรินทร์ โกมลมาลัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของประชาชนตำบลหน้าพระลาน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม. 2565;2(3):82-97. https://doi.org/10.35762/AER.2023010
17. ชนาพร เขื่อนเป็ก, ทัศน์พงษ์ ตันติปัญจพร. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสมลพิษทางอากาศของผู้ประกอบอาชีพมอเตอร์ไซค์รับจ้างในเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ. 2559;9(33):14-25.
18. ตรีรยา ศาลางาม, ฐิตาภรณ์ เหลืองวิลัย, วัฒน์ชัย จรุญวรรธนะ, ธนรักษ์ ผลิพัฒน์, เจษฎา คุณโน. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมต่อการป้องกันฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5): การศึกษาเชิงสำรวจเขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2566;8(2): 81-94.
19. กฤชพล อาษาภักดี, ชัยรัตน์ ชูสกุล. การศึกษากิจกรรมทางกายของบุคลากรวัยทำงาน ระดับอุดมศึกษาในจังหวัดมหาสารคาม: สถานการณ์ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา. 2565;22(1):127-40. DOI: https://doi.org/10.14456/jsst.2022.10
20. มณเฑียร ทองนพคุณ, ยุวดี ลีลัคนาวีระ, สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายของคนวัยทำงานในเขตเทศบาลเมืองมาบตาพุด จังหวัดระยอง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2562;33(1):73-91.

# ผลของการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก

# Effect of oral hygiene care promote in elderly patients with dysphagia.

(Received: April 19,2024 ; Revised: April 27,2024 ; Accepted: April 28,2024)

**โฉมพิไล นันทรักษา[1] ภัทรา วัฒนพันธุ์[2] รุ่งทิวา ชอบชื่น[3]**
**Chompilai Nuntharuksa[1] Pattra Wattanapan[2] Rungthiwa Chobchuen[3]**

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากที่เข้ารับบริการในคลินิกกลืนลำบาก ห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งเป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยในระบบ Health Object ของโรงพยาบาล และแบบบันทึกข้อมูลภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือเป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกลืนลำบาก เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะความเจ็บป่วย แบบประเมินสุขภาพช่องปาก (Oral Health Assessment Tool: OHAT)

ผลการศึกษา ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก จำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 33 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับบริการในคลินิกกลืนลำบาก ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 63 รองลงมาคือช่วง 70-79 ปี ร้อยละ 37 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78 อีกทั้งผู้ดูแลเป็นบุตรและคู่สมรส ร้อยละ 83 ผู้ป่วยมีภาวะกลืนลำบากจากโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 83 เนื้องอกและมะเร็งที่ศีรษะและใบหน้า ร้อยละ 17 ส่วนใหญ่ให้อาหารทางสายยาง ร้อยละ 67 ผู้ป่วยเคยมีประวัติปอดอักเสบ 1-2 ครั้งในรอบ 1 ปี ร้อยละ 75 ส่วนใหญ่มีวิธีการทำความสะอาดช่องปากโดยการใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำยาบ้วนปากเช็ดทำความสะอาด ร้อยละ 70.1 รองลงมาคือการแปรงฟันร้อยละ 21.2 และร้อยละ 100 ไม่เคยพบทันตะแพทย์ในระยะเวลา 3 - 6 เดือนที่ผ่านมา ก่อนการให้ข้อมูลและสอนสาธิตการดูแลสุขภาพช่องปากพบว่า ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนสุขภาพช่องปาก (OHAT) 1 - 8 คะแนน ร้อยละ 83 ค่าคะแนน 9 - 16 ร้อยละ 17 และติดตามผลเมื่อผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาในนัดถัดมาพบว่า ผู้ป่วยและญาติให้ความสำคัญและมีทัศนคติที่ดีในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก มีค่าคะแนนสุขภาพช่องปาก (OHAT) ดีขึ้น ร้อยละ 100 โดยเฉพาะ ลิ้นไม่มีอะไรปกคลุม (Coated) และช่องปากสะอาดชุ่มชื้น ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการมีปฏิสัมพันธ์มากขึ้นจากการที่มีสุขภาพช่องปากที่ดี

**คำสำคัญ :** การดูแลสุขภาพช่องปาก สูงอายุ ภาวะกลืนลำบาก (Oral care, elderly, dysphagia)

**Abstract**

This study aims to Study the results of promoting oral health in elderly patients with dysphagia who receive services in the dysphagia clinic. Rehabilitation medicine examination room Outpatient nursing work Srinakarin Hospital This was a retrospective study from patient medical records in the hospital's Health Object system and patient oral health information records. From January 2022 to December 2022, with inclusion criteria being patients aged 60 years and over and diagnosed by a physician as having dysphagia. Tools used include: Personal information record form and illness conditions Oral Health Assessment Tool (OHAT)

Results: A total of 57 patients were enrolled. The two main causes of dysphagia were stroke (83%) and head and neck cancer (17%). They all stated to have never visited a dentist in a year. After participating in oral health promotion, the Oral Health Score (OHAT) of all participants revealed improvement. Due to their improved dental health, patients interacted with others with more confidence.

**Keyword:** Oral care, elderly, dysphagia

[1] ห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีนครินทร์

[2] ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[3] ข้าราชการบำนาญ ( corresponding author )

**บทนำ**

ผู้สูงอายุนับเป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในสังคมไทย โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้รายงานสถิติผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2563 ระบุว่า ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 12.6 ล้านคน จากจำนวนประชากรรวม 66 ล้านคน โดยคิดเป็นร้อยละ 19.1 ของประชากรรวม และในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด[1] อีกทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังซึ่งเป็นอักหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ การให้ความสำคัญกับโรคเรื้อรังและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากโรคเรื้อรังเป็นสิ่งที่จำเป็น โดยเฉพาะโรคทางระบบประสาทที่มีพยาธิสภาพส่งผลให้มีปัญหากลืนลำบากได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease: Stroke) โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Myastinia gravis: MG) โรคพาร์กินสัน (Parkinson) เป็นต้น และจากปัญหาการกลืนลำบากถ้าไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม อาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา อาทิเช่น ภาวะขาดสารน้ำ (dehydration) ขาดสารอาหาร (Malnutrition) ปวดอักเสบจากการสำลัก (aspiration pneumonia) และการติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis)[2] และสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปอดอักเสบส่วนใหญ่คือ การสำลักน้ำลายและเสมหะที่มีเชื้อแบคทีเรียและจุลินทรีย์จำนวนมากในช่องปากที่ไม่สะอาด หรือไม่ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากเท่าที่ควร จึงเป็นแหล่งของการติดเชื้อ อาจแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่น ๆ นำไปสู่การติดเชื้ออวัยวะที่สำคัญของร่างกายทั้งทางตรงและทางอ้อม เพิ่มความเสี่ยงต่อการตายก่อนวัยอันควร[3]

การมีสุขภาพช่องปากที่ดีมีความสำคัญกับทุกวัย และยิ่งสำคัญเพิ่มขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุเพราะฟันของผู้สูงอายุที่เหลืออยู่ มีการเปลี่ยนแปลงจากการใช้งานมายาวนาน หรือมีโรคที่เป็นมาตั้งแต่ก่อนถึงวัยสูงอายุ มีการสูญเสียฟัน เกิดช่องว่าง ทำให้การดูแลรักษาความสะอาดทำได้ยากกว่าฟันทั่วๆ ไป ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพช่องปากดีจะช่วยให้รู้สึกสบายรับประทานอาหารได้อร่อยและหลากหลายประเภท มีร่างกายแข็งแรง ช่วยในเรื่องการพูดออกเสียงได้ชัดเจน ไม่ต้องกังวลในการเข้าสังคม อีกทั้งช่วยส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ถ้าสุขภาพช่องปากไม่ดีจะมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพอื่นๆ ได้ เพราะจุลินทรีย์จากการติดเชื้อในช่องปากอาจผ่าเข้าสู่กระแสเลือดไปที่หัวใจ โดยเฉพาะในผู้ที่มีประวัติความผิดปกติของหัวใจหรือเข้าสู่ทางเดินหายใจส่งผลให้เกิดปอดอักเสบได้ ปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบบ่อยในผู้สูงอายุคือโรคฟันผุและเหงือกอักเสบซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียฟัน ทั้งโรคฟันผุและเหงือกอักเสบหรือปริทันต์อักเสบมีสาเหตุจากคราบจุลินทรีย์ (plaque)[4] และจากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560 พบว่าสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอยู่ในเกณฑ์ต่ำ และผู้สูงอายุยังขาดความรู้ความเข้าใจ และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองไม่เหมาะสม อันจะนำไปสู่การสูญเสียฟันเมื่ออายุมากขึ้น[5] โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) ซึ่งอาจเกิดจากโรคทางระบบประสาท หรืออาจจะเกิดจากภาวะเสื่อมจากสูงอายุของผู้สูงอายุเอง อีกทั้งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะกลืนลำบากที่สำคัญคือ ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (aspiration pneumonia) จากสาเหตุที่กล่าวมาข้างต้น ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากให้ได้รับการดูแลหรือผู้ป่วยสูงอายุสามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปาก จะสามารถช่วยป้องกัน และลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ และจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก พบว่า หากพบว่าสุขภาพช่องปากสะอาดถึงแม้ว่าผู้ป่วยมีการสำลักขณะทดสอบและฟื้นฟูสภาพการกลืนด้วยวิธีการฝึกการกลืนอาหารโดยตรง (Direct exercise) ไม่พบภาวะปอดอักเสบ หรือหาก

เกิดภาวะปอดอักเสบก็ไม่รุนแรง ซึ่งการที่ผู้ป่วยสูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่สะอาดส่งผลต่อคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้น

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก

**วิธีการวิจัย**

การศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) โดยศึกษาจาก เวชระเบียนผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากที่เคยเข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสภาพการกลืนที่คลินิกกลืนลำบากห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 74 ราย

**กลุ่มประชากรที่ศึกษา**

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากที่เข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสภาพการกลืนที่คลินิกกลืนลำบาก ห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามาศึกษา (Inclusion criteria)** 1) ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากเป็นระยะเวลานานกว่า 1 สัปดาห์ โดยอาศัยการซักประวัติและ / หรือการตรวจคัดกรองโดยวิธี MWST (Modified Water Swallowing Test) แล้วพบความผิดปกติ (MWST ≥ 3 คะแนน) 2) ผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งหมายถึงญาติซึ่งทำหน้าที่ดูแลหลักหรือผู้ดูแลที่ถูกว่าจ้างมาช่วยดูแลผู้ป่วย 3) รู้ตัวดี สามารถสื่อสารได้ ถามตอบรู้เรื่อง หรือในกรณีที่มีปัญหาความผิดปกติของการพูดจะสัมภาษณ์ผู้ดูแลตามข้อ 2

**เกณฑ์ในการตัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)** ผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่ เช่น หายใจเหนื่อยหอบ มีไข้สูง ไม่รู้สึกตัว

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย**

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และสภาวะความเจ็บป่วย

2. แบบประเมินสุขภาพช่องปาก Oral Health Assessment Tool (OHAT)

3. สื่อการสอนการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น ภาพพลิก แผ่นพับ อุปกรณ์การดูแลสุขภาพช่องปาก

**วิธีดำเนินการวิจัย**

1. พยาบาลประจำคลินิกโทรศัพท์ติดตามล่วงหน้า 1-2 วัน เพื่อยืนยันการมาตามนัด

2. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก เข้ารับบริการตามนัด ที่คลินิกกลืนลำบาก ห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู

3. แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และอาจารย์แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการรักษาและฟื้นฟูสภาพการกลืน ทำการซักประวัติและตรวจร่างกาย (ประเมินการกลืน คัดกรองภาวะกลืนลำบาก ประเมินความเสี่ยงต่อการสำลัก)

4. ขณะที่แพทย์ทำการตรวจอวัยวะภายในช่องปาก โดยการส่องไฟฉาย พยาบาลดูตามและประเมินช่องปากตามแบบประเมินสุขภาพช่องปาก (OHAT) หรือขณะรอแพทย์ลงตรวจคลินิก พยาบาลทำการประเมินสุขภาพช่องปากผู้ป่วยก่อน ใช้เวลา 5 นาที

5. หลังตรวจประเมินเสร็จ แพทย์ผู้ตรวจจะรายงานและร่วมวางแผนการรักษาและฟื้นฟูสภาพการกลืนกับอาจารย์แพทย์ พยาบาลจะใช้ช่วงเวลานี้ในการพูดคุยซักถามเพิ่มเติม (พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก) และให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก (ความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก หลักในการดูแลสุขภาพช่องปาก) แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล (ใช้เวลา 5 นาที)

6. แพทย์จะรายงานผลการตรวจ และความผิดปกติที่พบ ให้คำแนะนำเรื่อง การปรับลักษณะอาหาร การจัดท่าขณะกลืน เทคนิคการกลืนอย่างปลอดภัย และส่งพบนักกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูการกลืน

7. ก่อนส่งพบนักกิจกรรมบำบัด หรือก่อนกลับบ้าน พยาบาลสอนสาธิตการดูแลสุขภาพช่องปาก (การแปรงฟันที่ถูกวิธีและการแปรงแห้ง) เป็น

รายบุคคล ด้วยสื่อการสอน ภาพพลิก และตัวอย่างอุปกรณ์ที่เหมาะสม สาธิตการแปรงฟันกับโมเดลฟัน และแจกแผ่นพับ เพื่อให้กลับไปอ่านทบทวน (ใช้เวลา 10 นาที)

8. เมื่อผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาและฟื้นฟูสภาพครั้งต่อไป พยาบาลขอประเมินสุขภาพช่องปาก หากพบว่า ค่าคะแนน OHAT ลดลงหรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ (= 0) ชื่นชมและเสริมพลังอำนาจ แต่ถ้าค่าคะแนน OHAT เพิ่มขึ้นหรือผิดปกติ ให้หาสาเหตุหรือปัจจัยร่วมกัน พร้อมให้คำแนะนำ และหรือสอนสาธิตเพิ่มเติม ส่งเสริมและให้กำลังใจในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

**ผลการวิจัย**

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากที่เข้ารับบริการที่คลินิกกลืนลำบาก มีจำนวน 37 รายจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 111 ราย คิดเป็นร้อยละ 33 เป็นเพศชาย 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.7 เพศหญิง 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.3 มีอายุในช่วง 60-69 ปี จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.6 อายุช่วง 70-79 จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.4 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 78 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ เป็นบุตร/ภรรยา /สามี จำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.2 ข้อมูลทั่วไป ภาวะกลืนลำบากส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.2 ส่วนใหญ่ให้อาหารทางสายยางให้อาหาร จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 67 มีประวัติปอดอักเสบจากการสำลักในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 ส่วนใหญ่มีวิธีการในการดูแลช่องปากด้วยวิธีการแปรงฟัน จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.1กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 ไม่เคยการพบทันตะแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปาก ในระยะ 3-6 เดือนที่ผ่านมา ข้อมูลการเจ็บป่วย ค่าคะแนนการประเมินสุขภาพช่องปาก โดยใช้แบบประเมิน OHAT พบว่าครั้งแรกที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการมีปัญหาสุขภาพช่องปากทุกราย และมีค่าคะแนน OHAT 1-8 จำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.2 ค่าคะแนน OHAT 9-16 จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.8 และเมื่อกลุ่มตัวอย่างมาติดตามผลการรักษาครั้งที่ 2-3 พบว่า ค่าคะแนน OHAT ลดลง ทุกราย และพบว่ามี 5 รายที่มีสุขภาพช่องปากปกติหรือมีค่าคะแนน OHAT = 0 จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.5 ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2 สุขภาพช่องปาก และสุขภาพช่องปากโดยรวม

ตารางที่ 1 สุขภาพช่องปาก (OHAT)

| ค่าคะแนน OHAT | ครั้งที่ 1 | | ครั้งที่ 2 - 3 | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 0 (สุขภาพช่องปากปกติ) | - | - | 5 | 13.5 |
| 1 – 8 | 31 | 83.2 | 29 | 78.3 |
| 9 - 16 | 6 | 16.8 | - | - |

ตารางที่ 2 สุขภาพช่องปากโดยรวม

| ค่าคะแนน OHAT หลังได้รับการสอนสาธิต / แนะนำ | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| - เพิ่มขึ้น | 37 | 100 |
| - ลดลง | 0 | 0 |

**สรุปและอภิปรายผล**

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก จำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 33 ของ

ผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับบริการในคลินิกกลืนลำบาก ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 63 รองลงมาคือช่วง 70-79 ปี ร้อยละ 37 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78 อีกทั้งผู้ดูแลเป็นบุตรและคู่สมรส ร้อยละ 83 ผู้ป่วยมีภาวะกลืนลำบากจากโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 83 เนื้องอกและมะเร็งที่ศีรษะและใบหน้า ร้อยละ 17 ส่วนใหญ่ให้อาหารทางสายยาง ร้อยละ 67 ผู้ป่วยเคยมีประวัติปอดอักเสบ 1-2 ครั้งในรอบ 1 ปี ร้อยละ 75 ส่วนใหญ่มีวิธีการทำความสะอาดช่องปากโดยการใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำยาบ้วนปากเช็ดทำความสะอาด ร้อยละ 70.1 รองลงมาคือการแปรงฟันร้อยละ 21.2 และร้อยละ 100 ไม่เคยพบทันตะแพทย์ในระยะเวลา 3 - 6 เดือนที่ผ่านมา ก่อนการให้ข้อมูลและสอนสาธิตการดูแลสุขภาพช่องปากพบว่า ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนสุขภาพช่องปาก (OHAT) 1 - 8 คะแนน ร้อยละ 83 ค่าคะแนน 9 - 16 ร้อยละ 17 และติดตามผลเมื่อผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาในนัดถัดมาพบว่า ผู้ป่วยและญาติให้ความสำคัญและมีทัศนคติที่ดีในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก มีค่าคะแนนสุขภาพช่องปาก (OHAT) ดีขึ้น ร้อยละ 100 โดยเฉพาะ ลิ้นไม่มีอะไรปกคลุม (Coated) และช่องปากสะอาดชุ่มชื้น ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการมีปฏิสัมพันธ์มากขึ้นจากการที่มีสุขภาพช่องปากที่ดี ดังนั้น การให้ความสำคัญเรื่องสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากสามารถยกระดับมาตรฐานการดูแล ที่นำโดยพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก ร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะส่งผลให้เกิดความร่วมมือร่วมใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก และการฟื้นฟูสภาพการกลืนได้อย่างยั่งยืน[2,3,4]

## เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สารประชากร. ประชากรและสังคมผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต] 2564. [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤศจิกายน 2565] เข้าถึงจาก https://www.ipsr.mahidol.ac.th/Contents/Documents/Gazette2021TH. Pdf (mahidol.ac.th)
2. Perry L, Love CP. Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: a systematic review. Dysphagia 2001;16(1):7-18.
3. ปิยะภัทร เดชพระธรรม. ปัญหาการกลืนในผู้สูงอายุ (Dysphagia in Elderly). J Thai Rehabil Med 2013; 23(3): 73-80.
4. ออนอง มั่งคั่ง. เอกสารประกอบการบรรยายการเปลี่ยนแปลงของสภาพช่องปากในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2564
5. สำนักทันตสาะรณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัทสามเจริญพานิชย์ (กรุงเทพ); 2561.

# ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และดัชนีมวลกาย ของวัยผู้ใหญ่ในจังหวัดสุโขทัย

# Relationships between exercise behaviors, food consumption behaviors, and body mass index of adults in Sukhothai province.

(Received: April 19,2024 ; Revised: April 26,2024 ; Accepted: April 28,2024)

**ธีรวิทย์ อินต๊ะปัญญา[1], นนทลี สันตินิยม[1], วศิน ยะวงศ์[2], ศักดาวุฒิ กาศวิบูลย์[3] และ ปทิตตาท์ วงศ์แสงเทียน[3]**
**Theerawith Intapanya[1], Nonthalee Santiniyom[1], Wasin Yawong[2], Sakdawut Katwiboon[3] and Patitta Wongsangthain[3]**

**บทคัดย่อ**

การศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และดัชนีมวลกาย ของวัยผู้ใหญ่ในจังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยผู้ใหญ่ ที่มีอายุ 19 – 59 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 417 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่ผ่านการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า ความสัมพันธ์ของดัชนีมวลกายและพฤติกรรมการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.340, p=0.00) ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.210, p=0.00) และพฤติกรรมการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.455, p=0.00)

**คำสำคัญ**: พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ดัชนีมวลกาย

**Abstract**

This descriptive research aimed to explore the relationships between exercise behaviors, food consumption behaviors, and body mass index (BMI) among adults aged 19 to 59 years residing in Sukhothai Province. A total of 41 7 adults participated in the study. The research tools included questionnaires on exercise and food consumption behaviors. Statistical analyses were performed using mean, percentage, standard deviation, and Pearson's correlation coefficient.

The research results revealed statistically significant positive correlations between body mass index (BMI) and exercise behaviors (r=0.340, p=0.00). BMI was positively correlated with food consumption behaviors (r=0.210, p=0.00). Moreover, a significant positive relationship was found between exercise behaviors and food consumption behaviors (r=0.455, p=0.00).

**Keyword**: exercise behaviors, food consumption behaviors, body mass index

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตสุโขทัย
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาเทคโนโลยีสารสนเทศ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตสุโขทัย
[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิทยาศาสตร์ทั่วไป คณะวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตสุโขทัย

**บทนำ**

ภาวะน้ำหนักเกิน (overweight) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายได้รับสารอาหารเกินกว่า โดยที่สารอาหารส่วนที่เกินจะถูกเก็บสะสมไว้ในรูปของไขมันในร่างกาย ส่งผลให้เกิด ความต้องการ โรคอ้วน (obesity) ตามมา ซึ่งภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนักมากกว่าปกติโดยมีการสะสมของไขมันใต้ผิวหนัง ซึ่งเกินไปจากมาตรฐานที่กำหนด สำหรับผู้ใหญ่นิยมใช้เกณฑ์น้ำหนักต่อส่วนสูงคิดเป็นค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) โดยที่ประชากรไทยไม่ควรมีค่าดัชนีมวลกายเกิน 22.9 กก./ตร.ม. และค่าดัชนีมวลกายอยู่ ระหว่าง 23-24.9 นั้นหมายถึง น้ำหนักเกิน[1] ซึ่งหากบุคคลนั้นยังไม่มีการควบคุมน้ำหนักต่อไปในอนาคตก็อาจจะทำให้เป็นโรคอ้วนได้ โดยปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมทางกายและสถานะทางสุขภาพต่างๆ โดยการมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่ ในวันทำงาน ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะต่างๆ เช่น โรคปลายประสาทตา เสื่อม จอประสาทตาเสื่อม โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง[2]

ในวัยผู้ใหญ่การมีกิจกรรมการออกกำลังกาย เล่นกีฬา หรือการเคลื่อนไหวร่างกาย มีแนวโน้มที่จะลดลง เนื่องจากเข้าสู่วัยที่ต้องเรียนหนังสือ ต้องทำงานในระยะเวลานาน การใช้ระยะเวลาในการเดินทางมากเกินไป การไม่มีเวลาให้กับตนเองในการดูแลตนเอง เนื่องจากต้องดูแลครอบครัว ทั้งลูกที่กำลังเติบโต หรือ ดูแลพ่อแม่ที่สูงอายุ จึงทำให้อาจจะมีความเสี่ยงในการที่จะมีภาวะทางสุขภาพที่ไม่ดี[3] โดยมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ลดลงแล้วและก็อาจจะมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดีอีกด้วย เช่น รับประทานอาหารจานด่วน อาหารบุฟเฟต์ ปิ้งย่าง ชาบู หมูกระทะ การดื่มชา กาแฟ หรือของหวานในปริมาณที่มากขึ้น จึงส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงอีกเท่าตัว[4] ทั้งนี้ ถ้าไม่มีการประเมินตนเองหรือทดสอบสมรรถภาพทางกาย เช่น การชั่งน้ำหนักตัว ค่าเปอร์เซ็นต์ไขมัน หรือคำนวณดัชนีมวลกาย เป็นต้น ก็อาจจะทำให้เกิดการชะล่าใจในการดูแลตนเองในอนาคตอีกด้วย

จากปัญหาสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย จะพบว่าเป็นปัญหาในการเข้าใจ การบริหารเวลา และการมีความรู้ทางด้านการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร รวมไปถึงระบบสาธารณสุขไม่เอื้ออำนวยในการดำเนินชีวิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริโภค อาหาร ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้นหากได้รับการ แก้ไขปัญหาหรือการให้ความรู้ที่ถูกต้อง จะทำให้อุบัติการณ์ของโรคต่างๆ เหล่านี้ลดลงได้รวมทั้งเป็นการเสริมสร้างสุขภาพให้แข็งแรง ป้องกันการเจ็บป่วย โดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่ สำคัญต่อการพัฒนาประเทศ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ส่งผลต่อสภาวะทางด้านร่างกายของวัยผู้ใหญ่ที่ต้องมีการดูแลและรับผิดชอบต่อหน้าที่การงานและครอบครัว ซึ่งตัวชี้วัดด้วยดัชนีมวลกาย จึงเป็นขั้นพื้นฐานในการเป็นตัวบ่งชี้ถึงระดับของการประเมินทางกายผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และดัชนีมวลกายของวัยผู้ใหญ่ เพื่อใช้ในการส่งเสริมหรือปรับปรุงแนวทางในการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารในอนาคตได้

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และดัชนีมวลกาย ของวัยผู้ใหญ่ในจังหวัดสุโขทัย

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และดัชนีมวลกาย ของวัยผู้ใหญ่ในจังหวัดสุโขทัย

## วิธีดำเนินวิจัย

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้การวิจัยในครั้งนี้ คือ ประชากรวัยผู้ใหญ่ ที่มีอายุ 19 – 59 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 335,395 คน[5]

กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยผู้ใหญ่ ซึ่งได้มาจากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ ยามาเน่[6] ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 สำหรับความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 และใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาจากลักษณะของกลุ่มที่เลือกเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน โดยทำการเก็บรวบรวมแบบสอบถามสำรองร้อยละ 10 ในกรณีแบบสอบถามไม่ครบถ้วน รวมเป็น 440 ฉบับ

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ เอกสารรับรองเลขที่ SCI 012/2567 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัยและยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ

**เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** 1) ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องเป็นวัยผู้ใหญ่ อายุตั้งแต่ 19 – 59 ปี ที่อยู่ในจังหวัดสุโขทัย 2) เป็นผู้ที่ให้ความร่วมมือในการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ในการหาค่าดัชนีมวลกาย 3) เป็นผู้ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

เกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) 1) เป็นผู้ที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยได้ 2) เป็นผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน 3) เป็นผู้ที่ตอบแบบสอบถามแบบไม่พิจารณาข้อคำถาม (ตอบซ้ำๆกันทุกข้อ)

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป มีจำนวนคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีจำนวนคำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยเลือกตอบตามความคิดเห็นในการปฏิบัติ 4 ระดับ โดยประเมินระดับพฤติกรรมในการปฏิบัติ ดังนี้ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 80 % มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสม คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 60 – 79 % พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 60 % พฤติกรรมอยู่ในระดับระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีจำนวนคำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยเลือกตอบตามความคิดเห็นในการปฏิบัติ 4 ระดับ โดยประเมินระดับพฤติกรรมในการปฏิบัติ ดังนี้ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 80 % มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสม คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 60 – 79 % พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 60 % พฤติกรรมอยู่ในระดับระดับต่ำ

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** วิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence index: IOC) โดยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจประเมินคุณภาพและความเหมาะสม พร้อมทั้งปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.81 โดยแบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือผ่านเกณฑ์มาตรฐานและสามารถนำไปใช้ได้

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ( Pearson's product-moment correlation coefficient) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ผลการวิจัย**

ผลการศึกษาวิจัยมีผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งหมด จำนวน 417 คน โดยอธิบายเป็นหัวข้อ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า เพศชาย จำนวน 190 คน คิดเป็นร้อยละ 45.56 และเพศหญิง จำนวน 227 คน คิดเป็นร้อยละ 54.44 ช่วงอายุแบ่งเป็น 4 ช่วงอายุ ได้แก่ 1) ช่วงอายุ 19 - 29 ปี จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 11.03 2) ช่วงอายุ 30 - 39 ปี จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 18.23 3) ช่วงอายุ 40 - 49 ปี จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 30.69 และ 4) ช่วงอายุ 50 - 59 ปี จำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 40.05 ระดับการศึกษา แบ่งได้ 3 ระดับ ได้แก่ 1) ต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 169 คน คิดเป็นร้อยละ 40.53 2) ระดับปริญญาตรี จำนวน 210 คน คิดเป็นร้อยละ 50.36 และ 3) สูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 9.11 และอาชีพ แบ่งได้ 5 กลุ่มอาชีพ ได้แก่ 1) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 25.42 2) ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 26.86 3) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 23.26 4) เกษตรกรรม จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 16.07 และ 5) นักเรียน/นักศึกษา จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 8.39

2. ระดับดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งตามเกณฑ์การประเมินค่าระดับดัชนีมวลกาย ดังนี้ 1) ผอม/ต่ำกว่าเกณฑ์ (น้อยกว่า 18.5) มีจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 2.64 (มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เท่ากับ 17.98±0.41) มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับที่เหมาะสม และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับที่เหมาะสม 2) ปกติ/สมส่วน (18.5 – 22.9) มีจำนวน 158 คน คิดเป็นร้อยละ 37.89 (มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เท่ากับ 21.35±1.18) มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับที่เหมาะสม และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับที่เหมาะสม 3) น้ำหนักเกิน (23 – 24.9) มีจำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 19.18 (มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เท่ากับ 24.14±0.57) มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับที่เหมาะสม และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับที่เหมาะสม 4) อ้วนระดับ 1 (25 – 29.9) มีจำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 27.34 (มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เท่ากับ 27.09±1.35) มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับต่ำ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับที่เหมาะสม 5) อ้วนระดับ 2 (มากกว่าหรือเท่ากับ 30) มีจำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 12.95 (มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เท่ากับ 33.33±3.02) มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับต่ำ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับต่ำ รายละเอียด ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ระดับดัชนีมวลกาย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย และระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มตัวอย่าง (n=417)

| ดัชนีมวลกาย | | | | พฤติกรรมการออกกำลังกาย | พฤติกรรมการบริโภคอาหาร |
|---|---|---|---|---|---|
| ระดับ | จำนวน(คน) | ร้อยละ | Mean±S.D. | | |
| **ผอม/ต่ำกว่าเกณฑ์ <18.5** | 11 | 2.64 | 17.98±0.41 | ระดับเหมาะสม | ระดับเหมาะสม |
| **ปกติ/สมส่วน 18.5 – 22.9** | 158 | 37.89 | 21.35±1.18 | ระดับเหมาะสม | ระดับเหมาะสม |
| **น้ำหนักเกิน 23 – 24.9** | 80 | 19.18 | 24.14±0.57 | ระดับเหมาะสม | ระดับเหมาะสม |
| **อ้วนระดับ 1 25 – 29.9** | 114 | 27.34 | 27.09±1.35 | ระดับต่ำ | ระดับเหมาะสม |
| **อ้วนระดับ 2 ≥30** | 54 | 12.95 | 33.33±3.02 | ระดับต่ำ | ระดับต่ำ |

3. ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง สามารถอธิบายได้ ดังนี้ 1) ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายและพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.340, p=0.00) 2) ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.210, p=0.00) และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.455, p=0.00) รายละเอียด ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

| ตัวแปร | ดัชนีมวลกาย | | พฤติกรรมการออกกำลังกาย | | พฤติกรรมการบริโภคอาหาร | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | r | p-value | r | p-value | r | p-value |
| **ดัชนีมวลกาย** | - | - | .340* | .000 | .210* | .000 |
| **พฤติกรรมการออกกำลังกาย** | - | - | - | - | .455* | .000 |
| **พฤติกรรมการบริโภคอาหาร** | - | - | - | - | - | - |

*p < .05

**สรุปและอภิปรายผล**

ผลจากการศึกษาวิจัย พบว่า ระดับดัชนีมวลกายของวัยผู้ใหญ่ในจังหวัดสุโขทัยส่วนใหญ่ มีระดับค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ/สมส่วน (18.5 – 22.9) มีจำนวน 158 คน คิดเป็นร้อยละ 37.89 ลำดับถัดมา คือ อ้วนระดับ 1 (25 – 29.9) มีจำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 27.34 ลำดับถัดมา คือ น้ำหนักเกิน (23 – 24.9) มีจำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 19.18 ลำดับถัดมา คือ อ้วนระดับ 2 (มากกว่าหรือเท่ากับ 30) มีจำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 12.95 และลำดับสุดท้าย คือ ผอม/ต่ำกว่าเกณฑ์ (น้อยกว่า 18.5) มีจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 2.64 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสถิติจากฐานข้อมูลกลุ่มรายงานมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข[7] วัยทำงานอายุ 19 – 59 ปี ในจังหวัดสุโขทัย ในปีงบประมาณ 2566 ที่ระดับค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่ มีระดับค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ/สมส่วน คิดเป็นร้อยละ 39.22 ลำดับถัดมาคือ อ้วนระดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 25.80 และลำดับน้อยที่สุด คือ ผอม/ต่ำกว่าเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 6.04 และสอดคล้องกับมงคล รัชชะ และคณะ[8] ที่เก็บข้อมูลดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพในอุทยานประวัติศาสตร์สุโขทัย พบว่า ค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่ มีระดับค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ/สมส่วน คิดเป็นร้อยละ 40.80 จากผลการศึกษาค่าดัชนีมวลกายของวัยทำงานในจังหวัดสุโขทัยทำให้ทราบข้อมูลว่าข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ/สมส่วน ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญและเป็นแนวโน้มที่ดี เพราะจะส่งผลต่อปัจจัยที่ส่งเสริมอื่นๆ โดยเฉพาะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ว่าสอดคล้องกันอย่างไร

จากการศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของวัยทำงานในจังหวัดสุโขทัย พบว่า มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับที่เหมาะสม และอยู่ในระดับต่ำ โดยผู้ที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย อยู่

ในระดับที่เหมาะสม นั้น จะมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ ผอม/ต่ำกว่าเกณฑ์, ปกติ/สมส่วน, และน้ำหนักเกิน ซึ่งสามารถวิเคราะห์ได้ว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายส่งผลต่อค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง โดยทราบกระบวนการและวิธีการออกกำลังกาย มีการวางแผนและรูปแบบกิจกรรมในการออกกำลังกาย ว่าควรออกกำลังกายแบบใดระยะเวลาเท่าไหร่จึงจะเหมาะสม[9] และอาจจะมีการเตรียมควรพร้อมของร่างกายด้วยการแต่งกายอย่างเหมาะสม มีการอบอุ่นร่างกาย (warm up) เมื่อเริ่มต้นและหรือคลายอุ่นร่างกาย (cool down) หลังการออกกำลังกาย[10] และอาจจะมีการชั่งน้ำหนักหรือคำนวณค่าดัชนีมวลกายอยู่บ่อยครั้ง และพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ จะมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ อ้วนระดับ 1, และอ้วนระดับ 2 ซึ่งจะสอดคล้องกับการดูแลตนเองในด้านการออกกำลังกายยังไม่เพียงพอ ไม่มีการวางแผนเพื่อที่จะลดน้ำหนักตัวหรือไขมันอย่างชัดเจน และอาจจะมีปัจจัยอื่นๆที่ไม่สามารถมีเวลาในการออกกำลังกายได้ ซึ่งถ้าหากปล่อยไว้ก็อาจจะเป็นโรคอ้วนหรือมีปัญหาสุขภาพตามมาที่หลังได้[11] ดังนั้น ควรแนะนำการออกกำลังกายควบคู่ไปกับการปฏิบัติตนในเหมาะสมทั้งเรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อนให้เพียงพอ ซึ่งถ้าไม่รีบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก็อาจจะส่งผลต่อไปในอนาคตในระยะยาวอีกด้วย[12]

จากการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยทำงานในจังหวัดสุโขทัย พบว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับที่เหมาะสม และอยู่ในระดับต่ำ โดยผู้ที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับที่เหมาะสม นั้น จะมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ ผอม/ต่ำกว่าเกณฑ์, ปกติ/สมส่วน, น้ำหนักเกิน, และอ้วนระดับที่ 1 ซึ่งสามารถวิเคราะห์ได้ว่าจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่อยู่ในระดับที่เหมาะสม นั้น อาจจะมีการปฏิบัติตนที่มีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม การทานอาหารที่เลือกประเภทอาหารที่ดี เช่น ผัก ผลไม้ หลีกเลี่ยงอาหารประเภทอาหารจานด่วน ชา กาแฟ หรือที่กำลังเป็นที่นิยมคือ อาหารประเภทปิ้งย่าง หมูกระทะ ชาบู เป็นต้น[13] และอาจจะมีการคำนวนแคลอรี่ในการรับประทานอาหารเพื่อส่งเสริมในการเลือกอาหารที่มีประโยชน์ทั้งคุณภาพและราคาไม่แพงอีกด้วย[14] แต่ก็ยังมีผู้ที่อยู่ในเกณฑ์ น้ำหนักเกิน, และอ้วนระดับที่ 1 ที่มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งต้องยิ่งส่งเสริมให้มีการกำกับตนเองในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย[15] และพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำ จะมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ อ้วนระดับ 2 ซึ่งเป็นการปฏิบัติตนและพฤติกรรมที่ควรรีบแก้ไข เพราะอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงสูงที่อาจจะเกิดโรคภัยไข้เจ็บตามมา ต้องปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารการดูแลตนเอง[11] ให้ค่าดัชนีมวลกายกลับมาอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

จากศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายและพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ นั้น สามารถอธิบายได้ว่าค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งพฤติกรรมเป็นการกระทำที่บุคคลตัดสินใจในการลงมือปฏิบัติไม่ว่าจะเป็นเรื่องที่ดีหรือไม่ดี การออกกำลังกายและการรับประทานอาหารเป็นสิ่งที่อยู่ในการปฏิบัติในชีวิตประจำวันของทุกคน ซึ่งถ้าผู้ปฏิบัติเลือกที่จะออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ก็จะส่งผลให้มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม[16,17] และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง ก็เป็นส่วนที่มีความสอดคล้องและเกี่ยวเนื่องกัน เพราะว่าผู้ที่เลือกที่จะดูแลสุขภาพจะต้องเลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเองและพยายามดูแลสุขภาพให้ดี โดยเฉพาะเรื่องการบริโภคอาหารที่ดีและเหมาะสม[18] การศึกษาวิจัยนี้จึงสามารถสรุปได้ว่าพฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของแต่ละบุคคลนั้น ส่งผลต่อร่างกายโดยตรง สามารถ

วัดได้จากค่าดัชนีมวลกายที่อยู่ในระดับเกณฑ์ไหน ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยจะนำไปใช้ในการส่งเสริมการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในอนาคตได้

**ข้อเสนอแนะจากการวิจัย**

ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรหาปัจจัยของพฤติกรรมการออกกำลังกาย และปัจจัยของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพราะจะได้ทราบสาเหตุของการปฏิบัติตน ซึ่งจะได้ส่งเสริมหรือแนะนำแนวทางที่เหมาะสมในการที่จะมีสุขภาพที่ดีในอนาคตต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. พรชัย อนิวรรตธีระ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มกราคม 16]. เข้าถึงได้จาก https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/line/ดัชนีมวลกายเท่าไหร่/.
2. เบญจพร นันทสันติ. โรงพยาบาลพญาไท 3 [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มกราคม 16]. เข้าถึงได้จาก https://www.phyathai.com/th/article/3000-คุณกำลังเป็น_โรคอ้วน/.
3. ศุภลักษณ์ ทองขาว,นิภา กิมสูงเนิน, และ รัชนี นามจันทรา. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้วัยผู้ใหญ่ตอนต้น. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2564;32(4):73 – 88.
4. ลักษณา พงษ์ภุมมา, ขวัญตา เพชรมณีโชติ, เชษฐา แก้วพรม, และเมทณี ระดาบุตร. ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อความรู้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและดัชนีมวลกายในวัยผู้ใหญ่ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2563;14(1):21 – 31.
5. กรมอนามัย. ฐานข้อมูลกลาง กรมอนามัย: วัยทำงาน [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มกราคม 12]. เข้าถึงได้จาก https://dohdatacenter.anamai.moph.go.th/index.php?r=groupdata/index&group=1&id=3.
6. ภัทรานิษฐ์ เหมาะทอง, วนิดา ทองโคตร, และสุพรรณี อึ้งปัญสัตวงศ์. การกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Yamane [อินเตอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 2567 มกราคม 13]. เข้าถึงได้จาก http://sc2.kku.ac.th/stat/statweb/images/Eventpic/60/Seminar/01_9_Yamane.pdf
7. กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มรายงานมาตรฐาน:วัยทำงาน [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 เมษายน 17]. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?catid=46522b5bd1e06d24a5bd81917257a93c
8. มงคล รัชชะ, จักรกฤษ เสลา, และ อนุ สุราช. การประเมินระดับความร้อนและผลกระทบต่อสุขภาพจากการสัมผัสความร้อนของผู้ประกอบอาชีพในอุทยานประวัติศาสตร์สุโขทัย. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2564;24(2): 87 – 100.
9. นางชลลดา บุตรวิชา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมเสริมสร้างสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร. [ปริญญานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกริก; 2561.
10. วิกรม สวาทพงษ์. พฤติกรรมการสร้างสุขภาพด้านการออกกำลังกายของประชาชนวัยผู้ใหญ่ตอนกลางในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2557.
11. เกษณี สุขพิมาย, ธราดล เกงการพานิช, มณฑา เกงการพานิช, และ ประสิทธิ์ ลีระพันธ. ปจจัยที่มีความสัมพันธกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกลุมเสี่ยงโรคอวนลงพุง. วารสารสุขศึกษา. 2555:35(122): 2 – 14.
12. กุลธิดา เหมาเพชร, คมกรชิ เชาว์พานิช, พรเพ็ญ ลาโพธิ์, และ วาสิฏฐี เทียมเท่าเกิด. พฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรในมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน. นครปฐม: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน; 2555.
13. ธีรวีร์ วราธรไพบูลย์. พฤติกรรมการบริโภค: อาหารนิยมบริโภคกับอาหารเพื่อสุขภาพ. วารสารปัญญาภิวัฒน์. 2557:5(2):255 – 264.
14. ภัททิรา ก้านทอง, ชัยณรงค์ เลขราบ, ฐิมาพร วงศ์ศิริ, เพียงพักตร์ โมกภา, และ ทิพวารินทร์ พิมล. รูปแบบพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของนักศึกษาและบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562:37(1):118 – 127.

15. เมธินี แหล่งหล้าเลิศสกุล, นิรัตน์ อิมามี, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, และ ธราดล เก่งการพานิช. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดภูเก็ต. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2556:43(1):55 – 67.
16. ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, จิราพร วรวงศ์, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, และ พรพรรณ มนสัจจกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ของผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินในชนบท. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2563:14(35):464 – 482.
17. โกศล ศรีบัวทอง. ความสัมพันธระหวางความรู ทัศนคติทางพลศึกษาที่มีผลตอพฤติกรรมการออกกำลังกายของครู และบุคลากรทางการศึกษาในโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองกระทุมแบน [ปริญญานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ; 2564.
18. ชนิษฐา อัตนาโถ, และอมรรัตน์ เจริญชัย. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารกับค่าดัชนีมวลกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2562:63(1):41 – 54.

# การประเมินผลโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

# The Evaluation of Khao Suan Kwang Sub-district Municipality elderly school , Khao Suan Kwang District, Khon Kaen Province.

(Received: April 22,2024 ; Revised: April 28,2024 ; Accepted: April 29,2024)

**พงษ์ศักดิ์ ทรัพย์ศิลาทอง**[1]
**Pongsak Subsilathong**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบเจาะจง (purposive sampling technique) ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องในโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน และนักเรียนของโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 140 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการดำเนินงานโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณา

ผลการศึกษา พบว่า ด้านบริบท (Context) โครงการโรงเรียนผู้สูงอายุมีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของสถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่ ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) พบว่า นโยบายมีแนวทางการดำเนินงานชัดเจนและได้รับการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรอย่างพอเพียง ด้านกระบวนการ (Process) พบว่า การสื่อสารแนวทางการดำเนินงาน และบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง และผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการจัดทำหลักสูตรการเรียนการสอนน้อย ด้านผลผลิต (Output) พบว่า มีผู้สำเร็จการศึกษาและมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 93.5 ด้านประสิทธิผล (Effectiveness) พบว่า บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งไว้ มีอัตลักษณ์ของโรงเรียน ด้านความพึงพอใจ (Satisfaction) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุในระดับสูง ร้อยละ 77.9

**คำสำคัญ :** CIPPES Model, โรงเรียนผู้สูงอายุ.

**Abstract**

This research was survey research analyzed by mixed method. The objective was to evaluate the results of the Khao Suan Kwang sub-district municipality elderly school project at Khao Suan Kwang District, Khon Kaen Province The sample was selected by purposive sampling technique, consisting of 15 personnel involved in the Elderly School project and 140 students of the Elderly School. Qualitative data were analyzed by content analysis and quantitative data were analyzed by descriptive statistics.

The context of elderly school project is appropriate in line with the context of the elderly in the area, in terms of input, it was found that the policy has clear operational guidelines and is adequately funded with budget and resources. In terms of process, it was found that communication of operational guidelines and roles was moderate , and the elderly were less involved in the preparation of teaching and learning courses. In terms of output, it was found that 93.5 percent of graduates had desirable characteristics . In terms of effectiveness, it was found that the objectives were achieved. There is a school identity. It was found that the majority of the elderly were high satisfied with the elderly school project. 77.9 percent.

**Keywords:** CIPPES Model, Elderly School.

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกระนวน

**บทนำ**

กรมกิจการผู้สูงอายุ[1] รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุของไทย พบว่า ข้อมูลประชากรของโลกประมาณ 7,900 กว่าล้านคนมี “ผู้สูงอายุ” ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 1,100 ล้านคน หรือคิดประมาณร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด “ผู้สูงอายุวัยปลาย” ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีจำนวนมากถึง 151 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ2 ของประชากรทั้งหมด ในขณะที่อาเซียนมีประชากรรวมทั้งหมด 671 ล้านคน อาเซียนเป็นสังคมสูงอายุแล้ว คือ มีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 11 ของประชากรทั้งหมด “ผู้สูงอายุวัยปลาย” ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประเทศสมาชิกอาเซียน 7 ประเทศ เป็นสังคมสูงอายุแล้ว คือมีอัตราผู้สูงอายุ เกินร้อยละ 10 ได้แก่ สิงคโปร์ ไทย เวียดนาม มาเลเซีย อินโดนีเซีย เมียนมา และบรูไน ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.7 ล้านคน ประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวน ขึ้นอย่างเร็วมาก เมื่อ 50 ปีก่อน ประเทศไทยมีผู้สูงอายุไม่ถึง 2 ล้านคน แต่ในปี 2565 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มเป็นกว่า 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ตามการคาดการณ์ ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทยจะขยับสัดส่วนเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ นั่นหมายถึงประชากร 1 ใน 5 คือผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลก (WHO) และสหประชาชาติกำหนดสังคมที่มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ขึ้นไป ถือเป็น “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” ปัจจุบันผู้สูงอายุในประเทศไทยมีประมาณ 12 ล้านคน จากประชากรกว่า 67 ล้านคน หรือร้อยละ 17.9 นี้ ในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรรวมของประเทศไทยจะเพิ่มช้าลง อัตราเพิ่มประชากรจะลดต่ำลงจนถึง ขั้นติดลบ แต่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประชากรยิ่งมีอายุสูงยิ่งเพิ่มขึ้นเร็ว ในขณะที่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี ผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มด้วยอัตราเฉลี่ยถึงร้อยละ 7 ต่อปี[1] ผลจากการเข้าสู่สังคมสูงวัยของประเทศไทยมาจากการเปลี่ยนผ่านทางประชากร ทั้งอัตราการเกิด หรือภาวะเจริญพันธุ์ลดลง ภาวะการเสียชีวิตในกลุ่มเด็กและวัยแรงงานลดลงอันสืบเนื่องมาจากการพัฒนาในระบบสาธารณูปโภคพื้นฐาน โภชนาการ การศึกษา เศรษฐกิจและความก้าวหน้าทางการแพทย์ ทำให้ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยมากขึ้น การสูงวัยของประชากรที่เพิ่มขึ้นสวนทางกับอัตราการเกิดที่ลดลง เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม หลายประเทศได้เตรียมพร้อมและดำเนินมาตรการต่างๆรองรับกับสถานการณ์ สำหรับประเทศไทย รัฐบาลประกาศให้ “สังคมผู้สูงอายุเป็นวาระแห่งชาติ” และขับเคลื่อนตั้งแต่วันที่ 11 ธ.ค.2561 มีแผนปฏิบัติการผู้สูงอายุแห่งชาติครอบคลุมทั้งกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ (25–59 ปี) เน้นเตรียมการสู่การเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ จากความก้าวหน้าด้านการแพทย์และความสำเร็จด้านสาธารณสุขของประเทศไทยทำให้อัตราการเกิดน้อยลง ประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น ในขณะที่แนวโน้มผู้สูงอายุอยู่คนเดียว หรืออยู่ลำพังเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าผู้สูงอายุอยู่คนเดียวเพิ่มเท่าตัวซึ่งมีผลต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประเทศไทยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีอายุยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมเป็นผู้สูงอายุที่พบเป็นส่วนใหญ่ การให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อการชะลอความเสื่อมของผู้สูงอายุไปสู่กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติด เตียง ขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนา ฟื้นฟู ให้สามารถดำรงชีวิตได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม การให้ความสำคัญกับการออม การปรับสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับสภาพผู้สูงอายุ รวมถึงการปรับเปลี่ยนทัศนคติไม่มองผู้สูงอายุเป็นภาระ ส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ที่มีมากขึ้น เน้นการเสริมทักษะใหม่แก่แรงงานผู้สูงอายุ ออกแบบการทำงานให้ยืดหยุ่นและสร้างแรงจูงใจให้นายจ้างจ้างงานผู้สูงอายุ จัดทำแผนบูรณาการด้านสุขภาพ และดูแลสุขภาพระยะยาวที่บ้านและในชุมชนตามระดับความจำเป็น โครงสร้างประชากรจะเปลี่ยนจากพีระมิดสามเหลี่ยมฐานกว้างเป็นสามเหลี่ยมหัวกลับ ประชากรรุ่นที่เกิดระหว่างปี 2506-2526 กำลังจะกลายเป็นผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2566 เป็นต้นไป เป็นโจทย์ท้าทายที่ต้องหาคำตอบในเรื่องของสังคมผู้สูงอายุ ทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในการอยู่ร่วมกับสังคมโดยไม่ได้เป็นภาระ เปลี่ยนวิธีคิดโดยมองผู้สูงอายุในฐานะทรัพยากรมนุษย์ที่ยังใช้ศักยภาพประสบการณ์ต่างๆ เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาประเทศ มีโจทย์อีกมากที่เราต้องมองถึงอนาคตผู้สูงอายุไทย ต้องทำให้เขามีที่ยืน ดึงศักยภาพผู้สูงอายุที่มีมาทำงานร่วมกับคนต่างวัย ขณะเดียวกันต้องเพิ่มทักษะเรื่องการใช้สื่อเทคโนโลยีให้กับผู้สูงอายุ เพื่อการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และสวัสดิการความช่วยเหลือต่างๆ ทั้งนี้ หากจำแนกผู้สูงอายุ สามารถแบ่งเป็นวัยต้นที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี กลุ่มนี้ ยังแข็งแรง 30-40% ยังสามารถทำงานได้ พอเข้าสู่วัยกลาง 70-80 ปี และวัยปลาย 80 ปีขึ้นไปจะเกิดภาวะพึ่งพิง ทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ มีสุขภาพอนามัยแข็งแรงให้นานที่สุด ย่นระยะเวลาที่ต้องเป็นผู้สูงอายุพึ่งพิง ติดบ้านติดเตียง ให้มีโรคภัยน้อยที่สุด รวมทั้งไม่ถูกทอดทิ้งอยู่โดดเดี่ยว เป็นโจทย์ท้าทายที่ต้องหาคำตอบ ทั้งนี้ประเด็นการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นหนึ่งในแนวทางที่ตอบโจทย์การดูแลและพัฒนาผู้สูงอายุ แต่ต้องมีรูปแบบที่ตอบสนองผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มวัยขณะเดียวกัน บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีส่วนสำคัญในการสร้างพลังที่เข้มแข็งให้กับผู้สูงอายุ ด้วยการจัดระบบช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่ยังมีกำลังใช้ศักยภาพทำประโยชน์ให้กับชุมชน เป็นสิ่งดีที่ควรสนับสนุนขยายความเข้มแข็งของชุมชนฐานรากในการดูแลผู้สูงอายุ เพราะเราคงหวังพึ่งรัฐบาลเพียงฝ่ายเดียวไม่ได้ แต่ภาคประชาชนชุมชนก็ต้องช่วยกัน

ข้อมูลการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุในประเทศไทย[1] พบว่า มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุจำนวน 2,390 แห่ง แบ่งเป็นภาคกลาง 460 แห่ง ภาคเหนือ 835 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 805 แห่ง และภาคใต้ 290 แห่ง จังหวัดขอนแก่นมีโรงเรียนผู้สูงอายุทั้งหมด 31 แห่ง จำนวนนักเรียน 1,709 คน ซึ่งในพื้นที่อำเภอเขาสวนกวาง มีการดำเนินการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ 2 แห่ง คือ โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลดงเมืองแอม และโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง ซึ่งรูปแบบการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ของโรงเรียนผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์ร่วมกันในการพัฒนาทักษะภูมิปัญญาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ถ้าผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาศักยภาพ มีความรู้ สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดี สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ปัจจุบันมีการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่เรียกว่า “โรงเรียนผู้สูงอายุ” เป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต

ในส่วนของการจัดตั้งและดำเนินการโรงเรียนผู้สูงอายุในอำเภอเขาสวนกวาง[2]ดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการจัดการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ เสริมสร้างสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสร้างสรรค์ประโยชน์ แก่ชุมชนและสังคม เสริมสร้างศักยภาพ ส่งเสริมคุณค่าภูมิปัญญาผู้สูงอายุให้เป็นที่ประจักษ์และยอมรับ รวมถึงส่งเสริมวัฒนธรรมท้องถิ่นให้ดำรงคงอยู่และสืบทอดต่อๆไป ดำเนินการโดย เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง และ ความร่วมมือของ โรงพยาบาลเขาสวนกวาง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาสวนกวาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาสวนกวาง ชมรมข้าราชการครูเกษียณ และภาคีเครือข่ายของตำบลเขาสวนกวางและตำบลคำม่วง อำเภอเขาสวน

กวาง จังหวัดขอนแก่น ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่ เดือน พฤศจิกายน 2566 ถึง เดือน มีนาคม 2567 และจัดกิจกรรมตามหลักสูตร ใช้ระยะเวลาเรียน จำนวน 3 เดือน มีการเรียนการสอนเดือนละ 4 ครั้ง ทุกวันอังคารของเดือน รวม 12 ครั้ง มีผู้สูงอายุเข้าร่วม จำนวนกว่า 215 ราย ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินโครงการในปีต่อๆไป เป็นโครงการที่มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะดำเนินการวิจัยประเมินผลโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุดังกล่าว เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้นำมาปรับปรุง และพัฒนาแนวทางการดำเนินงานโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สามารถนำไปขยายผลดำเนินการในพื้นที่อื่นๆต่อไป เพื่อให้การประเมินผลการดำเนินงานของโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นไปอย่างรอบด้าน และชัดเจน ผู้วิจัยกำหนดกรอบของการประเมินผลการดำเนินงานของโรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น โดยประยุกต์หลักการสำคัญของตัวแบบการประเมินคือ CIPP[3] และ CIPIEST[4]มาใช้ในการวิจัยประเมินผลครั้งนี้

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อประเมินผลโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

**วิธีการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ วิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสานทั้งปริมาณและคุณภาพ

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง และ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 5,472 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1). บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง จำนวน 15 คน 2). ผู้สูงอายุที่เป็นนักเรียนของโรงเรียนผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง ใช้วิธีคัดเลือกโดยการสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 140 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นเครื่องมือผู้วิจัยสร้างขึ้น ดังนี้

1. ประเด็นคำถามในการจัดสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 10 ข้อ

2.แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามประเภทมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 22 ข้อ

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

**ผลการวิจัย**

**ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ** จากการสนทนากลุ่ม ( Focus group) และสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth-Interview) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับ โครงการโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง จำนวน 15 คน พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 เพศหญิง ร้อยละ 40 อายุเฉลี่ย 47.27 ปี อายุต่ำสุด 26 ปี และอายุสูงสุด 72 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 93.3 ซึ่งผลการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก มีดังนี้

**1. ด้านบริบท (Context: C)** กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า สถานการณ์การเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเขาสวนกวางมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรง หลายคนยัง

ทำงาน ประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้ เช่น การทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ หรือค้าขาย เมื่อมีเวลาว่าง ผู้สูงอายุเพศหญิงจะเข้าวัดทำบุญเป็นส่วนใหญ่ และร่วมกิจกรรมทางศาสนาตามประเพณี นอกจากนี้ยังมีชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางการรวมตัวกันเพื่อจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุ ดังนั้น โครงการโรงเรียนผู้สูงอายุ จึงมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง ในการเป็นจุดศูนย์กลางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในทุกๆด้านอย่างเป็นระบบ มีการจัดหลักสูตรการเรียนการสอน มีกติกาการปฏิบัติตัวในการอยู่ร่วมกันอย่างชัดเจน

**2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input: I)** นโยบายการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง เป็นปัจจัยหลักที่สนับสนุนการดำเนินงานโครงการที่ดีมาก เนื่องจากนโยบายดังกล่าวมีการจัดทำแผนงานการสนับสนุนด้านงบประมาณ ด้านสถานที่ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ยานพาหนะและด้านบุคลากร อย่างชัดเจนและพอเพียง มีการประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมโครงการอย่างต่อเนื่องผ่านทุกช่องทางการสื่อสาร อาทิ การประชุมหมู่บ้าน อสม.แจ้งข่าว ติดป้ายโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ หอกระจายข่าวของหมู่บ้าน และสื่อสารผ่านระบบออนไลน์ (ไลน์กลุ่ม, face book) นอกจากนี้ ในกรณีที่มีการจัดกิจกรรมอื่นๆที่ไม่อยู่ในแผนงานที่วางไว้ ผู้บริหารก็ให้การสนับสนุนตามความจำเป็น

**3.ด้านกระบวนการ (Process: P)** พบว่า การดำเนินการในระยะเริ่มต้นยังขาดความคล่องตัว เนื่องจาก บุคลากรที่เกี่ยวข้อง มีการสื่อสารที่คลาดเคลื่อน ทำให้พบปัญหาในกระบวนการจัดกิจกรรม แต่เมื่อมีการจัดประชุมแก้ไขปัญหา สร้างแนวทางการสื่อสารที่ชัดเจน ทำให้การดำเนินงานโครงการเป็นไปด้วยความเรียบร้อย แต่ในด้านการประเมินผลระหว่างการดำเนินการโครงการยังไม่มีการวางระบบที่ชัดเจน นอกจากนี้ ยังพบว่า การมีส่วนร่วมของผู้เรียนในการปรับปรุงหลักสูตร ยังมีน้อยมาก

**4.ด้านผลผลิต (Product)** พบว่า โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง มีผู้สำเร็จการศึกษาตามเกณฑ์ที่กำหนด คิดเป็นร้อยละ 93.5 และมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ผ่านเกณฑ์ 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกายมีความรู้ในการดูแลสุขภาพและสามารถดูแลตนเองได้ 2) ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจ มั่นใจ ความจำและสมาธิดีขึ้น 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้ได้เพื่อน รอยยิ้ม ความสบายใจและร่วมกิจกรรมจิตอาสาได้ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ทำให้ได้รับข่าวสารเป็นประโยชน์ ร่วมกิจกรรมทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

**5.ประสิทธิผล (Effectiveness)** พบว่า การดำเนินการโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งไว้ มีอัตลักษณ์ของโรงเรียน แต่ด้านการมีส่วนร่วมในการบริหารหลักสูตรผู้สูงอายุ ยังอยู่ในระดับน้อย

**6.ความพึงพอใจ (Satisfaction)**

ผลการศึกษาเชิงปริมาณ จากการสำรวจความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 140 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.6 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 64.3 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 29.3 อายุเฉลี่ย 68.38 ปี อายุสูงสุด 95 ปี

ด้านความพึงพอใจต่อการดำเนินงานโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง พบว่า ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานโครงการในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 77.9 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 16.4 และระดับน้อย ร้อยละ 5.7

**สรุปและอภิปรายผล**

จากผลการวิจัยประเมินผลโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลเขาสวนกวางดังกล่าว ผู้วิจัยนำมาอภิปรายผล ตามแนวคิดของ CIPP[3] และ CIPIEST[4] ดังนี้

1. สถานการณ์การเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุของประเทศไทยในปัจจุบัน ซึ่งเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) ทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับ

ผู้สูงอายุทุกภาคส่วน ให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในทุกมิติ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นการลดภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายของครอบครัว ชุมชนและภาครัฐที่ต้องนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ อีกด้านหนึ่งจำเป็นต้องมีกลไกการดูแลผู้สูงอายุ จัดหางานให้ทำตามศักยภาพและภาระรับผิดชอบที่ยังคงมีอยู่ เพื่อลดการพึ่งพาให้มากที่สุด โครงการโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นนโยบายของภาครัฐที่ดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี จากการประเมินผลโครงการดังกล่าว พบว่า เป็นโครงการที่ดี มีความเหมาะสมกับบริบทของสังคมผู้สูงอายุไทย วัดได้จากการประเมินคุณลักษณะที่พึงประสงค์ผ่านเกณฑ์ 4 ด้าน คือ 1) มีความรู้ในการดูแลสุขภาพและสามารถดูแลตนเองได้ 2) ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจ มั่นใจ ความจำและสมาธิดีขึ้น 3) ทางสังคม ทำให้ได้เพื่อน รอยยิ้ม ความสบายใจและร่วมกิจกรรมจิตอาสาได้ 4) ได้รับข่าวสารเป็นประโยชน์ ได้ร่วมกิจกรรมทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น[6]

2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ของโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า ในอนาคตจะมีการร้องของบประมาณและสิ่งสนับสนุนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากในการดำเนินงานโครงการฯในระยะแรกๆ จะพบปัญหาหรือความต้องการสนับสนุนเพื่อพัฒนากิจกรรมให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษา ของกุลวดี กุลสุนทรและโชติ บดีรัฐ[5]ที่พบว่า ปัญหา อุปสรรค และความต้องการของโรงเรียนผู้สูงอายุ คือ ต้องให้หน่วยงานหรือองค์กรภาครัฐต่าง ๆ จัดสรรงบประมาณสนับสนุนในการจัดกิจกรรม ให้มีกิจกรรมนันทนาการ ร้องรำ ทำเพลง การเล่นดนตรี เต้นรำและการแสดง เป็น แหล่งชุมชนพบปะสังสรรค์ของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ พบว่า การสื่อสารภายในระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องมี เพื่อให้เกิดความเข้าใจในรายละเอียดการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ความสำคัญ เนื่องจากบุคลากรและวิทยากรจิตอาสามาจากหลายภาคส่วน[6]

3. ด้านกระบวนการ (Process) กระบวนการจัดการเรียนการสอน และกิจกรรมเสริมหลักสูตรเพื่อสร้างความรู้ นันทนาการ การสร้างรายได้ รวมทั้งการสร้างคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการพัฒนาหลักสูตรยังอยู่ในระดับน้อย อาจจะเนื่องจากรูปแบบของการเรียนของโรงเรียน มีความคล้ายกันกับการเรียนการสอนในระบบปกติของไทย นั่นคือ ครูหรือวิทยากรเป็นผู้จัดการสอน เป็นผู้ให้ อาจจะไม่คุ้นชินกับการจัดการเรียนที่นักเรียนเป็นผู้สูงอาย ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิต หรืออาจจะเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในวัยหนุ่มสาวมาก่อน ดังนั้น การให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญในการจัดหลักสูรการสอนของโรงเรียนผู้สูงอายุ[5]

4. ด้านผลผลิต (Product) โรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า ได้รับความสนใจจากผู้สูงอายุและครอบครัวในระดับมาก ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญกับการเรียนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืน เป็นกิจกรรมประจำชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง[8]

5. ด้านประสิทธิผล (Effectiveness) โรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นโครงการที่มีอัตลักษณ์และความโดดเด่นอันเกิดจากตัวผู้เรียนและชุมชน ดังนั้น จึงควรส่งเสริมและสนับสนุนให้โรงเรียนผู้สูงอายุแต่ละแห่งสร้างอัตลักษณ์และจุดเด่นของตนเองและมีการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง[8]

6. ด้านความพึงพอใจ (Satisfaction) เป็นการประเมินผลโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุที่วัดจากผู้เรียน ดังนั้น การขยายผลการดำเนินงานโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญกับตัวผู้เรียนเป็นหลักจะทำให้โรงเรียนผู้สูงอายุประสบผลสำเร็จได้อย่างดียิ่ง[8]

**ข้อเสนอแนะจากการวิจัย**

1. ผู้สูงอายุควรมีส่วนร่วมในการจัดทำหลักสูตรการเรียนการสอนของโรงเรียนผู้สูงอายุ

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนงบประมาณโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุทุกปี เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2560). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ.2565. สืบค้นเมื่อ 15 กันยายน 2566, จาก https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=12&id=2521
2. เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง.(2566).แผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ 2566.
3. Stufflebeam, D. & Shinkfield, A. (2007). Evaluation Models, Theories, and Applications. San Francisco, CA: Jossey Bass/John Wiley & Sons.
4. Stufflebeam, D., Gullickson, L.A. & Wingate L. (2002). The Spirit of Consuelo: An Evaluation of Ke Aka Ho'ona. Kalamazoo: Western Michigan University Evaluation Center.
5. กุลวดี กุลสุนทรและ โชติ บดีรัฐ. (2565).แนวทางการพัฒนาการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลลาดแค อำเภอชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์. Journal of Roi Kaensarn Academi. ปีที่ 7 ฉบับที่ 7 ประจำเดือนกรกฎาคม 2565.
6. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2560). คู่มือการดำเนินงานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 17 เมษายน 2566, จาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/knowledge_th_20163105151142_1.pdf
7. กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2560). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ.2565. สืบค้นเมื่อ 15 กันยายน 2566, จาก https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=12&id=2521
8. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2554). การใช้แบบจำลอง CIPP ในการประเมินการรับเบี้ยเลี้ยงยังชีพของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาเทศบาลนครนนทบุรี. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
9.ศิริชัย กาญจนวาสี. (2545). ทฤษฎีการประเมิน. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
10. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. (2560). สถิติประชากรและบ้าน-จำนวนประชากรแยกรายอายุ. สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2561, จาก http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age.ph

# การพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อกระจกระยะสุกงอมร่วมกับมีภาวะความดันลูกตาสูง: กรณีศึกษา 2 ราย

# Nursing care of patients with mature cataracts and high intraocular pressure.

(Received: April 22,2024 ; Revised: April 28,2024 ; Accepted: April 29,2024)

**นุชนาฎ ทิมสูงเนิน**[1]
**Nuchanart Timsungnoen**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อกระจกระยะสุกงอมร่วมกับมีภาวะความดันลูกตาสูง เป็นการศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย มีการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา: การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อกระจกระยะสุกงอมร่วมกับมีภาวะความดันลูกตาสูง (Phacolytic glaucoma) กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 70 ปี มาด้วยอาการ ปวดตาซ้าย 1 สัปดาห์การมองเห็นตาซ้าย VA HM (Hand movment) ความดันลูกตา(IOP) 32 mmHg Conjunctiveal injection, Anterior chamber deep, Lens mature แพทย์วินิจฉัยเป็น Phacolytic glaucoma LE ได้รับยาลดความดันลูกตาและลดอักเสบ ติดตามอาการต่อเนื่อง ความดันลูกตาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ประวัติโรคประจำตัว มี CKD DM ได้รับผ่าตัดต้อกระจก ในวันที่ 7 กรกฎาคม 2566 หลังผ่าตัดมองเห็นมัวแต่ดีขึ้นกว่าเดิม ติดตามอาการต่อเนื่อง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 56 ปี มาด้วยอาการ ตาแดงปวดตาข้างขวาก่อนมาโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ การมองเห็นตาขวา VA=PL (perception of light) ความดันลูกตา(IOP) 42 mmHg Conjunctiveal injection, Anterior chamber พบ Cell 3+ A/c deep, Lens mature แพทย์วินิจฉัยเป็น Phacolytic glaucoma RE ได้รับยาลดความดันลูกตาและลดอักเสบ ติดตามอาการต่อเนื่อง ความดันลูกตาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกเปลี่ยนใส่เลนส์เทียม 13 พฤศจิกายน 2566 หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ มีตามัวมากขึ้น ตามัวข้างขวาเนื่องจาก หยอดตาไม่ตรงเวลา ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีโรคเหมือนกัน การรักษาเหมือนกัน ต่างกันที่อายุและพยาธิสภาพของตาไม่เหมือนกันรายที่ 1 ข้างซ้าย รายที่ 2 ข้างขวา

**คำสำคัญ:** การพยาบาล,โรคต้อกระจกระยะสุกงอม, ภาวะความดันลูกตาสูง

**Abstract**

This study is a case study. The objective is to study the use of nursing procedures for patients with mature cataracts and high intraocular pressure. This is a comparative study of 2 cases, specifically selected. By collecting information from illness history Nursing diagnosis is established. Using the concept of patient assessment according to Gordon's 11 health models. To find patient problems Define nursing diagnosis to plan nursing action according to nursing diagnosis. Summarize and evaluate nursing results.

Results: In this study, the researcher compared case studies of two patients diagnosed with mature cataracts combined with high intraocular pressure (Phacolytic glaucoma). Case study 1, Thai female patient. Age 70 years, presented with symptoms of left eye pain for 1 week, intraocular pressure 32 mmHg, history of congenital disease, CKD, DM, PU, COPD, received cataract surgery on July 7, 2023, after surgery, vision was blurred but improved than before. Continuously monitor symptoms Case study of a Thai female patient aged 56 years

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

who presented with red eyes on the right side 1 week before coming to the hospital but had blurred vision on the right side for 1 year. She had cataract surgery and replaced with an artificial lens on November 13, 2023. 2 weeks after surgery, her eyes were very blurred. climb Blurred vision on the right side due to The eye drops were not instilled on time. Both patients had the same disease. The treatment is the same. The difference is that the age and pathology of the eyes are different. Case 1 is on the left, case 2 is on the right.
**Keywords:** nursing, mature cataract, high intraocular pressure

**บทนำ**

โรคต้อกระจก เป็นโรคทางจักษุที่เป็นสาเหตุสำคัญ ทำให้เกิดภาวะตาบอดหรือสายตาเลือนราง[4] โรคต้อกระจกเป็นโรคทางจักษุที่เป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดภาวะตาบอดหรือสายตาเลือนรางทั่วโลก องค์การการผ่าตัดต้อกระจกคือการเอาเลนส์แก้วตาที่ขุ่นออกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าแทนที่ซึ่งการผ่าตัดได้ผลดี ทำให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นดีขึ้น ความสำคัญ คือหากเป็นต้อกระจกและไม่ได้รับการตรวจรักษา ปล่อยทิ้งไว้จนเลนส์แก้วตาสุกเกินไป จนเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นต้อหินเรียกว่า Phacolytic glaucoma ซึ่งเป็นภาวะที่เลนส์แก้วตาที่ขุ่นขาวและสุกงอมมาก ถือว่าเป็นภาวะความเร่งด่วนทางจักษุวิทยา[8] ผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาล ด้วยอาการปวดตา ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน การมองเห็นลดลง การรักษาจึงต้องมีความรวดเร็ว โดยมีเป้าหมาย คือ การรักษาลดความดันในลูกตาไม่ให้ Optic nerve ถูกทำลายจากความดันในลูกตาที่สูงขึ้นถ้าไม่สามารถแก้ไขให้กลับไปสู่สภาพปกติได้[8] จะทำให้เกิดภาวะตาบอดสนิทซึ่งจะเป็นปัญหาต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โรคต้อกระจกที่เกิดจากเลนส์แก้วตาเสื่อมตามอายุ สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดเอาเลนส์แก้วตาที่ขุ่นออกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าแทนที่เท่านั้น [7] โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความดันในลูกตาป้องกัน Optic nerve ถูกทำลาย หากไม่สามารถแก้ไขให้กลับสู่สภาพปกติได้ จะทำให้เกิดภาวะตาบอดสนิท และเกิดผลกระทบซึ่งจะเป็นปัญหาต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ[4] หรือหากไม่ได้รับการตรวจรักษาหรือรักษาไม่ทันเวลาปล่อยทิ้งไว้จนเลนส์แก้วตาขุ่นขาวและสุกงอมเกินไปจะทำให้สูญเสียการมองเห็นได้[11]

สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจสถานการณ์โรคตา ระหว่างปี พ.ศ. 2558–2560 พบว่า มีผู้ป่วยตาบอด ร้อยละ 0.59 สายตาเลือนราง ร้อยละ 1.57 โดยมีสาเหตุมาจาก ต้อกระจก ต้อหิน ภาวะตาบอดในเด็ก ภาวะเบาหวานขึ้นจอตา และกระจกตาขุ่น ซึ่งจากสาเหตุทั้งหมด “ต้อกระจก” เป็นสาเหตุที่พบมากที่สุด WHO ได้กำหนดวิสัยทัศน์: Right to Sigh by the Year 2020 ตั้งเป้าลดความความชุกตาบอดให้ต่ำกว่าร้อยละ 0.5 สถานการณ์ประเทศไทยมีความชุกตาบอด 0.59% โดยมีสาเหตุอันดับ 1 จากต้อกระจก ร้อยละ 51.6[7]

จากสถิติของผู้ป่วยที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลขอนแก่น 3 ปี ย้อนหลังพบว่าจำนวนผู้ป่วยต้อกระจกปี 2564 - 2566 จำนวน 8,633 ราย, 7,472 ราย, 10,911 ราย ตามลำดับ และมีผู้ป่วยที่เป็นต้อกระจกระยะสุกงอมมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่นปี 2564 - 2566 จำนวน 965 ราย, 838 ราย, 847 รายตามลำดับ และการผ่าต้อกระจก ปี 2564 - 2566 จำนวน 2410 ราย, 2422 ราย, 2968 รายลำดับ[12] จากสถิติพบว่าจำนวนคนที่ได้รับการผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 27.91,32.41และ 27.20 พบว่าสัดส่วนมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ปล่อยจนเข้าสู่ระยะสุกงอม ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ยังไม่ได้รับการตรวจรักษาเนื่องจากตาอีกข้างยังมองเห็นดีอยู่เมื่อปล่อยทิ้งไว้เป็นเวลานาน จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนความดันในลูกตาสูงเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจึงมาโรงพยาบาลด้วย

อาการปวดตามาก พยาบาลจึงมีบทบาทหน้าที่ ที่สำคัญในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยตรวจรักษาพิเศษด้านจักษุขั้นสูงตามมาตรฐานวิชาชีพ ของงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษด้านจักษุตั้งแต่ระยะการจัดเตรียม ผู้ป่วยทั้งทางร่างการและจิตใจให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนตรวจ ระยะขณะตรวจรักษาและระยะหลังตรวจ และแก้ไขปัญหาด้วยความรอบคอบ เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมายของงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ ครอบคลุมทั้งการส่งเสริม การป้องกัน การดูแลรักษาและฟื้นฟูที่ห้องตรวจตาพยาบาลจึงต้องใช้ความรู้ความสามารถทักษะเฉพาะด้าน การให้ข้อมูลและการสื่อสาร เพื่อดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน มีการมองเห็นดีขึ้น ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว[9]

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อกระจกระยะสุกงอมร่วมกับมีภาวะความดันลูกตาสูง

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษากรณีศึกษา(Case study) เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน2 รายในผู้ป่วยผู้ป่วยโรคต้อกระจกระยะสุกงอมร่วมกับมีภาวะความดันลูกตาสูง ที่รักษาที่เข้ารับการรักษา ห้องตรวจพิเศษทางจักษุ โรงพยาบาลขอนแก่นและได้รับการวินิจฉัยว่าโรคต้อกระจกระยะสุกงอมร่วมกับมีภาวะความดันลูกตาสูง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบประเมินแบบภาวะสุขภาพ ตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนนำสู่การใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ในการศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติการเจ็บป่วย การรักษา เวชระเบียน สัมภาษณ์ และประเมินภาวะสุขภาพ วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่พฤษภาคม 2566 - พฤศจิกายน พ.ศ.2566

**ผลการศึกษา**

1.การประเมินภาวะสุขภาพนำเสนอโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่1.1) ข้อมูลทั่วไปการเจ็บป่วย 1.2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ 1.3) ข้อมูลการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

1.1) ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลทั่วไปพบว่าสถานภาพ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่มีความแตกต่างกันทั้ง 2 กรณีศึกษาโดยกรณีศึกษาที่ 1 มีอายุมากกว่ากรณีศึกษาที่ 2 กรณีศึกษาที่ 1 จบระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3ส่วนกรณีศึกษาที่ 2จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่6 ส่วนอาชีพพบว่าเป็นผู้สูงอายุ และแม้บ้าน อาศัยอยู่อำเภอภูเวียงและอาศัยในอำเภอเมือง จ.ขอนแก่น อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน โดยกรณีศึกษาที่ 1 มาด้วยอาการปวดตาซ้าย 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ความดันลูกตา 32 mmHg ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 อาการ ตาแดงด้านขวาก่อนมาโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ วัดความดันลูกตา 42 mmHg ประวัติการแพ้ยา กรณีศึกษาที่1 ประวัติการแพ้ยา (IPD Supreme) carbamazepine: MP rash with angioedema การเจ็บป่วยในครอบครัว ปฏิเสธ Risk factorกรณีศึกษารายที่ 1ผู้สูงอายุและมีโรคเหวานกรณีศึกษารายที่ 2ผู้ป่วยเป็นตาแดง การวินิจฉัยโรคทั้ง 2 ราย Phacolytic glaucoma รายที่ 1 ข้างซ้ายรายที่2 ข้างขวา

1.2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษทางจักษุ พบว่าแนวทางการผู้ป่วยโรคต้อกระจกระยะสุกงอมร่วมกับมีภาวะความดันลูกตาสูง แผนการรักษาผู้ป่วยทั้ง 2

รายนี้สอดคล้องกับทฤษฎีโรค ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน

1.3) ข้อมูลการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผน จากการรวบรวมข้อมูลประเมินปัญหาผู้ศึกษาโดยการประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** สรุปปัญหาสุขภาพตามการประเมินตามแบบแผนสุขภาพที่ 11ของกอร์ดอน

| แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน | ผู้ป่วยรายที่ 1 | ผู้ป่วยรายที่ 2 |
|---|---|---|
| แบบแผนสุขภาพที่ 1 : การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ | ผู้ป่วยรับรู้และทราบอาการเจ็บป่วยของตน | ผู้ป่วยและครอบครัวทราบอาการเจ็บป่วย และพร้อมที่จะเข้ารับการรักษา |
| แบบแผนสุขภาพที่ 2 : โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร | กินอาการตามที่ครอบครัวหามาและขณะอยู่ รพ ไม่มีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร | ไม่มีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร |
| แบบแผนสุขภาพที่ 3 : การขับถ่ายของเสีย | การขับถ่ายปกติ | การขับถ่ายปกติ |
| แบบแผนสุขภาพที่ 4 :การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม | การออกกำลังกายข้อนค่างจะจำกัดเนื่องจากตาพร่ามัว | การออกกำลังกายข้อนค่างจะจำกัดเนื่องจากตาพร่ามัวประกอบกับเป็นผู้สูงอายุ ทำงานบ้านบางอย่างที่ทำได้ |
| แบบแผนสุขภาพที่ 5 : การพักผ่อนและการนอนหลับ | นอนหลับได้ปกติ | นอนหลับได้ปกติ |
| แบบแผนสุขภาพที่ 6 : การรับรู้สติปัญญาและความน่าเชื่อถือ | ไม่พบปัญหา | ไม่พบปัญหา |
| แบบแผนสุขภาพที่ 7 :การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ | รับรู้เรื่องแผนการรักษา | รับรู้เรื่องแผนการรักษา |
| แบบแผนสุขภาพที่ 8 :บทบาทและความสัมพันธภาพในครอบครัว | มีญาติมาเยี่ยมเป็นบางครั้ง | ครอบครัวให้การดูแล |
| แบบแผนสุขภาพที่ 9 : เพศและการเจริญพันธุ์ | ไม่พบปัญหา | ไม่พบปัญหา |
| แบบแผนสุขภาพที่ 10 : การเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด | มีวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องตา กลัวตามองไม่เห็น | กังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด กลัวมองไม่เห็น |
| แบบแผนสุขภาพที่ 11 : คุณค่าและความเชื่อ | ไม่พบปัญหา | ไม่พบปัญหา |

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีแบบแผนสุขภาพเปลี่ยนแปลงและมีปัญหาเกิดขึ้น พบจำนวน 3 แบบแผน ได้แก่ แบบแผนสุขภาพที่ 2 : โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร แบบแผนสุขภาพที่ 4 :การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม แบบแผนสุขภาพที่ 10 : การเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด

**2. ข้อการวินิจฉัยทางการพยาบาล**

นำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย นำมาวางแผนการพยาบาล ตามหลักของกระบวนการพยาบาล โดยจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาลครอบคลุมองค์รวม ออกเป็น 3ระยะตั้งแต่ ระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ หลังตรวจตรวจ วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยได้รับการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษา มีความไว้วางใจร่วมมือให้การรักษาตามแผนการรักษา สามารถเขียนตามกระบวนการพยาบาล เพื่อสังเคราะห์บทเรียนนำไปสู่การหาแนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง ดังตารางที่ 2

**ตาราง 2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล**

| การวินิจฉัยทางกาพยาบาล | กรณีศึกษารายที่ 1 | กรณีศึกษารายที่ 2 |
|---|---|---|
| ระยะก่อนตรวจ | 1.อาจเกิดอุบัติเหตุได้เนื่องจากตาพร่ามัว<br>2. ปวดตาข้างซ้ายเนื่องภาวะความดันลูกตาสูง | 1.อาจเกิดอุบัติเหตุได้เนื่องจากตาพร่ามัว<br>2.ปวดตาข้างขวาเนื่องภาวะความดันลูกตาสูง |
| ระยะตรวจ | 1. มีโอกาสภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดสูง<br>2. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด<br>3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันลูกตาสูง เลือดออกช่องหน้าม่านตา | 1.ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด<br>2.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันลูกตาสูง เลือดออกช่องหน้าม่านตา |
| ระยะหลังตรวจ | 1. ภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัดผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน | 1.ภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัดผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน |

จากตารางที่ 2 พบว่ากรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน จึงสามารถนำมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

**3. การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล**

การพยาบาลพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อกระจกระยะสุกงอมร่วมกับมีภาวะความดันลูกตาสูง สรุปการพยาบาลได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ หลังตรวจ โดยการพยาบาลได้เรียงลำดับการปฏิบัติการพยาบาลได้ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาล**

| การวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| 1.ระยะก่อนตรวจ | ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ≤ 200mg % ระดับความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 90/60 –140/90 mm.Hg. . ตรวจสอบกำลังเลนส์แก้วตาเทียม (Power IOL) พร้อมตรวจสอบค่าต่าง ๆ ตามมาตรฐาน จัดอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เป็นระเบียบ สิ่งของที่จำเป็นวางไว้ให้สะดวกต่อการหยิบใช้ ยกราวกั้นเตียงขึ้นทั้งสองข้าง และล็อคล้อเตียงไว้ตลอด แนะนำการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ให้ญาติเฝ้าตลอดเวลา และให้พาเดินไปห้องน้ำ ไม่เร่งรีบผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันแนะนำให้เคลื่อนไหว ลุกนั่ง เดิน ช้า ๆ อย่างระมัดระวังรักษาพื้นให้สะอาด ไม่เปียก แนะนำใช้รองเท้าที่ไม่ลื่น ประเมินระดับความวิตกกังวลและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล โดยการพูดคุยซักถามและสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยแนะนำการจัดการความเครียด เช่น การฝึกลมหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การทำสมาธิ และการสวดมนต์ตามวิถีพุทธศาสนา |
| 2. ระยะขณะตรวจ | แนะนำวิธีการทำความสะอาดใบหน้าโดยไม่ให้น้ำเข้าตาข้างที่ผ่าตัด ให้การปฏิบัติตามพยาบาลทุกขั้นตอนด้วยวิธีปลอดเชื้อ ล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง แนะนำผู้ป่วยให้สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดได้ เช่น ปวดตาอย่างรุนแรง กินยาแก้ปวดแล้วไม่ดีขึ้น มีอาการน้ำตาไหลมากผิดปกติ เช็ดตา sterile ดูแลให้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา อธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอันตรายจากการติดเชื้อเพราะการติดเชื้อที่รุนแรงควบคุมไม่ได้ อาจทำให้ตาบอดได้<br>จัดท่านอนให้ผู้ป่วยไม่นอนทับตาข้างที่ผ่าตัด ให้นอนราบ 12 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงการไอหรือจามแรงๆ การก้มศีรษะต่ำกว่าเอว เพราะจะเพิ่มแรงดันมากขึ้น แนะนำหลีกเลี่ยงการออก |

**ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาล**

| การวินิจฉัยทางการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | แรงมาก ๆ ในการเบ่งถ่ายอุจจาระ การส่ายหน้ามาก ๆ แรง ๆ ขณะแปรงฟัน กรณีความดันลูกตาสูง ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการรบกวน เช่น อาการปวดตา ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ให้ยาลดความดันลูกตาตามแผนการรักษา |
| 3.ระยะหลังตรวจและการดูแลต่อเนื่อง | จัดท่านอนให้ผู้ป่วยไม่นอนทับตาข้างที่ผ่าตัด ให้นอนราบ 12 ชั่วโมง<br>หลีกเลี่ยงการไอหรือจามแรงๆ การก้มศีรษะต่ำกว่าเอว เพราะจะเพิ่มแรงดันมากขึ้น แนะนำหลีกเลี่ยงการออกแรงมาก ๆ ในการเบ่งถ่ายอุจจาระ การส่ายหน้ามาก ๆ แรง ๆ ขณะแปรงฟัน หลังการผ่าตัด 2 เดือนแรก ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่หักโหม เช่น การกระโดด และไม่ควรยกของหนักเกิน 5 กิโลกรัม หรือทำงานหนักที่อาจกระทบกระเทือนถึงตาได้ เช่น ขุดดิน ซักผ้า ตำน้ำพริก เป็นต้น อธิบายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับจอตาหลุดลอกที่อาจเกิดได้ การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีอาการคล้ายฟ้าแลบ ฟ้าผ่า<br>อธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด เช่น การนอนหงายราบ 24 ชั่วโมงแรก หลีกเลี่ยงการไอ การจามแรงๆ ระมัดระวังการส่ายหน้าแรงๆ แนะนำและเน้นย้ำให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญในการใช้การผ้าปิดตาและโล่ครอบตาเพื่อป้องกันการกระแทกโดยตรง แนะนำการควบคุมโรคประจำตัว ทั้งเบาหวาน ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เช่นระดับน้ำตาลในเลือด 70-110 mg % .ประเมินความพร้อมในการปฏิบัติตัวและทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล สภาพแวดล้อมที่บ้าน สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ การขอความช่วยเหลือแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเช็ดตา การหยอดยา ก่อนหยอดยา ควรล้างมือฟอกสบู่ให้สะอาดทุกครั้ง และเช็ดมือให้แห้ง หยอดยาวันละ 4 ครั้ง ตามเวลา และเก็บยาไว้ในตู้เย็น ยามี 2 ขวด หยอด ยาขวดที่ 1 หยด อีก 10 นาที หยอดยาขวดที่ 2 อีก 1 หยด แล้วให้ผู้ป่วยหลับตา ปิดฝาครอบตา<br>แนะนำการดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวัน อาบน้ำ โดยไม่ให้น้ำเข้าตา โดยการตักอาบแทนการใช้ฝักบัว สอนญาติในการสระผมให้กับผู้ป่วย โดยนอนหงายสระ ผมเหมือนร้านเสริมสวย เพื่อป้องกันน้ำเข้าตา สระเบาๆ<br>ห้ามขยี้แรง เวลานอนให้ปิดตาด้วยที่ครอบตาพลาสติกเป็นประจำ<br>เพื่อป้องกันการเผลอขยี้ตาขณะหลับ ห้ามเบ่งถ่ายอุจจาระเพราะจะทำให้แรงดันขึ้นศีรษะ ทำให้ปวดตาและเลือดออกในตาได้ อย่าให้ท้องผูกถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ปวดตามาก ตาแดง ขี้ตามาก<br>ตามัวลงกว่าเดิม ต้องมาพบจักษุแพทย์ก่อนวันนัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งศักยภาพในการดูแลตนเองได้อย่างอิสระไม่พึ่งพาผู้อื่นเท่าที |

**4. การประเมิลผลการพยาบาล**

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อกระจกระยะสุกงอมร่วมกับมีภาวะความดันลูกตาสูง (Phacolytic glaucoma) กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 70 ปี มาด้วยอาการ ปวดตาซ้าย 1 สัปดาห์การมองเห็นตาซ้าย VA HM (Hand movment) ความดันลูกตา(IOP) 32 mmHg Conjunctival injection, Anterior chamber deep, Lens mature แพทย์วินิจฉัยเป็น Phacolytic glaucoma LE ได้รับยาลดความดันลูกตาและลดอักเสบ ติดตามอาการต่อเนื่อง ความดันลูกตาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ประวัติโรคประจำตัว มี CKD DM ได้รับผ่าตัดต้อกระจก ในวันที่ 7 กรกฎาคม 2566 ผ่าตัด Phacoemulsification with intraocular lens LE หลังผ่าตัดมองเห็นมัวแต่ดีขึ้นกว่าเดิม ติดตามอาการต่อเนื่อง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 56 ปี มาด้วยอาการ ตาแดงปวดตาข้าง

ขวาก่อนมาโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ การมองเห็นตาขวา VA=PL (perception of light) ความดันลูกตา ( IOP) 42 mmHg Conjunctival injection, Anterior chamber พบ Cell 3+ A/c deep, Lens mature แพทย์วินิจฉัยเป็น Phacolytic glaucoma RE ได้รับยาลดความดันลูกตาและลดอักเสบ ติดตามอาการต่อเนื่อง ความดันลูกตาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกเปลี่ยนใส่เลนส์เทียม 13 พฤศจิกายน 2566 ผ่าตัด Extracapsular cataract Extraction c intraocular lens RE หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ มีตามัวมากขึ้น ตามัวข้างขวาเนื่องจากหยอดตาไม่ตรงเวลา ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีโรคเหมือนกัน การรักษาเหมือนกัน ต่างกันที่อายุและพยาธิสภาพของตาไม่เหมือนกันรายที่ 1 ข้างซ้าย รายที่ 2 ข้างขวา พยาบาลต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เรื่องความสะอาด การเช็ดตาหยอดยาอย่างถูกวิธีและหยอดยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดตลอดจนการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ทันที รวมถึงเน้นย้ำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างและการมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้งผลการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนการมองเห็นชัดขึ้น ได้รับการพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลโรคต้อกระจกระยะสุกงอมร่วมกับมีภาวะความดันลูกตาสูง ซึ่งการพยาบาลโรคต้อกระจกระยะสุกงอมร่วมกับมีภาวะความดันลูกตาสูง ต้องให้ด้วยความระมัดระวัง ตั้งแต่การประเมิน การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล เป้าหมายของการศึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับการรักษาตามแผนการรักษา ซึ่งการศึกษาทั้ง 2 ราย ต้องมีการเฝ้าระวัง ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว พร้อมให้การบำบัดแก้ไขปัญหาฉุกเฉิน เมื่อให้การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการเกิดความดันในลูกตา โดยเฉพาะการติดเชื้อติดในลูกตา เนื่องจากผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1เป็นโรคเบาหวานอาจติดเชื้อได้ง่าย พยาบาลต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เน้นเรื่องความสะอาด สอนการเช็ดตา หยอดยาอย่างถูกวิธี และหยอดยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดตลอดจนการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ทันที รวมถึงเน้นย้ำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและการมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง ผลการดูแลผู้ป่วยรายนี้ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ดังนั้นบทบาทพยาบาลต้องประเมินสภาพปัญหา วางแผนดูแลต่อเนื่องและให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ มีการจัดระบบการดูแลต่อเนื่องและติดตามอาการ พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น โดยลำดับประเด็นสรุปจะเห็นว่าพยาบาล สามารถช่วยลดความพิการและลดภาวะแทรกซ้อน ช่วยให้ผู้ป่วยได้กลับคืนสภาพและดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม

**สรุปและอภิปรายผล**

กรณีศึกษาที่ 1 อาจเกิดอุบัติเหตุได้เนื่องจากตาพร่ามัว ปวดตาข้างซ้ายเนื่องภาวะความดันลูกตาสูง มีโอกาสภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดสูง ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันลูกตาสูงเลือดออกช่องหน้าม่านตา ภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัดผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน กรณีศึกษาที่ 2 อาจเกิดอุบัติเหตุได้เนื่องจากตาพร่ามัว ปวดตาข้างขวา เนื่องภาวะความดันลูกตาสูง มีโอกาสภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดสูง ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันลูกตาสูง เลือดออกช่องหน้าม่านตา ภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัดผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน[3,7,9]

**ปัญหาและอุปสรรค**

1. ด้านผู้ป่วย ในกรณีศึกษาผู้ป่วยเป็นโรคต้อกระจกหากไม่ได้รับการรักษาปล่อยทิ้งไว้เป็นเวลานานหลายปี ต้อกระจกจะเริ่มสุกและสุกงอมมากขึ้นจนแข็ง กลายเป็นโรคต้อหินในที่สุด ซึ่งเมื่อเป็นโรคต้อหิน แล้วจะทำให้การรักษายากเนื่องจากมีขั้นตอนการรักษาที่ซับซ้อนมาก และมีโอกาสทำให้ตาบอดได้ต้องสื่อสารและให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้ป่วย

2. ด้านผู้ดูแล ขาดศักยภาพหรือมีศักยภาพไม่เพียงพอ เช่น ขาดความมั่นใจในการดูแลและหยอดตาให้แก่ผู้สูงอายุ ทำให้หยอดตาไม่สม่ำเสมอ และมีภาวะแทรกซ้อนตามมา

3. ด้านบุคลากร เนื่องจากภาวะงานมีค่อยข้างเยอะ จำนวนผู้ป่วยเข้ามารับบริการเป็นจำนวนมาก การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดผู้ป่วยโรคต้อกระจกระยะสุกงอม อาจไม่ทั่วถึงจึงต้องได้รับการจัดการรายกรณีสมรรถนะในการประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุมและมีการวางแผนการรักษาพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาความต้องการที่เชื่อมโยงกับพยาธิสภาพของผู้ป่วยแบบองค์รวม

4. การดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านสู่ชุมชน ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายอย่าง เช่น ภาวะเลือดออก (suprachoroidal hemorrhage) การติดเชื้อ ศูนย์กลางจอประสาทตาบวม จอประสาทตาหลุดลอก และเลนส์แก้วตาเทียมหลุดหรือเบาหวานขึ้นจอประสาทตาทำให้ตาบอด ความบกพร่องในการมองเห็นของผู้ป่วย ส่งผลให้มีความลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตัวเอง เป็นภาระลูกหลาน และอาจกระทบกับการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพของบุคคลในครอบครัว ทำให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจ ทั้งนี้ ยังส่งผลต่อผู้ที่อยู่ภายใต้การดูแลของผู้ป่วยโดยตรงเพราะทำให้ขาดผู้ดูแลหรือผู้ดูแลไม่สามารถดูแลได้อย่างเต็มที่

## ข้อเสนอแนะ

1. ใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อกระจกระยะสุกงอมร่วมกับมีภาวะความดันลูกตาสูง

2.ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะแก่พยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อกระจกระยะสุกงอมร่วมกับมีภาวะความดันลูกตาสูง ทั้งในการฝึกอบรมและประเมินสมรรถนะวิชาชีพ

3. ใช้ในการพัฒนาแนวทางการนิเทศทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยผู้ป่วยโรคต้อกระจกระยะสุกงอมร่วมกับมีภาวะความดันลูกตาสูง

## เอกสารอ้างอิง

1. กนกพร อริยภูวงศ์, ศุภพร ไพรอุดม, ทานตะวัน สลิ่วงศ์. (2562)ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลสุโขทัย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี: 2(3):17-30.
2. งามจิตต์ เกษตรสุวรรณ. (2556). โรคของแก้วตา ตำราจักษุวิทยา สำหรับนิสิตแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติ
3. ผกามาศ ศรีหะชัย.(2559) ผลการผ่าตัดต้อกระจกแผลเล็กสำหรับต้อชนิดสุกงอม ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์.วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า; 33(2): 129-137.
4 รังสรรค์ คีละลาย, ประเสริฐ ประสมรักษ์.(2560) ผลของรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองในชุมชนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนากอก อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร. วารสารการพัฒนาสุขภาพ-ชุมชน มหาวิทยาลัยชอนแก่น;5(2):241-58.
5. วันดี โภคะกุล. (2565). โรคตาในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

6. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ.(2010) หนังสือตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2: ต้อกระจก (cataract). กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน;
7. ผกามาศ ศรีหะชัย. (2559). ผลการผ่าตัดต้อกระจกแผลเล็กสำหรับต้อชนิดสุกงอม ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบพระปกเกล้า, 33(2), 129–37.
8. อมราภรณ์ ลาภชูรัต.(2561) ผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต่อความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11;32(3):1099-112.
9. Balan R, Raju KV. (2012). A Comparative Study of Endothelial Cell Loss In Small Incision Cataract Surgery and Phacoemulsification. Kerala J Ophthalmol. 24, 63-5.
10. โรงพยาบาลขอนแก่น. รายงานสถิติประจำปี2566.งานเวชระเบียน โรงพยาบาลขอนแก่น ; 2566

# การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานี

# A Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Mastectomy Patient at Female Surgery Department Udonthani Hospital.

(Received: April 10,2024 ; Revised: April 27,2024 ; Accepted: April 28,2024)

**สกาวเดือน มงคลสุคนธรัก[1] อมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล[2] อาภา ศรีสร้อย[3]**
**Sakaowduean Mongkolsukontharak[1] Amonrat Akarasetthasakul[2] Apa Srisoi[3]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานี และศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 20 คน เครื่องมือใช้แบบประเมินคุณภาพทางคลินิก Agree II และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมของพยาบาลวิชาชีพ มีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.83 ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.7 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม 2565 ถึงเดือนสิงหาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุ 26-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.00 และกลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยที่สุด 23 ปี อายุมากที่สุด 45 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 29 ปี สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 100 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.00 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมไปใช้ พบว่า ในภาพรวมมีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ร้อยละ 77.86 หมวดที่มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้มากที่สุดคือ หมวดที่ 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ ร้อยละ 80.71 หมวดที่มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้น้อยที่สุดคือ หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร้อยละ 79.29 ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมในการดูแลผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการพนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.34 ,S.D. = 0.50) จำแนกเป็นรายด้าน พบว่า มีความพึงพอใจมากที่สุดคือด้านความเหมาะสมและคุ้มค่าต่อหน่วยงานอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =4.45, S.D. = 0.51) มีความพึงพอใจน้อยที่สุดคือด้านคุณภาพอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.20 ,S.D. = 0.52)

**คำสำคัญ** แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม, ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

**Abstract**

This action research was aimed at developing nursing practices, breast surgical patients, women's surgery department Udonthani hospital, and the satisfaction of nurses, surgeon-specific patients in patient care. The sample group is a professional nurse who works in a women's surgery department, 20 people. The Agree II clinical quality assessment tool and satisfaction questionnaire with the practice of professional nurses. The content is validity to 0.83, realiability is 0.7. Data collected between March 2565 and August 2565 are analyzed using frequency, percentage, average, standard deviation.

The research results found that, the total sample group was female (100%), they were 26-30 years old(45%), The youngest sample was 23 years old, the oldest was 45 years old, and the average age was 29.The

[1] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี Corresponding author
[2] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
[3] โรงพยาบาลอุดรธานี

duration of the operation was between 1-5 years(45%). Probability of implementing nursing practices. It was found that, overall, there was a likelihood of introducing nurse practices into practice(77.86%) of the categories with the most probability of applying nurse practice were category 4(80.71%). The category with the least probability of applying nursing practices was category 2. The participation of the participant was disadvantaged(79.29%).The satisfaction of the nurses, the practitioners with the care of the patient was found to be very satisfactory with the introduction of nurser practices to the patient's care in the overall picture. ($\bar{X}$=4.34,S.D. = 0.50) .Classified as side-specific. Found that the most satisfactory side was the appropriateness and value to the agency at a very high level ($\bar{X}$=4.45, S.D. = 0.51) The least satisfaction is in terms of quality($\bar{X}$=4.20, S.D. = 0.52)

**Keyword:** Clinical Nursing Practice Guideline for Mastectomy, Patient with breast cancer

**บทนำ**

ตั้งแต่ปี พ.ศ.2557-2561 จำนวนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่เพิ่มขึ้น อาจเนื่องจากมีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นด้วย ค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของอายุตอนที่ได้รับการวินิจฉัย เท่ากับ 54-56 ปี และร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยเมื่ออายุน้อยกว่า 40 ปี เท่ากับ 9.7-11.8 เมื่อเทียบกับมะเร็งเต้านมทั้งหมด อุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้หญิงอายุมากกว่า 40 ปี และอุบัติการณ์จะลดลงถ้าผู้หญิงอายุ 70-80 ปี แต่ไม่ได้หมายความว่าเมื่อผู้หญิงมีอายุเกิน 80 ปี ไปแล้วจะไม่มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านม การรักษามะเร็งเต้านมมีแบบหลากหลาย ประกอบด้วย การผ่าตัด การฉายรังสีรักษา การให้ยาเคมีบำบัดเสริม การใช้ยาต้านฮอร์โมน และการใช้ยารักษามุ่งเป้า ในช่วง 5 ปีที่ทำการศึกษาข้อมูลพบว่า ร้อยละ 33 ของผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างเดียว ร้อยละ 22 ได้รับการผ่าตัด การฉายรังสีรักษา และการให้ยาเคมีบำบัด เมื่อวิเคราะห์ชนิดของการรักษาตามระยะของโรคมะเร็ง พบว่า มะเร็งเต้านมในระยะที่ 0 จะได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างเดียว และการผ่าตัดตามด้วยการฉายรังสีรักษาเป็นหลัก แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่สูงขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาโดยการใช้หลายๆ วิธีร่วมกัน[1]

ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดโดยเฉพาะในรายที่ผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ หลังผ่าตัดอาจมีอาการเจ็บบริเวณแผล หลายรายจึงไม่พยายามยกแขน และบางรายอาจเกิดแผลเป็นดึงรั้งที่รักแร้ ซึ่งจะทำให้เกิดข้อไหล่ติด ท้ายที่สุดผู้ป่วยจะยกแขนขึ้นได้ไม่เต็มที่หรือบางรายอาจยกแขนไม่ได้เลย การป้องกันการเกิดข้อไหล่ติดที่ดีที่สุด คือ ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายบริหารแขนและหัวไหล่เสียตั้งแต่ในระยะแรกๆ หลังผ่าตัดเพื่อป้องกันข้อไหล่ติดและแขนบวม

หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานี รับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เป็นเพศหญิงที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม(Mastectomy) ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานี ในปี พ.ศ. 2561 พ.ศ.2562 และ พ.ศ.2563 พบอัตราการผ่าตัดภายใน 2 สัปดาห์หลังทราบผลชิ้นเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 96, 99 และ 100 ตามลำดับ และอัตราที่ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเต้านม Shoulder Stiffness คิดเป็นร้อยละ 15.93, 7.87 และตามลำดับ, Skin necrosis ในปีพ.ศ.2561 และ พ.ศ. 2562 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนนี้ พ.ศ.2563 ไม่พบภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดเต้านมผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน Seroma ในปีพ.ศ.2561 พ.ศ. 2562 และ พ.ศ.2563 คิดเป็นร้อยละ 0.54, 0.00 และ 0.78 ตามลำดับ[2] นอกจากนี้จากการสอบถามผู้ป่วย Re-admitted ในปีงบประมาณ 2563 ที่มาด้วยอาการไหล่ติด และ ท่อ

drian อุดตัน พบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องในการดูแลสายระบาย และไม่ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 90

การปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นขั้นตอนสำคัญของกระบวนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ การปรับปรุงอย่างเป็นระบบจะทำให้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความน่าเชื่อถือและมีคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย[3] จากงานวิจัยพบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกและการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ มีความเป็นไปได้ในการไปปฏิบัติได้จริง เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน[4] ขั้นตอนการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมสามารถปฏิบัติได้ทุกขั้นตอน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น หลังการผ่าตัดไม่พบผู้ป่วยมีภาวะไหล่ติด และไม่พบการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด[5] ระยะเวลาอยู่ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินลดลง ระยะเวลารอคอยเพื่อได้รับเลือดลดลง และการได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน ไม่พบภาวะแทรกซ้อน อัตราการเสียชีวิตลดลง[6] ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล[7] จำนวนวันที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นในการดูแลหย่าเครื่องช่วยหายใจน้อยกว่าผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกวิธีเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นในการดูแลหย่าเครื่องช่วยหายใจมีความพึงพอใจสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[8] แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ร้อยละ 93.7 ลดอัตราการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวจากหืดกำเริบจากร้อยละ 19.6 เป็นร้อยละ 4.3[9] จากผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกและการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น

หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานี ได้มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างต่อเนื่องในรูปแบบการใช้การพยาบาลแบบผู้จัดการรายกรณี( Nurse case manager) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานี

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานี

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมในการดูแลผู้ป่วย

**วิธีการวิจัย**

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดย 1) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน สภาพปัญหา แนวทางการดูแล การรักษา การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม 2) ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม เพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมในโรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี โดย 1) ประชุมทีมวิจัยเพื่อระดมสมองในการวางแผน จัดทำแนวปฏิบัติ( Clinical Nursing Practice Guideline; CNPG) สำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม 2) ทีมวิจัยประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นแก่พยาบาลวิชาชีพให้ได้รับทราบทุกคนในการนำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมทุกราย

ระยะที่ 3 ประเมินผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่พัฒนาขึ้นมาใช้และประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง(purposive selection) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานี อย่างน้อย 1 ปีและเข้าร่วมด้วยความสมัครใจจำนวน 20 คนระหว่างเดือนมีนาคม 2565 ถึงสิงหาคม 2565

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพผู้ที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล

**ส่วนที่ 2** เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผลความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ แบบประเมินคุณภาพทางคลินิก Agree II ประกอบไปด้วย 6 หมวด คือ หมวด 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ หมวด 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ หมวด 4 ความชัดเจนของการนำเสนอ หมวด 5 การนำไปใช้ และหมวด 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 15 คนในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี พบว่ามีความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมของพยาบาลวิชาชีพ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพมีค่าความสอดคล้อง(IOC)เท่ากับ 0.83 โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 15 คนในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ได้ค่าความเที่ยง(reliability) เท่ากับ 0.7

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ**

วิเคราะห์ข้อมลทั่วไป การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานี ใช้ความถี่ และร้อยละ ข้อมูล การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานี ใช้ร้อยละ ข้อมูลความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานี ใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**จริยธรรมการวิจัย**

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่ E071/2564 ลงวันที่ 18 เมษายน 2565

**ผลการวิจัย**

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุ 26-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.0 และกลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยที่สุด 23 ปี อายุมากที่สุด 45 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 29 ปี สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 100 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.00

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. แนวปฏิบัติการการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานี ที่พัฒนาขึ้นมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ดังนี้ ในภาพรวมมีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ร้อยละ 77.86 หมวดที่มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้มากที่สุดคือ

หมวดที่ 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ ร้อยละ 80.71 หมวดที่มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้น้อยที่สุดคือ หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร้อยละ 79.29

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานีรายหมวด (n=20)

| ด้านที่ | รายการ | ร้อยละ |
|---|---|---|
| 1 | หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ | 80.29 |
| 2 | หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย | 79.29 |
| 3 | หมวดที่ 3 หมวดความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ | 80.57 |
| 4 | หมวดที่ 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ | 80.71 |
| 5 | หมวดที่ 5 การนำไปใช้ | 80.14 |
| 6 | หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ | 80.00 |
| 7 | การประเมินแนวทางปฏิบัติในภาพรวม | 77.86 |

2. ผลการประเมินความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมไปใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก( $\overline{X}$ = 4.34, S.D.= 0.50) จำแนกเป็นรายด้าน พบว่า มีความพึงพอใจมากที่สุดคือด้านความเหมาะสมและคุ้มค่าต่อหน่วยงานอยู่ในระดับมาก ( $\overline{X}$ = 4.45, S.D.= 0.51) มีความพึงพอใจน้อยที่สุดคือด้านคุณภาพอยู่ในระดับมาก( $\overline{X}$ = 4.20, S.D.= 0.52)

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของการพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานี (n=20)

| หัวข้อประเมิน | $\overline{X}$ | SD | ระดับความพึงพอใจ |
|---|---|---|---|
| 1. ด้านคุณภาพ | 4.20 | 0.52 | มาก |
| 2. ด้านความสะดวกในการปฏิบัติ | 4.35 | 0.49 | มาก |
| 3 ด้านผลลัพธ์ที่ดีและความปลอดภัย | 4.35 | 0.49 | มาก |
| 4. ด้านความเหมาะสมและคุ้มค่าต่อหน่วยงาน | 4.45 | 0.51 | มาก |
| ความพึงพอใจโดยรวม | 4.34 | 0.50 | มาก |

**สรุปและอภิปรายผล**

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า ได้แนวปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม โดยในภาพรวมมีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ร้อยละ 77.86 หมวดที่มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้มากที่สุดคือ หมวดที่ 4 ความชัดเจนในการนำเสนอร้อยละ 80.71 หมวดที่มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้น้อยที่สุดคือ หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร้อยละ 79.29 ส่วนในหมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ หมวดที่ 3 หมวดความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ หมวดที่ 5 การนำไปใช้ และ

หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ด้วยเช่นกัน โดยมีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ร้อยละ 80.29, 80.57, 80.14 และ 80.00 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานี สามารถนำไปใช้ได้ทั้ง 6 หมวด เนื่องจากผู้วิจัยได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมอย่างเป็นระบบตามขั้นตอนคือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน สภาพปัญหา แนวทางการดูแล การรักษา การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมในโรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมยังมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดอยู่บ้างถึงแม้ว่าจะไม่มากนัก สะท้อนให้เห็นว่าควรมีการพัฒนาคุณภาพของการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมพบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมให้ดีขึ้น ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมในโรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี โดยโดยผู้วิจัยได้ประชุมทีมวิจัยเพื่อระดมสมองในการวางแผน จัดทำแนวปฏิบัติ (Clinical Nursing Practice Guideline; CNPG) สำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพ นำไปทดลองใช้ จนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม หลังจากนั้นทีมวิจัยได้ประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นแก่พยาบาลวิชาชีพให้ได้รับทราบทุกคนในการนำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมทุกราย ระยะที่ 3 ประเมินผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่พัฒนาขึ้นมาใช้ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพทางคลินิก Agree II สรุปผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมในภาพรวม ทำให้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชฎา พูนปริญญา และวิชชุดา กิตติวราฤทธิ์[5] ที่พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมแบบดั้งเดิมประยุกต์ พบว่า การประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยรวมมีคะแนนความคิดเห็นร้อยละ 98 จำแนกรายหมวดพบว่า หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์มีคะแนนความคิดเห็นร้อยละ 95 หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีคะแนนความคิดเห็นร้อยละ 98 หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำมีคะแนนความคิดเห็นร้อยละ 92 หมวดที่ 4 ความชัดเจนในการนำเสนอมีคะแนนความคิดเห็นร้อยละ 96 หมวดที่ 5 การนำไปใช้มีคะแนนความคิดเห็นร้อยละ 96 หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการมีคะแนนความคิดเห็นร้อยละ 90 สอดคล้องกับการศึกษาของหนึ่งฤทัย อุดเถิน และคณะ[10] ที่ศึกษาการพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม พบว่า ความคิดเห็นต่อการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ไปใช้ พยาบาลวิชาชีพมีความเห็นด้วยในระดับมาก($\bar{X}$=3.93 , S.D.= 0.52 ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang, X., Lai, Q., Tian, Y., & Zou, L.[11] ที่ศึกษา Effect of evidence-based nursing intervention on upper limb function in postoperative radiotherapy patients with breast cancer พบว่า การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดและได้รับการฉายรังสีรักษาทำให้ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มทดลองน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ซึ่งความรู้หลักฐานเชิงประจักษ์นี้สามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกได้[3]

ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมในการดูแลผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก( $\overline{X}$ = 4.34, S.D. = 0.50) จำแนกเป็นรายด้าน พบว่า มีความพึงพอใจมากที่สุดคือด้านความเหมาะสมและคุ้มค่าต่อหน่วยงานอยู่ในระดับมาก( $\overline{X}$ = 4.5, S.D. = 0.51) มีความพึงพอใจน้อยที่สุดคือด้านด้านคุณภาพอยู่ในระดับมาก( $\overline{X}$ = 4.20, S.D. = 0.52) ความพึงพอใจด้านความสะดวกในการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ( $\overline{X}$ = 4.35, S.D. = 0.49) และความพึงพอใจด้านผลลัพธ์ที่ดีและความปลอดภัยอยู่ในระดับมาก ( $\overline{X}$ = 4.35, S.D. = 0.49) เนื่องจากผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพมีค่าความสอดคล้อง(IOC)เท่ากับ 0.83 โดยนำไปทดลองใช้แล้วได้ค่าความเที่ยง(reliability) เท่ากับ 0.7 และอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีเจตคติที่ดีและได้ปฏิบัติหน้าที่ของตนตามขอบเขตของกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพพยาบาลและกฎหมายวิชาชีพพยาบาลโดยตรง[12] ที่ได้รับการปลูกฝังมาตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาลว่า การประกอบวิชาชีพการพยาบาล เป็นการปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีเจตคติที่ดีและได้ปฏิบัติหน้าที่ของตนตามข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550[13] ที่ได้กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพการพยาบาล ตามที่สภาการพยาบาลประกาศกำหนดในหมวด 2 การประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ส่วนที่ 1 การปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ ในข้อ 7 คือ ผู้ประกอบวิชาชีพต้องรักษามาตรฐานของวิชาชีพตามที่สภาการพยาบาลประกาศกำหนด และ ข้อ 12 คือผู้ประกอบวิชาชีพต้องไม่ประกอบวิชาชีพโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัย และความสิ้นเปลืองของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ มีเจตคติที่ดีและได้ปฏิบัติหน้าที่ของตนตามมาตรฐานการพยาบาลที่สภาการพยาบาลได้เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562[14] ที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลวิชาชีพระดับผู้ปฏิบัติงานโดยตรงคือ มาตรฐานเชิงกระบวนการ หมวดที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Practices) เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมายหลักเพื่อให้ผู้รับบริการมีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดตามศักยภาพของบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน ได้รับการประเมินและแก้ไขปัญหาสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ โดยผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วยมาตรฐานย่อยจำนวน 5 มาตรฐานคือ มาตรฐานที่ 1 ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล มาตรฐานที่ 2 การรักษาสิทธิผู้ป่วย จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ มาตรฐานที่ 3 การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ระกอบมาตรฐานที่ 4 การจัดการการดูแลต่อเนื่อง มาตรฐานที่ 5 การบันทึกและรายงานการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมแบบดั้งเดิมประยุกต์[5] พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดมีความพึงพอใจโดยรวมต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมแบบดั้งเดิมประยุกต์อยู่ในระดับมาก ( $\overline{X}$ = 4.36, S.D. = 0.26) พยาบาลประจำหอผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมต่อแนวปฏิบัติฯ ในระดับมากที่สุด ( $\overline{X}$ = 4.51, S.D. = 0.54) สอดคล้องกับการศึกษาศึกษาการพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม[10] พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลอยู่ในระดับมาก ( $\overline{X}$ = 4.06, S.D. = 0.41)

**ข้อเสนอแนะ**

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

จากการวิจัยในครั้งนี้พบว่า หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานี ไม่พบ

ภาวะแทรกซ้อนใดๆหลังผ่าตัดเต้านม ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมอย่างต่อเนื่อง

ศึกษาประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานี

**ข้อเสนอแนะในการการวิจัยครั้งต่อไป**

## เอกสารอ้างอิง

1.วิทูร ชินสว่างวัฒนกุล และคณะ. 2563. BREAST CANCER Monograph in the Year 2014-2018 Siriraj Hospital ข้อมูลมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างปี พ.ศ.2557-2561 พิมพ์ครั้งที่ 1: บริษัท พี.ซี.เค. ดีไซน์ จำกัด นนทบุรี.

2. ทะเบียนเวชสถิติหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานี ปีงบประมาณ 2564.

3. ดวงฤดี ลาศุขะ. การปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก: แนวทางและขั้นตอน. พยาบาลสาร 40(ฉบับพิเศษ) 97-104; 2556.

4. กนิษฐา อิสสระพันธุ์ และ เพียงฤทัย โรจน์ชีวิน. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมผ่าตัดสมองในผู้ ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.วารสารวิชาการสาธารณสุข. 25(5) 823-830; 2559.

5. รัชฎา พูนปริญญา และ วิชชุดา กิตติวราฤทธิ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมแบบดั้งเดิมประยุกต์.วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 23(2) 2563 59-69; 2563.

6. สายสม รุจิพรรณ และโสพิศ เวียงโอสถ. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บวิกฤตตามหลักฐานเชิงประจักษ์งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์.เชียงรายเวชสาร 12(3) 81-97; 2563.

7. พัทยา แผ่นชัยพรม ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต)มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2557.

8. ชุติมา รัตนบุรี เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย และ อารี ชีวเกษมสุข. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 21(2) 163-173 ; 2561.

9. วันเพ็ญ ทิพม่อม. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคหืด โรงพยาบาลสกลนคร.วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 24(1) 1-10; 2561.

10. หนึ่งฤทัย อุดเถิน และคณะ. การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม วชิรสารการพยาบาล 22(2) 91-104; 2563.

11. Wang, X., Lai, Q., Tian, Y., & Zou, L. (2020). Effect of evidence-based nursing intervention on upper limb function in postoperative radiotherapy patients with breast cancer. Medicine, 99(11), e19183.

12. สภาการพยาบาล.2554. พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 ฉบับภาษไทย และภาษาอังกฤษ บริษัทจุดทอง จำกัด. กรุงเทพมหานคร.

13. ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 เล่ม 124 ตอนพิเศษ 83 ง ราชกิจจานุเบกษา 11 กรกฎาคม 2550 56-60.

14. ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562 เล่ม 136 ตอนพิเศษ 97 ง ราชกิจจานุเบกษา 18 เมษายน 2562. 30-36.

# ผลการพัฒนาแนวทางเพื่อการป้องกันการติดเชื้อมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บ

# Development guidelines for the prevention of infection with maternal postpartum perineal wound.

(Received: April 22,2024 ; Revised: April 28,2024 ; Accepted: April 29,2024)

**กนกอร ทองสุข**[1]
**Kanokon Thongsuk**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษา ผลการพัฒนาแนวทางเพื่อการป้องกันการติดเชื้อมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บที่ชัดเจนและพัฒนาแนวทางเพื่อการป้องกันการติดเชื้อมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง เดือน เมษายน 2567 รวม 2 เดือน เก็บข้อมูลจากแบบ Checklist และเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันแผลฝีเย็บติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพในงานฝากครรภ์ งานห้องคลอด งานหลังคลอด และการติดตามตามแนวทางการป้องกันแผลฝีเย็บติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพในงานฝากครรภ์ และงานหลังคลอดปฏิบัติได้ ร้อยละ100 งานห้องคลอดปฏิบัติได้ ร้อยละ 97.9 และข้อมูลอัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บในช่วง ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง เดือน เมษายน 2567 ไม่พบการติดเชื้อแผลฝีเย็บ

**คำสำคัญ:** การป้องกันการติดเชื้อ มารดาหลังคลอด แผลฝีเย็บ

**Abstract**

This Study was Results of the development of guidelines for preventing postpartum infection in mothers with perineal wounds. The objective is to study clear guidelines for the prevention of perineal wound infection and develop guidelines for the prevention of infection in postpartum mothers with perineal wounds. It is research and development (Research and Development). The study period is from March to April 2024, totaling 2 months. Data is collected from checklist forms and medical records. Data were analyzed using content analysis, Frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results of the study found that following the guidelines for preventing infected perineal wounds by professional nurses in antenatal care, labor room work, postpartum work, and following up with the guidelines for preventing perineal wound infections by professional nurses in antenatal care were 100% effective and Data on perineal wound infection rates between March and April 2024 did not find any perineal wound infection.

**Keywords:** infection prevention, mother after giving birth, perineal wound

## บทนำ

การติดเชื้อบริเวณแผลฝีเย็บ เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก โดยมีความสัมพันธ์กับการแยกของแผล ปัจจัยอื่นที่ส่งเสริมให้เกิดแผลแยกอื่นๆ เช่น ความผิดปกติของระบบการแข็งตัวของเลือด การสูบบุหรี่ การติดเชื้อ HPV ลักษณะของแผลติดเชื้อ มักเริ่มจากขอบแผลบวม เปลี่ยนเป็นสีน้ำตาลแดง มี serosanguinous exudates เยิ้มออกมาจากแผล ไหมที่เย็บอาจเกิดการขาดทะลุของเนื้อเยื่อ จนทำให้เกิดการแยกของแผล และมีหนองตามมา รอยแผลฉีกขาดที่ช่องคลอดอาจจะมีการติดเชื้อได้ทั้งโดยตรงหรือกระจายมาจากแผลฝีเย็บ การติดเชื้อมักเป็นเฉพาะที่ แต่อาจมีการแพร่กระจายทำให้เกิดท่อน้ำเหลืองอักเสบได้ ส่วน

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

รอยแผลฉีกขาดบริเวณปากมดลูกนั้นพบได้บ่อย ทำให้เกิดการติดเชื้อได้แต่มักตรวจไม่พบเพราะแสดงอาการคล้ายมดลูกอักเสบ ถ้ามีการฉีกขาดลึกเข้าไปถึงฐานของ broad ligament อาจทำให้เกิด ท่อน้ำเหลืองอักเสบ, parametritis และการติดเชื้อเข้ากระแสเลือดได้ อาการแสดง ส่วนมากจะมีอาการปวดเฉพาะที่ ปัสสาวะลำบาก อาจมีปัสสาวะคั่งหรือไม่ก็ได้ มีpurulent discharge มีไข้ มักจะเป็นไข้ต่ำ ๆ[1]

การติดเชื้อมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บก่อให้เกิดอันตรายในมารดาหลังคลอด ทำให้มารดาหลังคลอด ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล นอกจากนั้นผลกระทบที่ประเมินได้ยากคือ ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ เนื่องจาก ต้องขาดงาน และค่าใช้จ่ายของญาติในการดูแลผู้ป่วย การป้องกันการติดเชื้อมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ และจำเป็น ระบบการพยาบาลอันเป็นบริการหลักของระบบสุขภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องรักษาและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้สอดคล้องกับความปลอดภัยตามมาตรฐานการพยาบาล[2]การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อมารดาหลังคลอด ที่มีคุณภาพคือ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ ปลอดภัยลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงและอัตราตาย ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และผู้ใช้บริการพึงพอใจผลสำเร็จของงานสามารถวัดและประเมินผลได้ตามตัวชี้วัดคุณภาพ โดยเป็นการดำเนินงานที่ครอบคลุมตั้งแต่ กระบวนการในงานฝากครรภ์ งานห้องคลอด และงานหลังคลอด ตลอดจนกระบวนการในการพัฒนาระบบการดูแลมารดาหลังคลอดจะทำให้มารดาหลังคลอดมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองหลังคลอดโดยเฉพาะการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บ[3]

การติดเชื้อมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บเป็นภาวะที่แทรกซ้อนรุนแรงในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทางช่องคลอด จากการดำเนินงานของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ในปี 2563 – 2565 พบว่าอัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บ จำนวน 18 ราย 10 ราย และ 13 ราย ตามลำดับ ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยที่เสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดการติดเชื้อของมารดาหลังคลอด พบว่า เกิดจากกระบวนการดูแล รักษา การไม่ปฏิบัติตามหลักการปราศจากเชื้อของบุคลากร และความแตกต่างของทักษะการเย็บ นอกจากนี้ยังเกิดจากปัจจัยจากตัวผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ การคลอดยากในระยะที่ 2 มารดาเบ่งคลอดก่อนปากมดลูกเปิดหมดจนท้าให้ perineum บวมตั้งแต่ยังไม่คลอด รวมทั้งการปฏิบัติตัวหลังคลอดของผู้ป่วยเอง

จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ผลการพัฒนาแนวทางเพื่อการป้องกันการติดเชื้อมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บเพื่อเป็นแนวทางในการเฝ้าระวัง การป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บและแผลฝีเย็บแยกในมารดาหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพ ต่อไป

**วัตถุประสงค์**

1.เพื่อศึกษาแนวทางการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บที่ชัดเจน

2.เพื่อพัฒนาแนวทางเพื่อการป้องกันการติดเชื้อมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บ

**วิธีดำเนินการวิจัย**

**รูปแบบงานวิจัย**

การศึกษา ผลการพัฒนาแนวทางเพื่อการป้องกันการติดเชื้อมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือน มีนาคม ถึง เดือน เมษายน 2567 รวม 2 เดือน

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

1. ประชากร ได้แก่ มารดาหลังคลอด

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มารดาหลังคลอด ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง เดือน เมษายน 2567 จำนวน 93 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนาแนวทางเพื่อการป้องกันการติดเชื้อมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บ ประกอบด้วย

1.1 การทบทวนข้อมูลอัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บในโรงพยาบาล

1.2 การจัดทำแนวทางการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บ

1.3 การสร้างเครื่องมือในการเก็บข้อมูลและแก้ไขปรับปรุง

1.4 ประชาพิจารณ์ แนวทางปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บนำเสนอในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพคลินิกด้านสูติกรรมพยาบาลวิชาชีพทุกหน่วยที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องการดูแลหญิงหลังคลอดในชุมชนได้แก่ อสม. และ หมอตำแย

1.5 ปรับปรุงแนวทางตามข้อเสนอแนะ

1.6 ประชุมชี้แจงแนวทางการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บกับพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

1.7 ทดลองใช้

1.8 ทบทวนและปรับปรุงแนวทาง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบ Checklist และเวชระเบียน

**ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย**

1. การทบทวนข้อมูลอัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บในโรงพยาบาล

2. การจัดทำแนวทางการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บ

3. การสร้างเครื่องมือในการเก็บข้อมูลและแก้ไขปรับปรุง

4. ประชาพิจารณ์ แนวทางปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บนำเสนอในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพคลินิกด้านสูติกรรมพยาบาลวิชาชีพทุกหน่วยที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องการดูแลหญิงหลังคลอดในชุมชนได้แก่ อสม. และ หมอตำแย

5. ปรับปรุงแนวทางตามข้อเสนอแนะ

6. ประชุมชี้แจงแนวทางการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บกับพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

7. ทดลองใช้

8. ทบทวนและปรับปรุงแนวทาง

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ แนวทางเพื่อการป้องกันการติดเชื้อมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์การปฏิบัติตามแนวทางเพื่อการป้องกันการติดเชื้อมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บ และการการติดเชื้อแผลฝีเย็บ

**ผลการวิเคราะห์ข้อมูล**

1. พยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยฝากครรภ์ จำนวน 3 คนมีอายุระหว่าง 43-55 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี อายุน้อยที่สุด 43 ปี และอายุมากที่สุด 55 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 100 มีประสบการณ์การมากว่า 15 ปีทุกคน ประสบการณ์น้อยสุด 20 มากสุด34 ปี และเคยได้รับการอบรมเรื่องแนวทางการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บร้อยละ100

2. พยาบาลวิชาชีพในหน่วย ห้องคลอด จำนวน 9 คนมีอายุระหว่าง 25-46 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี และ 40-49 อายุน้อยที่สุด 25 ปี และมากที่สุด 46 ปีสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 100 มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 15 ปีเป็นส่วนใหญ่ประสบการณ์น้อยสุด 1 ปี ประสบการณ์มากสุด 26 ปี และส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเรื่องแนวทางการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บร้อยละ 83.33

3. พยาบาลวิชาชีพในหน่วย หลังคลอด จำนวน 8 คนมีอายุระหว่าง 25-53ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี อายุน้อยสุด 25 ปีและมากที่สุด 53 ปีสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 100 มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 5-9 ปี และมากกว่า 15 ปี เป็นส่วนใหญ่ ประสบการณ์น้อยสุด 2

ปี ประสบการณ์มากที่สุด 31 ปี และเคยได้รับการอบรมเรื่องแนวทางการป้องกันการติดเชื้อแผลฝีเย็บ ร้อยละ 87.50

4. การทบทวนและนำสู่การพัฒนาแนวทางเพื่อการป้องกันการติดเชื้อมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บ ประกอบด้วย แนวทางการป้องกันแผลฝีเย็บติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพในงานฝากครรภ์ แนวทางการป้องกันแผลฝีเย็บติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพในงานห้องคลอด และแนวทางการป้องกันแผลฝีเย็บติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพในงานหลังคลอด

5. มารดาหลังคลอด จำนวน 93คน มีอายุระหว่าง 16-45 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 26-35 ปี อายุน้อยที่สุด 16ปี อายุมากที่สุด 45 ปี มีประวัติการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ 2ร้อยละ 31.1 อาชีพรับจ้างทั่วไปเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ33.3 ให้ประวัติเรื่องการอยู่ไฟหลังคลอดถึงร้อยละ69.8และอยู่ไฟโดยย่างไฟเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 49.4สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 82.7

6. ผลการพัฒนาแนวทางเพื่อการป้องกันการติดเชื้อมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บ

6.1 ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันแผลฝีเย็บติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพในงานฝากครรภ์ ปฏิบัติได้ ร้อยละ 100

6.2 ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันแผลฝีเย็บติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพในงานห้องคลอด ร้อยละ 97.9เกือบทุกหัวข้อ ยกเว้นในข้อที่ 1 เจ้าหน้าที่ปฏิบัติได้ร้อยละ 74.25 ปฏิบัติได้น้อยที่สุดในหัวข้อนี้ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์มากและเข้าสู่ระยะ Active Phase ข้อที่4 เจ้าหน้าที่ปฏิบัติได้ร้อยละ98.28 . เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์มากบ่นอยากเบ่งและข้อที่ 7เจ้าหน้าที่ปฏิบัติได้ร้อยละ 98.25. เนื่องจาก หญิงตั้งครรภ์คลอดบนเตียง

6.3 ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันแผลฝีเย็บติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพในงานหลังคลอด ปฏิบัติได้ร้อยละ 100

6.4 ร้อยละการวัดความรู้ของมารดาหลังคลอด มารดาหลังคลอดมีความรู้ในเรื่องการดูแลฝีเย็บ

ตารางที่ 1 ร้อยละการวัดความรู้ของมารดาหลังคลอด N = 93

| ประเด็นความรู้ | จำนวน | ร้อยละตอบถูก |
|---|---|---|
| 1.การเช็ดทำความสะอาดแผลฝีเย็บ | 85 | 91.3 |
| 2.ระยะเวลาการอยู่ไฟหลังจากคลอด | 77 | 82.7 |
| 3.การดูแลแผลฝีเย็บได้ถูกต้อง | 86 | 92.4 |

จากตารางที่ 1การประเมินความรู้ของมารดาหลังคลอดจำนวน 93คน พบว่า มารดาหลังคลอดมีความรู้ในเรื่องการดูแลฝีเย็บตอบถูกทุกข้อ อยู่ระหว่าง ร้อยละ 82.7-92.4 ซึ่งพบว่าในเรื่องระยะเวลาการอยู่ไฟของมารดาหลังคลอด ยังพบว่ามีความเข้าใจน้อยถึง ร้อยละ 11.1

7. ข้อมูลอัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บในช่วงระหว่างเดือน มีนาคม ถึง เดือน เมษายน 2567 ร้อยละการติดเชื้อแผลฝีเย็บ = ร้อยละ 0

**สรุปและอภิปรายผล**

จากการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอด จำนวน 93คน มีอายุระหว่าง 16-45 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 26-35 ปี อายุน้อยที่สุด 16ปี อายุมากที่สุด 45 ปี มีประวัติการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ 2ร้อยละ31.1 อาชีพรับจ้างทั่วไปเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ33.3 ให้ประวัติเรื่องการอยู่ไฟหลังคลอดถึงร้อยละ69.8และอยู่ไฟโดยย่างไฟเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 49.4 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 82.7 ได้รับการดูแลตามแนวทางเพื่อการป้องกันการติดเชื้อมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บ ประกอบด้วย แนวทางการป้องกันแผลฝีเย็บติดเชื้อ

ของพยาบาลวิชาชีพในงานฝากครรภ์ แนวทางการป้องกันแผลฝีเย็บติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพในงานห้องคลอดและแนวทางการป้องกันแผลฝีเย็บติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพในงานหลังคลอด ที่ได้จากการทบทวนและพัฒนา ตามแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาล[4] แนวคิดการพยาบาลมารดาและทารก[2,3,5] ส่งผลให้ การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันแผลฝีเย็บติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพในงานฝากครรภ์ งานห้องคลอด งานหลังคลอด และการติดตามตามแนวทางการป้องกันแผลฝีเย็บติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพในงานฝากครรภ์และงานหลังคลอด ปฏิบัติได้ ร้อยละ100 งานห้องคลอดปฏิบัติได้ ร้อยละ 97.9 สอดคล้องกันกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บเพื่อลดอัตราการเกิดแผลฝีเย็บแยกและแผลฝีเย็บติดเชื้อโดยการจัดการรายกรณี[5] เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนประกอบด้วย 1. วิเคราะห์ปัญหา 2.ลาดับความสำคัญและวางแผน 3. การดำเนินการตามแผน 4.ประเมินผล ประชากรคือมารดาคลอดทางช่องคลอดทุกราย ที่โรงพยาบาลชานุมาน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 - 31 มีนาคม 2562 กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาคลอดที่มีแผลฝีเย็บทุกราย จำนวน 249 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลตามรูปแบบการจัดการรายกรณี ประกอบด้วย 1. พยาบาลเจ้าของไข้ มีหน้าที่ 1.ประเมินความเสี่ยงแรกรับ 2. เย็บแผลฝีเย็บและประเมินปัญหา 3.วางแผนการดูแล 4. ดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอดและประเมินแผลโดยใช้ REEDA score และให้ความรู้การดูแลแผลฝีเย็บ 5. วางแผนการจำหน่าย 6.ติดตามหลังจำหน่ายรายกรณี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า ในปี 2561 -2562 ยังไม่พบอัตราการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ มีจำนวนการเกิดแผลฝีเย็บแยก 7, 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.97 , 2.73 ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลง มีรูปแบบในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บที่ชัดเจน และการปฏิบัติตามรูปแบบช่วยให้สามารถลดอัตราการเกิดแผลฝีเย็บแยกและแผลฝีเย็บติดเชื้อได้ นอกจากนี้ ยังพบว่า ข้อมูลอัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บในช่วงระหว่างเดือน มีนาคม ถึง เดือน เมษายน 2567 ร้อยละการติดเชื้อแผลฝีเย็บ ร้อยละ 0 สอดคล้องกันกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลมีผีเย็บอักเสบในผู้คลอด โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี[6]

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้คลอด แผลฝีเย็บอักเสบมีจำนวน 39 คน (ร้อยละ 20.7) และกลุ่มผู้คลอดแผลฝีเย็บปกติจำนวน 149 คน (ร้อยละ 79.3) กลุ่มผู้คลอดทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นผู้คลอดวัยรุ่น ( 79.8%; 150/188) และมีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (48.4%; 91/188) ซึ่งในกลุ่มแผลฝีเย็บอักเสบส่วนใหญ่พบเป็นชาวต่างชาติ (ลาว เขมร และพม่า) ร้อยละ 61.5 (24/39) ที่พบมากที่สุดเป็นชาวพม่าร้อยละ 38.5 (15/39) ส่วนกลุ่มผู้คลอดแผลฝีเย็บปกติส่วนใหญ่เป็นชาวไทยร้อยละ 66.4 (99/149) ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดแผลฝีเย็บอักเสบในผู้คลอด ได้แก่ การตัดฝีเย็บ มีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น 16.5 เท่า(OR = 16.54, 95% CI = 2.2-125.8; p-value < 0.001) และชาวต่างชาติมีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น 3.4 เท่า (OR = 3.4; 95% CI = 1.58-7.22;p - value = 0.001) สรุปการตัดฝีเย็บและเชื้อชาติคือปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดแผลฝีเย็บอักเสบในผู้คลอดโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และการศึกษาผลของการประคบแผลฝีเย็บหลังคลอดด้วยผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็นและผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็นต่อ การลดความเจ็บปวด และการบวมของแผลฝี[7]กับผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อความรู้และการติดเชื้อแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลกุมภวาปี[8]

**ข้อเสนอแนะ**

**ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย**

การศึกษา การพัฒนาแนวทางเพื่อการป้องกันการติดเชื้อมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บควรมีการทบทวนและการพัฒนาแนวทางเพื่อการป้องกันการติดเชื้อมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บประกอบด้วย แนวทางการป้องกันแผลฝีเย็บติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพในงานฝากครรภ์ แนวทางการ

ป้องกันแผลฝีเย็บติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพในงานห้องคลอด และแนวทางการป้องกันแผลฝีเย็บติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพในงานหลังคลอด อย่างต่อเนื่อง

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

ควรมีการประยุกต์การพัฒนาแนวทางเพื่อการป้องกันการติดเชื้อมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บไปใช้ในงานอื่นที่ลักษณะคล้ายกัน

## เอกสารอ้างอิง

1. ศุภากร ล้อชัยเวช.(2562). ภาวะติดเชื้อหลังคลอด ( Puerperal infection). สูติศาสตร์ล้านนา https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/6608/
2. สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ วรางคณา ชัชเวช สุรีย์พร กฤษเจริญ เบญญาภา ธิติมาพงษ์.(2562). การพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 (เล่ม 2) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. เบญญาภา ธิติมาพงษ์ ศศิธร พุมดวง จัณทร์ปภัสร์เครือแก้ว โสเพ็ญ ชูนวล วิไลพร สมานกสิกรณ์. (2563). การพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 (เล่ม 1) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. ฟองคำ ติลกสกุลชัย.(2549). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์หลักการและวิธีปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: พรีวัน; 2549.
5. รัตนาพร ศรีริรมย์ อรทัย บัวคา.(2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บเพื่อลดอัตราการเกิดแผลฝีเย็บแยกและแผลฝีเย็บติดเชื้อโดยการจัดการรายกรณี. รายงานการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ.
6. นุชนารถ เขียนนุกูล, สินจัย เขื่อนเพชร, วรรณวรา ตัณฑ์กุลรัตน์, พรนภา เอี่ยมลออ. ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลฝีเย็บอักเสบในผู้คลอด โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วารสารกรมการแพทย์. 2562;44(4):144-51.
7. สุภาพร ปรารมย์ อ้อมใจ สิทธิจำลอง พัชนี วรรณวัต ภมรรัตน์ มณีรัตน์ หฤทัย ใจกว้าง กาญจนา สัญใจ ดุลยเรศ อาจชัยชาญ.(2558). ผลของการประคบแผลฝีเย็บหลังคลอดด้วยผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็นและผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็นต่อการลดความเจ็บปวด และการบวมของแผลฝีเย็บ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 25(1). 133-43
8. วราภรณ์ รินทชัย กรองแก้ว อัคเนตร ณพัชญา สืบมา.(2567). ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อความรู้และการติดเชื้อแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลกุมภวาปี. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 5(1) ฉบับเพิ่มเติม 456-69

# ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

# The relationship between perception factors with preventive behaviors of coronavirus disease 2019 of Trang Provincial Public Health Office personnel.

(Received: April 28,2024 ; Revised: April 29,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**เฉลิม เกตุพงษ์พันธุ์**[1]
**Chalerm Katpongpun**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยการรับรู้พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง จำนวน 119 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามออนไลน์ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหามีค่า IOC ระหว่าง 0.6 –1.00 วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น(Reliability)โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Method) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.869 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยการรับรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง (Mean = 4.35,S.D.= 0.43)และ(Mean = 4.39,S.D.= 0.47) ตามลำดับ และปัจจัยการรับรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับปานกลาง (r = 0.609) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**คำสำคัญ :** ปัจจัยการรับรู้, พฤติกรรมการป้องกันโรค, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

**Abstract**

This study is a descriptive research study. Prevention behaviors of corona virus 2019 infection and the relationship between cognition factors and prevention behavior of 119 people of Trang Provincial Public Health Office. The research tool was an online questionnaire consisting of 3 parts: 1. Personal factors. 2. Cognitive factors related to corona virus 2019 and 3. Coronavirus disease 2019 prevention behaviors were examined for content validity by experts with IOC values between 0.6 – 1.00. ) by using Cronbach's Alpha Coefficient (Cronbach's Alpha Method), the confidence value of the whole copy was 0.869. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation. and Pearson's correlation coefficient

The results showed that The sample group had a perception factor. The prevention behaviors of coronavirus 2019 were at high levels (Mean = 4.35, S.D.= 0.43) and (Mean = 4.39, S.D.= 0.47), respectively, and the cognitive factors were positively correlated with infectious disease prevention behaviors. The coronavirus disease 2019 was moderate (r = 0.609) with a statistically significant level of 0.01.

**Keywords** : Perception factors, Disease prevention behavior, Coronavirus disease 2019

## บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ซึ่งมีการค้นพบครั้งแรกที่นครอู่

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

ฮั่น มณฑลหูเป่ย สาธารณรัฐประชาชนจีน เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2562 องค์การอนามัยโลก (WHO)ได้ประกาศชื่อโรคนี้อย่างเป็นทางการ“COVID-19”(โควิด19) มาจากคำว่า “Coronavirus Disease 2019” หมายถึง โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาที่ระบาดในปี 2019 (กรมควบคุมโรค, 2563) และได้ประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (World Health Organization, 2020) กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรคได้ประกาศให้เป็นโรคติดต่ออันตราย ลำดับโรคที่ 14[1]

ข้อมูลการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ วันที่ 12 มีนาคม 2565 มีผู้ป่วยติดเชื้อทั่วโลก 455,511,952 ราย รักษาหายแล้ว 389,032,204 ราย เสียชีวิต 6,057,847 ราย ประเทศไทยอยู่อันดับที่ 33 (Worldmeter Covid,2021) พบผู้ติดเชื้อทั้งหมด 3,161,241 ราย รายใหม่ 24,592 ราย เสียชีวิต 23,646 ราย หายป่วยแล้ว 2,921,447 ราย อยู่ระหว่างกำลังรักษา 226,151 ราย (กรมควบคุมโรค, 2565) จังหวัดตรังมีผู้ป่วยติดเชื้อสะสมมกราคม 2563 จนถึงวันที่ 12 มีนาคม 2565 จำนวน 23,322 ราย เสียชีวิต 147 ราย อัตราการป่วยตายร้อยละ 0.63[2]

กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบด้านการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ข้อมูลจากศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ตั้งแต่วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2563 จนถึงวันที่ 22 พฤศจิกายน 2564 พบว่า บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 4,270 ราย บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขจำนวนมาก ต้องหยุดปฏิบัติงาน เพื่อรักษาหรือกักตัวที่บ้านหรือในสถานที่กักตัวของรัฐ ทำให้เกิดผลกระทบต่อหน่วยงาน สุขภาพด้านร่างกายจิตใจ ภารกิจงานที่รับผิดชอบทั้งระดับครอบครัว และสังคมโดยรวม[2] จังหวัดตรังในช่วงเดือนเมษายนและพฤษภาคม 2564 มีบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลรัษฎา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัษฎา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.)ในพื้นที่อำเภอรัษฎา จังหวัดตรัง ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 60 ราย และบางส่วนที่เหลือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง จนเป็นเหตุให้ต้องปิดการให้บริการชั่วคราวของโรงพยาบาลรัษฎา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต) ในพื้นที่อำเภอรัษฎาเป็นเวลา 14 – 28 วัน เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรค[3]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง เป็นหน่วยงานหลักรับผิดชอบด้านการบริหารจัดการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดตรัง ได้ตระหนักถึงความเสี่ยงและปัญหาการติดเชื้อของบุคลากรหลังการสัมผัสโรค จึงกำหนดแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้บุคลากรยึดถือปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อแพร่ระบาดของบุคลากรและหน่วยงานปฏิบัติตามมาตรการกระทรวงสาธารณสุข DMHTTA อย่างเคร่งครัด ซึ่งสรุปผลการการประเมินความเสี่ยงของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังตั้งแต่วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2565 จนถึงวันที่ 11 มีนาคม 2565 ทั้งหมด 158 ราย พบว่าปกติ 68 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.03 เสี่ยงต่ำ 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.37 เสี่ยงสูง 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.62 เสี่ยงสูงมาก 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.16 และติดเชื้อ 5 ราย ร้อยละ 3.16 และพบว่าบุคลากรมีแนวโน้มเสี่ยงสูงและการติดเชื้อโรคสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (savethai.anamai.moph.go.th,2565) สอดคล้องกับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดตรังช่วงมีนาคม จนถึงเมษายน 2565 ที่เพิ่มสูงขึ้น[3]

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ตามหลักแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Becker, 1974; Janz & Becker 1984) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (Perceived Benefits) และการรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง เนื่องจากแนวโน้มความเสี่ยงและการตรวจพบการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรเพิ่มสูงขึ้น เป็นหน่วยงานที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ และจากการสืบค้นงานวิจัยก็ยังไม่พบงานวิจัยในเรื่องนี้ จึงมีความเหมาะสมอย่างยิ่งแก่การดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อเป็นต้นแบบการเรียนรู้ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ผลการศึกษาในครั้งนี้ จะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางวางแผนมาตรการที่เหมาะสมสำหรับเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังได้ในอนาคต และยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการดำเนินการป้องกันการระบาดของโรคที่มีลักษณะของบุคลากรและหน่วยงานใกล้เคียงกันได้อีกด้วย

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษาปัจจัยการรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

**สมมุติฐานของการวิจัย**

ปัจจัยการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

**ขอบเขตของการศึกษา**

**1. ขอบเขตด้าน**

**2. ขอบเขตด้านเนื้อหา**

2.1 ศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

2.2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

**3. ขอบเขตด้านระยะเวลา**

ระยะเวลาการทำวิจัยตั้งแต่วันที่ 26 พฤศจิกายน 2565 จนถึง วันที่ 10 มีนาคม 2566

**วิธีการดำเนินการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง 13 กลุ่มงาน ที่ปฏิบัติงานอยู่จริง จำนวนทั้งหมด 158 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังที่ปฏิบัติงานอยู่จริง ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างตามตารางของของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 113 คน และสุ่มตัวอย่างสำรองอีกร้อยละ 5 เท่ากับ 6 คน รวมทั้งหมดจำนวน 119 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามออนไลน์ (Google form) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ผ่านการตรวจคุณภาพเครื่องมือมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.67 – 1 และนำไปทดลอง (Try out) กับบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 3 แห่ง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Method) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.869 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าสถิติร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**จริยธรรมการวิจัย**

การวิจัยนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เลขที่โครงการวิจัย CPH-EC036/2565 วันที่ 21 พฤศจิกายน 2565

**ผลการวิจัย**

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานกลุ่มงานบริหารทั่วไปมากที่สุดร้อยละ 23.50 เพศหญิงร้อยละ 68.90 เพศชายร้อยละ 31.10 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 45–54 ปี ร้อยละ 41.20 มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 58.00 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสร้อยละ 63.90 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001–30,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 44.50 ส่วนใหญ่ มีอายุราชการในช่วง 21–30 ปี และช่วง 31–40 ปี ร้อยละ 22.70 ส่วนใหญ่อาชีพข้าราชการร้อยละ 75.60 ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 30.30 ส่วนใหญ่ร้อยละ 76.50 ไม่เคยประวัติติดเชื้อ COVID-19 และมีประวัติติดเชื้อ COVID-19 ร้อยละ 23.50 ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีน COVID-19 จำนวน 4 เข็ม ร้อยละ 92.00 รองลงมาได้รับวัคซีน จำนวน 3 เข็ม ร้อยละ 26.90 และได้รับวัคซีน จำนวน 2 เข็ม ร้อยละ 3.40

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง พบว่า ระดับปัจจัยการรับรู้ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean= 4.35, S.D.= 0.43) โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.55, S.D.= 0.44) รองลงมาคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Mean = 4.47, S.D.= 0.52) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Mean = 4.40, S.D.= 0.52) ตามลำดับ สำหรับการรับรู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Mean = 4.00, S.D.= 0.61) ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง(Mean = 4.39, S.D.= 0.47) โดยการตรวจวัดอุณหภูมิ (T : Temperature) มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.57, S.D.= 0.45) รองลงมา คือ การสวมหน้ากาก (M : Mask Wearing) (Mean = 4.53, S.D.= 0.47) และการเว้นระยะห่างด้าน (D : Social Distancing)

(Mean = 4.37, S.D.= 0.61) ตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การล้างมือ(H : Hand Washing) (Mean = 4.27,S.D.= 0.68) และการใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ หมอชนะ และไทยเซฟไทย (A : Application) (Mean = 4.28, S.D.= 0.71) ตามลำดับ

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปัจจัยการรับรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวมอยู่ที่ระดับปานกลาง (r = .609) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01(p-value = .000) โดยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากที่สุดในระดับปานกลาง (r = .557,p-value = .000) รองลงมาคือ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับปานกลาง (r = .512, p-value = .000) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับปานกลาง (r = .504,p-value = .000) ตามลำดับ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 น้อยที่สุดในระดับปานกลาง (r = .434, p-value = .000)

**สรุปและอภิปรายผล**

จากผลการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง มีประเด็นการอภิปรายผลดังนี้

ปัจจัยการรับรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังในระดับปานกลาง (r = 0.609) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้จะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค โดยที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองไม่ได้มีอุปสรรคหรือไม่รู้สึกถึงความยากลำบากในการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจากโรค เช่น ไม่รู้สึกอึดอัดเมื่อต้องสวมหน้ากากอนามัย สามารถเว้นระยะห่างทางสังคมได้ ล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์อย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น จนทำให้บุคคลนั้นเกิดพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้องได้ ซึ่งสอดคล้องกับการ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี[4] ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 และสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กรุงเทพมหานคร[5] ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะคุกคามกับพฤติกรรมการป้องกันของโรคโรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา[6] ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะคุกคาม (การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อันตราย) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งสามารถจำแนกความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ดังนี้

1. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (r = .557, p = .000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาวิทยาลัยชุมชนสงขลา ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์เพื่อการปฏิบัติตัวของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019[7]

2. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (r = .512, p = .000) ซึ่งสอดคล้องกับ การ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019[8]

3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (r = .504, p = .000) ซึ่งสอดคล้องกับ ศึกษาเรื่องการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทันตาภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019[9]

4. การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (r = .434, p = .000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของวัยรุ่นในเขตตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019[10]

**ข้อเสนอแนะ**

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ครั้งนี้

1. ปัจจัยการรับรู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง จึงควรให้ความสำคัญกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การใส่หน้ากากอนามัยคลุมทั้งจมูกและปากทำให้รู้สึกอึดอัดหรือหายใจไม่สะดวก และการประเมินตนเองด้านความเสี่ยงด้วยแอพพลิเคชั่นไทยเซฟไทย (TST) ก่อให้เกิดความยุ่งยาก ด้วยการส่งเสริมสนับสนุนด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องและทันต่อสถานการณ์ให้แก่บุคลากรให้มีระดับคะแนนเฉลี่ยที่สูงขึ้น เนื่องจากการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การล้างมือ (H : Hand Washing) และการใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ หมอชนะและไทยเซฟไทย (A : Application) ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง จึงควรให้ความสำคัญกับการล้างมือ และการใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ หมอชนะ และไทยเซฟไทยเพื่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การล้างมือทำความสะอาดด้วยสบู่ทุกครั้งหลังสัมผัสเงินเหรียญ ธนบัตร ราว บันได ลูกบิดประตู และการใช้แอปพลิเคชันไทยชนะและหมอชนะประเมินความเสี่ยงก่อนเข้า-ออกสถานที่ตามมาตรการที่กำหนดไว้ โดยการวางแผนส่งเสริมและสนับสนุนด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์สร้างความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ที่ถูกต้องของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

3. ปัจจัยการรับรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังในภาพรวมระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยสรุปก็คือ หากบุคลากรมีการรับรู้มากจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากขึ้นไปด้วย ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง จึงควรให้ความสำคัญกับปัจจัยการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด ด้วยการส่งเสริม สนับสนุนด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับสถานการณ์ให้แก่บุคลากร

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วอยู่ตลอดเวลา ทำให้มาตรการและแนวทางการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคก็ต้องปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ของโรค เช่น ลักษณะอาการของโรค การตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นด้วย ATK สถานที่กักตัวและระยะเวลาการกักตัว การดูแลรักษาโรค การสร้างแบบสอบถามควรคำนึงถึงความสอดคล้องกับสถานการณ์ มาตราการและแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วด้วย กำหนดขอบเขตช่วงระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ชัดเจน

2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประวัติการติดเชื้อ และประวัติการได้รับวัคซีน COVID–19 กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

3. ควรศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศ ตำแหน่งงาน ประวัติการติดเชื้อกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

4. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขของจังหวัดตรัง

5. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมาตรการ DMHTTA กับผลการดำเนินงานการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดตรัง

## เอกสารอ้างอิง

1. กฎกระทรวงว่าด้วยการแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง.กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2560.(2560, มิถุนายน 14).ราชกิจจานุเบกษา,134, (64 ก), 12
2. กรมควบคุมโรค. (2565). สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย, สืบค้น 15 มีนาคม 2565, จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. (2565). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดตรัง, สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2565 จากhttp://www.tro.moph.go.th/index2.php.
4. ศศินา สิมพงษ์, ศิริกาญน์ อุปสิทธิ์, ศิริพร นครลา, สิรินารถ ต้นสวรรค์, สุจิตรา ส่งสุข และสุทธิดา โพธิ์ไทร. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*. 10(2), 151-155.
5. เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์, มิ่งขวัญ ศิริโชติ, ปัณณวิชญ์ ปิยะอร่ามวงศ์ และศุภอัฑฒ์ สัตยเทวา. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กรุงเทพมหานคร. *วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้*. 9(1), 36 – 48.
6. อัมนะห์ กูนา, สุรัยยา จอมสุริยะ, สุปรีชา แก้วสวัสดิ์, พัฒนศักดิ์ คำมณีจันทร์ และ Cua Ngoc Lee. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะคุกคามกับพฤติกรรมการป้องกันของโรคติดเชื้อไวรัสฯในผู้สูงอายุ ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา. *วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา*. 35(2), 38-47.
7. ภัคณัฐ วีรขจร,โชคชัย ขวัญพิชิต, กิตติพร เนาว์สุวรรณ์, และนภชา สิงห์วีรธรรม. (2563). การรับรู้พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกำลังพลที่ปฏิบัติงานสายแพทย์ ศูนย์อำนวยการแพทย์ จังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ.* 3(3), 106-116.
8. อภิวดี อินทเจริญ, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ, กัลยา ตันสกุล และสุวรรณา ปัตตะพัฒน์. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน.* 3(2), 19-29.
9. นภชา สิงห์วีรธรรม, วัชรพล วิวรรศน์ เถาว์พันธ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เฉลิมชัย เพาะบุญ และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์. (2563). การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ของทันตาภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 14 (2), 104-114.
10. ฮูดา แวหะยี. (2563). การรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของวัยรุ่นในเขตตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*. 6(4), 158-167.

# ประสิทธิผลของโปรแกรมการเพิ่มความรอบรู้ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองเจริญสุข อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

# The Effectiveness of Improving Health Literacy Program on Eating Behavior for People with Uncontrol Blood Glucose Type2 Diabetes Mellitus in Khongchalaensuk Health Promotion Hospital, Wangsomboon Distric, Sakaeo Province.

(Received: April 28,2024 ; Revised: April 29,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**เรียม แก้วประดับ**[1]
**Riam Kaewpradab**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ใช้แบบแผนการวิจัยแบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง วัดผลการทดลองในระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณ และใช้วิธีการสุ่มเฉพาะเจาะจง กลุ่มละ 40 คน รวม 80 คน มีขั้นตอนการวิจัย 3 ขั้นตอนได้แก่ 1) การพัฒนาโปรแกรมการเพิ่มการความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร 2) การคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และ 3) การนำโปรแกรมไปใช้ โดยมีเครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ชุดทดสอบทางห้องปฏิบัติการ เครื่องมือแพทย์ คู่มือ และโปรแกรมการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร ซึ่งประกอบด้วย 8 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาการฝึก 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอ้างอิง ได้แก่ สถิติทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยรวมความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีระดับน้ำตาล HbA1c ลดลงภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนั้น กลุ่มทดลองยังมีคะแนนเฉลี่ยรวมความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร และคะแนนเฉลี่ยรวมพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีระดับ HbA1c ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีขนาดอิทธิพลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอีกด้วย

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร/ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร/ เบาหวานชนิดที่ 2

**Abstract**

The purposes of this quasi experiment research were to develop and to examine a food eating literacy (FEL) program by using health literacy model for people with uncontrolled Type 2 diabetes mellitus (T2DM). The participants consisted of 80 uncontrolled T2DM patients in Wangsomboon district, Sakaeo Province, who were purposive sampling to one of two groups (40 per group). The research design was a 2X2 factorial pre-test and post-test design. The research process consisted of three steps including 1) development of EIC training program 2) screening participants and 3) investigation of EIC program on eating behaviors in people with uncontrolled T2DM. Instruments included 1) an interview form 2) ELISA test kit 3) medical equipment and 4) the EIC program, a program consisting of 8 activities lasting over 12 weeks. Data were analyzed by descriptive statistics and analytic statistics including paired t test, independent t-test.

Results showed that both groups presented significant increases in total mean scores of FEL and EB after 12 weeks of training program. Moreover, the mean scores of FEL and EB of experimental group was significantly higher than the comparison group. At the 12 weeks after training mark, experimental group exhibited significant reductions in HbA1c levels. In addition, it was found that experimental group presented a lower level of HbA1c and more effect side of FEL and EB when compared to the comparison group.

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านคลองเจริญสุข

**Keywords:** Food eating literacy, Eating behavior, Type 2 diabetes mellitus

**บทนำ**

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบการเผาผลาญอาหาร ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้เกิดการทำลายหัวใจ หลอดเลือด ไต และระบบประสาท ซึ่ง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบได้มากว่าร้อยละ 90 ของผู้เป็นเบาหวานทั้งหมด สถานการณ์ของโรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นจาก 108 ล้านคน ในปีค.ศ.1980 เป็น 422 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2014 และระหว่างปี 2000-2019 มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3 โดยในปี 2019 มีผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิตจากภาวะไตวายประมาณ 2 ล้านคน[1] จากการสำรวจความชุกโรคเบาหวานในประชากรที่อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2563[2]จากข้อมูลผลการดำเนินงานตัวชี้วัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs Clinic Pius) ปีงบประมาณ 2565 พบว่า ร้อยละของผู้เป็นเบาหวานที่ได้รับการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลได้ เพียง ร้อยละ 32.94 สอดคล้องกับร้อยละผลการดำเนินงาน ผู้เป็นเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ดีของจังหวัดสระแก้วปี 2566 เพียงร้อยละ 39.75 และอำเภอวังสมบูรณ์ ร้อยละ 44.03 และในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองเจริญสุข ร้อยละ 44.29 ตามลำดับ[3] ซึ่งผลงานต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด คือร้อยละ 40 ซึ่งส่งผลภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ จากองค์ความรู้ด้านการรักษาโรค จะใช้การรักษาด้านการใช้ยาควบคู่ไปกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย โดยการควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียว สามารถลดระดับน้ำตาล HbA1c ได้ร้อยละ 0.5-2[4]

การบริโภคอาหาร เป็นระบบการควบคุมจากระบบประสาทส่วนกลาง และมีฮอร์โมนที่ส่งผลต่อความอยากอาหาร ทำให้เป็นพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนได้ยาก ประกอบกับศึกษาอภิมาณ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ช่วง 10 ปีที่ผ่านมา เป็นการใช้แนวคิดกระบวนการกลุ่มและการมีส่วนร่วม การใช้ทฤษฎีทางปัญญาสังคม แรงจูงใจ แรงสนับสนุนทางสังคม และการกำกับตนเอง ซึ่งผลการศึกษายังไม่ยืนยันชัดเจน ว่าวิธีใดเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับคนไทย และมีผลสำเร็จที่เกิดขึ้นมีขนาดอิทธิพลอย่างไรต่อประชากร[5] จากการทบทวนวรรณกรรมด้านการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่า การนำแบบจำลองความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไปพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพบว่าสามารถเพิ่มคะแนนความรอบรู้แก่กลุ่มเป้าหมายได้ แต่ไม่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเป้าหมายได้แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นผลจากกลุ่มเป้าหมายไม่สามารถในการตรวจระดับน้ำตาลตนเองได้[6] จากข้อจำกัดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดการประยุกต์กระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยด้วย วีเชฟ (V-shape) 6 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึง การเข้าใจ การตอบโต้ซักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ ที่พัฒนาขึ้นโดย นพ. วชิระ เพ็งจันทร์, และ รศ.ดร.ชนวนทอง ธนสุกาญจน์[7] เพื่อออกแบบเป็นโปรแกรมการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน เพื่อให้ได้รูแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพมากขึ้นในการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และมีสุขภาพที่ดีต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการบริโภคสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในเขตให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านคลองเจริญสุข
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการบริโภคสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในเขต

ให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านคลองเจริญสุข

**วิธีการศึกษา**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งเชิงทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) โดยใช้แบบแผนการทดลองแบบ 2x2 Factorial Pretest Posttest Design มีขั้นตอนวิจัย แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอน 1 การพัฒนาโปรแกรมการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการบริโภคอาหาร สำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยการการพัฒนาโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารแบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอน ได้แก่ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนที่ 2 กำหนดจุดมุ่งหมายของกิจกรรม ขั้นตอนที่ 3 ออกแบบกิจกรรมการฝึกให้สอดคล้องบริบทของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนที่ 4 นำกิจกรรมที่ออกแบบแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบหาก ตรวจสอบแล้วไม่ผ่านให้กับไปดำเนินการในขั้นที่ 1 ถึง 3 หากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ผ่านแล้วนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ขั้นตอนที่ 6 จัดทำเอกสารและคู่มือการใช้โปรแกรม ขั้นที่ 7 ประเมินผลการใช้โปรแกรม ขั้นตอน 2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงจาก แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการบริโภคอาหาร[8] และพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับ ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2[9] นำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 40 คน ในเขต โรงพยาบาลวังสมบูรณ์

ขั้นตอน 3 การนำโปรแกรมไปใช้ในการสร้างกิจกรรมการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อการบริโภคอาหาร สำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

**กลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีค่าน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดง มากกว่าร้อยละ 7 ในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 80 คน โดยกลุ่มทดลองอาศัยในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองเจริญสุข จำนวน 40 คน กลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านถวายเฉลิมพระเกียรติ และยินดีเข้าร่วมการทดลอง โดยจำนวนตัวอย่างได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of Test) ที่ .95 และขนาด อิทธิพลของตัวแปร (Effect Size) มีค่าเท่ากับ 0.38[5]

**เครื่องมือการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พัฒนาขึ้นจากจากพฤติกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2[7, 8] โดยแบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีข้อคำถาม 14 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นด้านความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร เป็นข้อคำถาม ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีข้อคำถามจำนวน 31 ข้อใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผล ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร โดยใช้การแปลความหมายคะแนนโดยใช้เกณฑ์การประเมินผลของ Best[10] แบ่งออกเป็น 3 ระดับ กำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ คะแนนเฉลี่ยสูงสุดลบด้วย คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดหารด้วย 3 ได้ช่วงอันตรภาคชั้นเท่ากับ 31แปลผลคะแนนดังนี้

คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 86 มีพฤติกรรมการยั้งคิดอยู่ในระดับสูง

คะแนนระหว่าง 51-85 มีพฤติกรรมการยั้งคิดอยู่ในระดับ ปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 มีพฤติกรรมการยั้งคิดอยู่ในระดับต่ำ

แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีข้อคำถามจำนวน 31 ข้อ รวม 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การบริโภคอาหาร

แบบควบคุมไม่ได้ จำนวน 6 ข้อคำถาม 2) การบริโภคอาหารแบบจำกัดอาหาร 6 ข้อคำถาม 3) การบริโภคอาหารตามอารมณ์ 6 ข้อคำถาม 4) การบริโภคอาหารตามสังคม 4 ข้อคำถาม 5) การบริโภคอาหารแบบวางแผนล่วงหน้า 3 ข้อคำถาม และ6) การบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ 6 ข้อคำถาม และผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 การประเมินผลรายข้อ แบ่งออกเป็น 5 คะแนน ตามความถี่ของการปฏิบัติ ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ดังนี้

| ความถี่การปฏิบัติ | เชิงบวก | เชิงลบ |
|---|---|---|
| ทุกครั้ง (ปฏิบัติทุกวัน) | 5 คะแนน | 1 คะแนน |
| เกือบทุกครั้ง (5-6 วัน) | 4 คะแนน | 2 คะแนน |
| บ่อยครั้ง ( 3-4 วัน) | 3 คะแนน | 3 คะแนน |
| นาน ๆ ครั้ง ( 1-2 วัน) | 2 คะแนน | 4 คะแนน |
| ไม่ปฏิบัติเลย | 1 คะแนน | 5 คะแนน |

โดยข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อที่ 7, 8, 9, 10, 11,12 ข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 13, 14, 15, 16, 7, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31

การแปลผล พฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยใช้การแปลความหมายคะแนนโดยใช้เกณฑ์การประเมินผลของ เบส (Best, 1977)[4] แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณช่วงคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ คะแนนเฉลี่ยสูงสุด ลบด้วย คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดหารด้วย 3 อันตรภาคชั้นเท่ากับ 41 แปลผลคะแนนดังนี้

คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 115 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี

คะแนนระหว่าง 74-114 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับ ปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 73 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำ

การแปลผลระดับน้ำตาล HbA1c เป้าหมายในการควบคุมและติดตามผลการรักษาสำหรับผู้ใหญ่มี 3 ระดับ[4] ดังนี้ ควบคุมได้ดี น้อยกว่าร้อยละ 7 ควบคุมได้ในระดับพอใช้ ร้อยละ 7-8 และควบคุมไม่ดี มากว่าร้อยละ 8

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ด้านความตรง สำหรับแบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยส่งแบบประเมินให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยมีค่า I-CVI เท่ากับ 1.00 และความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ S-CVI มีค่าเท่ากับ 1.00 ด้านความเที่ยง สำหรับแบบสัมภาษณ์รายบุคคล ได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับอาสาสมัคร ในเขตอำเภอวังน้ำเย็น จำนวน 40 ราย มีค่าความเที่ยง โดยใช้ค่าแอลฟ่า ของครอนบารค โดยแบบวัดพฤติกรรมการยั้งคิด เท่ากับ 0.97 และแบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหารเท่ากับ 0.92

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลเชิงปริมาณ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ และการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติดังนี้ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากร ใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติวิเคราะห์ ใช้การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Paired samples t-test การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test

**จริยธรรมการวิจัย**

งานวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เลขที่ SKPHO 44/2565 ลงวันที่ 23 มกราคม 2567

**ผลการวิจัย**

1. ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.75 สถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกันร้อยละ 72.50 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 93.25 อาชีพ ส่วนมากมีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 43.75 และมีระดับฐานะพอมีพอกิน (มีรายได้ 15,000–20,000 บาทต่อปี) ร้อยละ 81.25 มีรายได้เฉลี่ย 4,530.00 บาทต่อเดือน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3,207.84 ด้านระยะเวลาการป่วย ส่วนมากมีระยะเวลาป่วยระหว่าง 5–10 ปี ร้อยละ 37.50

ค่าเฉลี่ย 9.35 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.06 ระดับน้ำตาล HbA1c ส่วนใหญ่มีค่าอยู่ระหว่าง 7-8% มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.12% ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.04 ระดับ BMI ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ อ้วนระดับที่ 2 (ค่า BMI 25–29.9) ด้านการออกกำลังกาย ส่วนมากมีการออกกำลังกาย ร้อยละ 53.75 โดยมีระยะเวลาการออกกำลังกายส่วนใหญ่น้อยกว่า 30 นาทีต่อครั้ง ร้อยละ 50.00 และเป็นการออกกำลังกายแบบเบาๆ ( ช่วงออกกำลังกายร้องเพลงได้) ร้อยละ 70.00 เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างคุณลักษณะทางประชากรทั้งสองกลุ่ม โดยการทดสอบ Chi square test ก่อนการทดลอง พบว่าคุณลักษณะทางประชากรทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

2. ผลการวิเคราะห์คะแนนด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาล HbA1c พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 80.00 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 87.50 ตามลำดับ ภายหลังการทดลองทั้งสองกลุ่มมีระดับความรอบรู้ด้านการบริโภคสูงขึ้น โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.00 กลุ่ม กลุ่มเปรียเทียบอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.00 ด้านระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับสูง โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 70.00 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 65.00 ตามลำดับ ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงขึ้นทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนในระดับสูงร้อยละ 90.00 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 82.50 ตามลำดับ ด้านระดับน้ำตาล HbA1c ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่ควบคุมได้ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มทดลอง ร้อยละ 55.00 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 67.50 ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มสามารถคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น โดยกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาล HbA1c ส่วนใหญ่ควบคุมน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 42.50 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 30.00

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาล HbA1c ภายในกลุ่ม ก่อนการทดลอง และหลังร่วมการทดลอง 12 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ Paired t – test รายละเอียดดังตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรวมพฤติกรรมความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาล HbA1c ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

| ตัวแปร | ก่อนการทดลอง | | หลังการทดลอง | | *MD* | *t* | *p* | *ES* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\bar{x}$ | *SD* | $\bar{x}$ | *SD* | | | | |
| ความรอบรู้ด้านการบริโภค | | | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 62.27 | 13.78 | 98.13 | 10.56 | 35.86 | 9.63 | .00** | 2.55 |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 61.75 | 11.42 | 79.07 | 11.06 | 17.32 | 4.54 | .03** | 0.93 |
| พฤติกรรมการบริโภคอาหาร | | | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 114.13 | 11.50 | 138.10 | 11.00 | 23.97 | 10.6 | .00** | 2.18 |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 116.10 | 13.05 | 122.63 | 11.05 | 6.53 | 6.53 | .02* | 0.59 |
| ค่าระดับน้ำต HbA1c | | | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 8.39 | 1.48 | 7.45 | 1.00 | 0.94 | 5.28 | .00** | 0.94 |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 7.90 | 0.92 | 7.56 | 1.24 | 0.34 | 2.02 | .05 | 0.27 |

*p<.05, **p<.01, ES หมายถึง ขนาดอิทธิพล

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียมค่าเฉลี่ยคะแนนรวมพฤติกรรมความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาล HbA1c ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

| ตัวแปร | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มเปรียบเทียบ | | *MD* | *t* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\bar{x}$ | *SD* | $\bar{x}$ | *SD* | | | |
| ความรอบรู้ด้านการบริโภค | | | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 62.27 | 13.78 | 61.75 | 11.42 | 0.52 | 9.63 | .00** |
| หลังการทดลอง | 98.13 | 10.56 | 79.07 | 11.06 | 19.06 | 4.54 | .03** |
| พฤติกรรมการบริโภคอาหาร | | | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 114.13 | 11.50 | 116.10 | 13.05 | 1.97 | 10.6 | .00** |
| หลังการทดลอง | 138.10 | 11.00 | 122.63 | 11.05 | 15.47 | 6.53 | .02* |
| ค่าระดับน้ำต HbA1c | | | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 8.39 | 1.48 | 7.90 | 0.92 | 0.49 | 0.37 | .71 |
| หลังการทดลอง | 7.34 | 1.00 | 7.74 | 1.24 | 0.40 | 2.24 | .03* |

*p<.05, **p<.01

หลังการทดลอง การเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า ทั้งสองกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมพฤติกรรมความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากกว่าระยะก่อนร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และมีขนาดอิทธิพลในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ย HbA1c ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**สรุปและอภิปรายผล**

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบแนวทางการดำเนินงานการเพิ่มพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มากขึ้น และส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ จากผลการถอดบทเรียนการดำเนินงาน พบว่า ผู้เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือ และสนับสนุนแนวทางการดำเนินงานเป็นอย่างดี และมีความพึงพอใจในการดำเนินงานในระดับสูง โดยเฉพาะกิจกรรมการสนับสนุนให้ผู้กลุ่มเป้าหมายสามารถจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้อง และมีการตรวจติดตามการตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว โดยทีมผู้วิจัย ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวสามารถนำไปออกแบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายที่มีประสิทธิภาพได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง พบว่า รูปแบบในการพัฒนาประกอบด้วยการพัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแล การพัฒนาระบบติดตามเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนการดูแลตนเอง และการพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้ดูแลและผู้ป่วย[11] และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Malanda และคณะ[12] ด้านกิจกรรมการสำรวจตนเอง การตั้งเป้าหมาย โดยมีพี่เลี้ยงคอยให้คำแนะนำ (Coaching) เป็นรายบุคคลโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้วิจัยและบุคลากรสาธารณสุข เข้าใจสภาพแวดล้อมของผู้เป็นเบาหวานแต่ละบุคคล สามารถให้คำแนะนำที่เหมาะสม ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Heisler, Smith, Hayward, Krein, & Kerr ที่ศึกษาผลของการมีผู้เชี่ยวชาญเป็นพี่เลี้ยงใน

การให้คำแนะนำ ทำให้กลุ่มเป้าหมายสามารถลดระดับ HbA1c ได้ร้อยละ 1.07 ในเวลา 6 เดือน[13]

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร สามารถเพิ่มคะแนนเฉลี่ยรวมความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 โดยโปรแกรมมีกระบวนการการสร้างแรงจูงใจ และแรงสนับสนุน ติดตามการปฏิบัติของกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการบันทึกรายการอาหาร การติดตามเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว การเยี่ยมเสริมพลัง ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมาย มีการรับรู้อันตราย และสร้างพลังให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการลดการใช้ยา และมีสุขภาพที่แข็งแรงขึ้น ส่งผลให้เกิดการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับสอดคล้องกับแบบจำลองพฤติกรรมการยั้งคิดที่กล่าวว่า การปฏิบัติเพื่อเป้าหมายที่ตั้งไว้ มีความตั้งใจและความพยายามเพื่อการบรรลุความสำเร็จ รวมทั้งการปฏิบัติด้านการวิเคราะห์ หรือการสังเคราะห์พฤติกรรม สามารถทำให้พฤติกรรมการยั้งคิดมีประสิทธิภาพสูงขึ้น[14] นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการกำกับตนเองในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารร่วมกับการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาล HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [15] ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร สามารถเพิ่มคะแนนเฉลี่ยรวมพฤติกรรมบริโภคอาหาร และลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผลการวิจัยนี้เป็นผลจากกลุ่มเป้าหมายมีความเข้าใจ มีเป้าหมายในการปฏิบัติที่ชัดเจน มีการยับยั้งชั่งใจ และมีกระบวนการกำกับตนเองในด้านการบริโภคอาหารได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีการบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้ตามแผนที่กำหนด ส่งผลให้มีคะแนนรวมด้านการบริโภคดีขึ้นทุกองค์ประกอบ โดยเฉพาะองค์ประกอบด้านการคุมควบการบริโภคอาหารและองค์ประกอบด้านการบริโภคอาหารตามหลักโภชนบำบัด ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมฉลาดบริโภคโดยประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อนพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องดีขึ้น[16] และลดระดับน้ำตาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [9]

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร สามารถลดระดับตาล HbA1c ในเลือดของผู้เป็นเบาหวานได้ เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 จากผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาล HbA1c ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับ HbA1c ลดลงมากกว่าระยะก่อนการทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบก็มีระดับน้ำตาล HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน แต่มีขนาดอิทธิพลน้อยกว่า แสดงว่าโปรแกรมการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลดีกว่าโปรแกรมการจัดการตนเอง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมฉลาดบริโภคโดยประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน นิดที่ 2 โรงพยาบาลเวศาสตร์เขตร้อน โดยกิติยากร คล่องดีและคณะ พบว่าโปรแกรมมีระดับน้ำตาลในเลือดทั้งระดับ FBS และ HbA1c ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม[16]

สรุปได้ว่า โปรแกรมการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร มีความเหมาะสมในการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร เพิ่มพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และลดระดับน้ำ HbA1c ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอวังสมบูรณ์ได้

**ข้อเสนอแนะ**

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

1. รูปแบบการเพิ่มการยั้งคิดต่อการบริโภคอาหาร สำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม และสร้างความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง สามารถนำไปใช้ในการดำเนินงานในพื้นที่

อื่น ๆ ได้ หรือนำไปใช้ในกลุ่มโรคอื่น ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง กลุ่มที่มีภาวะอ้วน หรือโรค NCDs ที่ต้องการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2. ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย การจำแนกกลุ่มเป้าหมาย และจัดพี่เลี้ยงในการดูแล 2) การพัฒนาและสร้างความชำนาญแก่ อสม. ที่เป็นครู ก ให้มีความสามารถในการสร้างแรงจูงใจ ทักษะการสื่อสาร การฟัง และสะท้อนความคิด 3) การสร้างบุคคลต้นแบบให้เป็นผู้นำการเรียนรู้ การถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้อื่น 4) การสร้างเครือข่ายและแลกเปลี่ยนข้อมูลในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย การใช้ Key Massage โรงเรียนเบาหวาน และใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

1.ควรมีการศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการเพิ่มความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

2.ควรเพิ่มตัวแปรด้านความพึงพอใจ สำหรับผู้ให้บริการ ผู้เกี่ยวข้อง และผู้รับบริการ

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global report on diabetes 2023. Geneva.: WHO; 2023.
2. วิชัย เอกพลากร, ณหทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน; 2564. 345 หน้า.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. รายงานประจำปี 2565. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์; 2565. 173 หน้า.
4. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. ประทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย จำกัด; 2566.
5. จิตติพร ศรีษะเกตุ, พรพิมล ชัยสา, อัศนี วันชัย, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, วิริยา โพธิ์ขวาง ยุสท์. แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่ วยเบาหวานไทย: การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็ นระบบ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2560; 11 (2):156-70.
6. บุญญธิดา ยาอินทร์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลชุมแสง อำเภอชุมแสง จังหวัด นครสวรรค์ สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 2564;18(1):35-48.
7. วิมล โรมา, บรรราธิการ. แนวคิดหลักการองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0; 2562. 32 หน้า.
8.อังศินันท์ อินทรกำแหง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ:การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์; 2560. 292 หน้า.
9.จำเนียร สุวรรณชาติ, ยุทธนา จันทะขิน, กนก พานทอง. การเพิ่มการยั้งคิดต่อการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมการยั้งคิดของบาร์คลีย์. [ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา] ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2565.
10. Best JW. Research in education : 3rd ed. Englewood Cliffs, Nj: Prentice-Hall Englewood Cliffs, Nj; 1977.
11. ณิสาชล นาคกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่ วยเรื้ อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตเทศบาลนคร สุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2561;28(3):36-50.
12. Malanda UL, Welschen LM, Riphagen, II, Dekker JM, Nijpels G, Bot SD. Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus who are not using insulin. The Cochrane database of systematic reviews. 2012;1:Cd005060.
13. Heisler M, Smith DM, Hayward RA, Krein SL, Kerr EA. How well do patients' assessments of their diabetes self-management correlate with actual glycemic control and receipt of recommended diabetes services? Diabetes Care. 2003;26(3):738-43.
14. Jiang Q, He D, Guan W, He X. “Happy goat says”: The effect of a food selection inhibitory control training game of children's response inhibition on eating behavior. Appetite. 2016;107:86-92.

15. สุรีย์พร ปัญญาเลิศ, นิรัตน์ อิมามี, วรากร เกรียงไกรศักดา. การกำกับตนเองในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองชะโด จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสุขศึกษา. 2560;40(1):69-81.
16. กิติยากร คล่องดี, ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช , ธราดล เก่งการพานิช. ผลของโปรแกรม ฉลาดบริโภคโดยประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเวศาสตร์เขตร้อน. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2562;25(3):326-39.

# การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว: กรณีศึกษา

# Nursing Care of a Pediatric Patient with Acute Respiratory Failure due to Pneumonia : A Case Study

(Received: April 28,2024 ; Revised: April 29,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**สุกัญญา รื่นสุข**[1]
**Sukanya Ruensuk**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ศึกษาในผู้ป่วยเด็กชายอายุ 11 เดือน มาด้วยไข้ ไอ หายใจเหนื่อยหอบ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล วินิจฉัยโรคปอดอักเสบ เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยพิเศษวันที่ 4 พฤศจิกายน 2566 วันที่ 9 พฤศจิกายน 2566 มีอาการเหนื่อยหอบ ไข้สูง มีภาวะหายใจล้มเหลว ย้ายมาดูแลที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ขณะดูแลระยะวิกฤต

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน ดูแลบำบัดด้วยออกซิเจน Heated humidified high flow nasal cannula (HHHFNC) ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ รวมถึงการให้ข้อมูลกับผู้ดูแล ผู้ป่วยมีภาวะโปแทสเซียมต่ำให้ยาโปแทสเซียมและชนิดผสมสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ติดตามผลเกลือแร่อยู่ในภาวะปกติ ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจน HHHFNC ต่อเนื่อง 4 วัน ร่วมกับการทำกายภาพบำบัด เคาะปอด ดูดเสมหะลดการติดเชื้อ และเปลี่ยนให้ออกซิเจนทางหน้ากาก ได้ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ญาติในการดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติได้ถูกต้อง ระยะฟื้นฟู มารดาผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ให้ความรู้และเน้นย้ำการป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบ สามารถย้ายไปดูแลต่อที่ห้องพิเศษได้ จำหน่ายผู้ป่วยวันที่ 16 พฤศจิกายน 2566 รวมระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล 12 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้ป่วยเด็ก, โรคปอดอักเสบ, ภาวะหายใจล้มเหลว

**Abstract**

This study was case study aimed to study the nursing care of a pediatric patient with acute respiratory failure due to pneumonia. A case study of an 11-month-old male pediatric patient presenting with fever, cough, and respiratory distress one day prior to hospital admission. Diagnosed with pneumonia, the patient was admitted to the pediatric intensive care unit on November 4, 2023. On November 9, 2023, the patient developed high fever, respiratory distress, and required oxygen therapy, prompting transfer to the pediatric respiratory medicine unit.

Study results: During the critical care phase, the patient exhibited oxygen desaturation and received treatment with heated humidified high flow nasal cannula (HHHFNC), antibiotic therapy, and intravenous fluid therapy. Electrolyte imbalance was corrected with appropriate medication and fluid management. The patient underwent continuous oxygen therapy with HHHFNC for four days along with physiotherapy, chest percussion, suctioning, and oxygen mask changes to reduce infection risk. Education and skill training were provided to the family for proper patient care, and the mother was particularly concerned about post-discharge care. Hence, emphasis was placed on educating the family about pneumonia prevention measures. The patient was discharged on November 16, 2023, after a total hospital stay of 12 days.

**Keywords:** Nursing care, Pediatric patient, Pneumonia, Respiratory failure

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอ่างทอง

**บทนำ**

โรคปอดอักเสบ (pneumonia) เป็นโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างที่เกิดจากเชื้อจุลชีพ ทำให้มีการอักเสบของเนื้อปอด พบได้ร้อยละ 8-10 ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจจากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2015 ในทวีปเอเชียใต้และทวีปแอฟริกา พบว่าเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี เสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบ ร้อยละ 16 คิดเป็นจานวน 920,136 คน[1] สำหรับประเทศไทย จากสถิติของกรมควบคุมโรค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบจำนวนเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ 61,786 คน และเสียชีวิต 11 คน และโรคปอดอักเสบยังเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อทั้งหมดในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของประเทศไทยอีกด้วย เด็กป่วยโรคปอดอักเสบเหล่านี้ยังมีโอกาสเกิดโรคปอดอักเสบกลับเป็นซ้ำได้ สำหรับโรงพยาบาลอ่างทอง สถิติจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคระบบทางเดินหายใจที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ปีงบประมาณ 2564 - 2566 มีจำนวน 277, 189 และ 503 ราย ตามลำดับ[2]

โรคปอดอักเสบในเด็กที่มีความรุนแรงจะมีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีระวิทยา การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่ดี มีภาวะพร่องออกซิเจน อาจทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว ต้องรักษาช่วยชีวิตโดยใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ หากมีอาการของระบบไหลเวียนล้มเหลว ร่วมกับมีโรคประจาตัว ซึ่งในเด็กเล็กมักมีอาการรุนแรง ทำให้อัตราตายสูงถึง 90 - 100[3] ภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น น้ำหรือหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด ฝีในปอด หรือเกิดการติดเชื้อขณะรับการรักษา อุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และมีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เช่น การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การหย่าเครื่องช่วยหายใจ ไม่สำเร็จ การเกิด Deep vein thrombosis[4] ซึ่งภาวะดังกล่าวทำให้อัตราการเสียชีวิตและจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จะมีความรุนแรงและมีโอกาสเป็นซ้ำมากกว่าเด็กโต ทำให้มีภาวะของโรครุนแรง เสียชีวิตได้ ส่วนด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะต้องแยกจากครอบครัว ผู้ดูแล หรือสภาพที่คุ้นเคย จึงก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล ครอบครัวต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัว ดังนั้น ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจะต้องได้รับการพยาบาลอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสภาวะโรคดังกล่าว

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว

**วิธีการศึกษา**

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว

**ผลการศึกษา**

**กรณีศึกษา**

ผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 11 เดือน เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพ โสด ยังไม่ได้ศึกษา ภูมิลำเนา ตำบลหัวตะพาน อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 4 พฤศจิกายน 2566 เวลา 16.48 น

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 16 พฤศจิกายน 2566 เวลา 16:00 น.

**อาการสำคัญ**

ไข้ ไอ หายใจเหนื่อยหอบ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

**ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน**

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการไอ มีเสมหะ ไม่ได้มาตรวจรักษา

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไอบ่อยหนักมากขึ้น ไปรักษากับหมอสมุนไพร กวาดยาที่คอ

วันนี้ มีไข้ ไอ หายใจมีเสียงครืดคราด จึงพามารับการรักษาในโรงพยาบาล

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต:** ปฏิเสธ

**ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว (Family history)**

ยายผู้ป่วยเป็นเบาหวาน

**ประวัติการแพ้ยาและอาหาร :** ปฏิเสธ

**ประวัติแรกคลอด :** คลอดปกติ ครบกำหนด (BW 2,850 gm)

**ประวัติการได้รับวัคซีน :** ได้รับวัคซีนตามวัย

**ประวัติการเจริญเติบโตและพัฒนาการ :** สมวัย ส่วนสูง น้ำหนักตามเกณฑ์ 8.5 kgs. สูง 68 cm.

**ประวัติผ่าตัด :** ปฏิเสธการผ่าตัด

**การวินิจฉัย** Pneumonia with Respiratory Failure

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

CBC (White blood count 8,000 cells/ cell/$mm^3$, Neutrophil 57%, Lymphocyte 31%, Monocyte 10%, Eosinophil 2%, Basophil 0%, Hematocrit 33%, Platelet count 456,000 cell/$mm^3$) Na 139 mmol /L, K 3.2 mmol /L, Cl 102 mmol /L, $CO_2$ 23 mmol /L

**การตรวจร่างกายระบบ**

HEENT : not pale conjunctiva mild injection pharynx

Heart : normal S1, S2 no murmur

Lung : no subcostal retraction, rhonchi both lung, expiratory wheezing

Abdomen : no distension, abdominal wall soft, not tender

Extremities : no rash no petechia

Neuromuscular : no stiff neck

**ผลการตรวจทางรังสีวิทยา**

Film chest: Patchy infiltration BL ( 6 พฤศจิกายน 2566)

**การประเมินตามแบบแผนสุขภาพ**

**แบบแผนที่ 1** การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ เป็นเด็กเล็ก บิดามารดาเป็นผู้รับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ มีความวิตกกังวลกลัวต่อการเจ็บป่วย ของผู้ป่วย เวลาเจ็บป่วยมักพาไปหาหมอสมุนไพรก่อน

**แบบแผนที่ 2** ภาวะโภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหาร มีการเผาผลาญและต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นมีไข้ ไอมาก เหนื่อยหอบ และถ่ายอุจจาระเหลวบ่อย ผู้ป่วยเสี่ยงเกิดภาวะขาดน้ำ ขาดสารอาหาร ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ รับประทานนม และน้ำซุป

**แบบแผนที่ 3** การขับถ่ายถ่ายอุจจาระเหลวบ่อยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่

**แบบแผนที่ 4** กิจวัตรประจำวัน และการออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวของทรวงอกเร็วและแรง หายใจเร็ว 38-40 ครั้ง/นาที หายใจหอบ เนื่องจากการ แลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลงจากการติดเชื้อที่ปอด ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

**แบบแผนที่ 5** การพักผ่อนนอนหลับ กรณีศึกษาหลับได้เป็นพักๆ ตื่นบ่อย เนื่องจาก ต้องปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเช่น เช็ดตัวลดไข้ พ่นยา ดูดเสมหะ วัดสัญญาณชีพ ทุก 1-4 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยถูกรบกวนจากการรักษาพยาบาล มารดาได้รับผลกระทบต่อแบบแผนการนอนจากความกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วย

**แบบแผนที่ 6** สติปัญญาและการรับรู้ ก่อนเจ็บป่วยเด็กมีพัฒนาการสมวัย อารมณ์แปรปรวน ร้องงอแงบ่อย

**แบบแผนที่ 7** การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ มารดาและครอบครัวกังวล เครียด แต่เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นมารดาและครอบครัวมีความพึงพอใจผลการรักษาพยาบาล

**แบบแผนที่ 8** บทบาทและสัมพันธภาพ เป็นเด็กเล็กต้องพึ่งพาบิดามารดาหรือผู้ดูแลมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีให้การช่วยเหลือ ดูแลร่วมกัน

**แบบแผนที่ 9** เพศและการเจริญพันธุ์ เป็นเด็กเล็กเพศชาย

**แบบแผนที่ 10** การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด ขณะที่ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ ผู้ดูแลมีภาวะความเครียดสูง แต่มีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผ่านภาวะวิกฤติไปได้

**แบบแผนที่ 11** คุณค่าและความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวของมารดาและครอบครัวคือศาสนา การสวดมนต์ไหว้พระ

**สรุปอาการ**

แรกรับที่หอผู้ป่วยพิเศษเด็ก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไอมีเสมหะ น้ำมูกใส หายใจเหนื่อยเล็กน้อย ไม่มี retraction วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 136 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 38 ครั้งต่อนาที $O_2$ saturation 98% ให้ยาปฏิชีวนะ Ampicillin 220 mg iv ทุก 6 ชั่วโมง ยาขับเสมหะ Bisolvon syrup ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย 5%D/N/2 อัตรา 30 ml/hr 2 วัน ต่อมาผู้ป่วยหายใจหอบ มี mild subcostal retraction อัตรา 40-42 ครั้งต่อนาที ดูแลให้ออกซิเจนผ่านจมูก อัตรา 2 ลิตรต่อนาที 30 นาทีต่อมา อาการคงที่ ไม่ดีขึ้น ย้ายผู้ป่วยไปรับการรักษาด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง (HHHFNC) ที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม แรกรับที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจหอบเหนื่อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 38.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 134 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 40 ครั้งต่อนาที $O_2$ saturation 94% ให้ออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง (HHHFNC) อัตรา 20 ลิตรต่อนาที $FiO_2$ 0.3 เปลี่ยนยาปฏิชีวนะจาก Ampicillin เป็น Cefotaxime 220 mg iv ทุก 6 ชั่วโมง ยาละลายเสมหะ ยาพ่นขยายหลอดลมต่อเนื่อง จนผู้ป่วยมีอาการคงที่ลดออกซิเจนเป็นออกซิเจนผ่านจมูก canular ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ ให้การฟื้นฟูสภาพ ให้คำแนะนำและฝึกทักษะแก่มารดา ได้แก่ การเช็ดตัวลดไข้ การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติทางการหายใจ การล้างจมูก และการเคาะปอด จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 16 พฤศจิกายน 2566 เวลา 16.00 น. รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 12 วัน

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาล**

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| **1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากปอดติดเชื้อ**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>- ผล CBC WBC 19,460 Cell/mm3 BT=38.9 0C<br>- หายใจเหนื่อยหอบ มี mild subcostal retraction RR=42 ครั้ง/นาที $O_2$ saturation 94% เสียงปอดมี crepitation และ secretion sound<br>- CXR พบ Patchy infiltration BL | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. จัดท่านอนให้อยู่ในท่าศีรษะสูงประมาณ 30 องศา ใช้ผ้าหนุนให้คอแหงนเล็กน้อย เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี และมีการระบายอากาศที่ดี<br>2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอัตราไหลสูงด้วยเครื่อง HHHFNC ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามแผนการรักษา คือปรับ Flow 20 LPM $FiO_2$ 0.3<br>3. ประเมินติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนอย่างใกล้ชิด ได้แก่ หายใจหอบมากขึ้น หายใจลำบาก มีหายใจหน้าอกบุ๋ม ชายโครงบุ๋มรุนแรงมากขึ้น สังเกตอาการไอ การขับเสมหะ ลักษณะ ปริมาณ สีของเสมหะ<br>4. วัดสัญญาณชีพความอิ่มตัวของออกซิเจน โดยประเมินทุก 15 นาทีติดต่อกัน 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าสัญญาณชีพปกติ<br>5. ติดตาม $O_2$ saturation และฟังเสียงปอดทุก 1 ชั่วโมง<br>6. กายภาพบำบัดทรวงอกและดูดเสมหะที่เป็นสาเหตุของการอุดกั้นทางเดินหายใจ<br>7. แนะนำให้ผู้ปกครองสังเกตลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ เช่น หายใจหอบมากขึ้น หายใจลำบาก<br>8. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์คือ 5% D/N/2 1000 ml iv drip 30 ml/hr<br>9. ให้เด็กได้พักผ่อนโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ รบกวนผู้ป่วยเมื่อจำเป็นและพยายามทำกิจกรรมการพยาบาลให้เสร็จสิ้นในช่วงเวลาเดียวกัน |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | 10. เตรียมอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจและเตรียมรถฉุกเฉินให้พร้อม<br>11. ควบคุมอุณหภูมิร่างกายโดยเช็ดตัวลดไข้เพื่อลดการเผาผลาญของร่างกาย ซึ่งมีผลต่อการใช้ออกซิเจนของร่างกาย<br>12. ดูแลให้รับยาขยายหลอดลม Ventolin 0.3 ml+NSS up to 2.7 ml ทุก 4 ชั่วโมง<br>13. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Cefotaxime 220 mg iv ทุก 6 ชั่วโมง และสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยา<br>14. ติดตามผล chest X-ray เพื่อประเมินความสามารถในการทำงานของปอด<br><br>**การประเมินผล**<br>หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กรู้ตัวดี หายใจเหนื่อยลดลง เริ่มทำกิจกรรมได้ ผู้ป่วยไม่มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน Oxygen saturation 97-98% สัญญาณชีพ ชีพจร 120-124 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 34-36 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/50-100/60 มิลลิเมตรปรอท |
| **2. มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Potassium 3.2 mmol /L | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์คือ 5%D/N/2 1000 ml iv drip 20 ml/hr ควบคุมการไหลตลอดเวลา<br>2. ดูแลจัดอาหารให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย โดยเริ่มให้เร็วที่สุด ให้นม และน้ำซุป เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานอย่างเพียงพอ<br>3. ประเมินระดับโพแทสเซียมในในกระแสเลือดโดยเจาะเลือดส่งตรวจ<br>4. ดูแลให้ Elixer KCL 5 ml oral ทุก 3 ชั่วโมง 2 เวลา<br>5. ประเมินอาการที่บ่งบอกถึงภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ หัวใจเต้นผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องอืด คลื่นไส้อาเจียน รีบรายงานแพทย์ Monitor EKG<br>6. ติดตามการเต้นของหัวใจ และบันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าออก<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการภาวะโพแทสเซียมต่ำ ติดตามค่า Potassium ปกติ 4 mmol /L รับประทานนมได้ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน |
| **3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะใส่เครื่อง HHHFNC**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>การใส่เครื่อง HHHFNC มีโอกาสบาดเจ็บบริเวณทางเดินจมูก การเกิดแผลกดทับและอาการท้องอืด | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ได้แก่ รูปแบบการหายใจการเคลื่อนไหวของทรวงอก รวมถึงแรงขับเสมหะของผู้ป่วยและสัญญาณชีพ ได้แก่ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ความอิ่มตัวของออกซิเจน ในเลือด เสียงหายใจ เพื่อพิจารณาถึงข้อบ่งชี้ในการใช้ HHHFNC<br>2. อธิบายความจำเป็นและเหตุผลในการใช้ HHHFNC แก่ผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครอง<br>3. เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน ตรวจสอบแหล่งจ่ายออกซิเจนและอากาศ ชุดทำความชื้น ไม่ให้ชำรุด รั่ว ซึมปรับอุณหภูมิเครื่องทำความอุ่นชื้น อากาศระหว่าง 34-37 องศาเซลเซียส ปรับตั้งการไหลของอากาศตามน้ำหนักและอาการของผู้ป่วยเด็ก รายนี้โดยเริ่มที่ Flow 20 ลิตร $FiO_2$ 0.3 เลือก nasal cannula ที่มีขนาดระยะห่างระหว่าง nasal prong 2 ข้าง พอดีกับรูจมูก และมีขนาดของท่อ nasal prong ประมาณครึ่งหนึ่งของรูจมูกคือเบอร์ เพื่อให้สะดวกในการระบายก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ และความดันบวกที่สูงเกินออกสู่ภายนอก<br>4. จัดตำแหน่งของ nasal cannula ให้อยู่บริเวณกึ่งกลาง ใส่สายให้อยู่ในรูจมูกเสมอ และปลายท่อไม่ชนผนังจมูก คล้องและหนีบสาย heated inspiratory circuit กับผ้าปูที่นอนไม่ให้เลื่อนหลุด<br>5. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งด้วยการจัดท่านอนและดูดเสมหะทุก 4 ชั่วโมง ให้ออกซิเจนที่มีความร้อนผ่านเข้าสู่ทางเดินหายใจได้สะดวก ความร้อนไม่สะสมบริเวณโพรงจมูก ไม่เกิดการควบแน่นของน้ำ |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | 6. อธิบายให้ผู้ปกครองช่วยปิดปากผู้ป่วยให้สนิท ให้ผู้ป่วยหายใจทางจมูกไม่อ้าปากหายใจ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการเพิ่ม PEEP ช่วงที่ผู้ป่วยไม่สามารถปิดปากได้<br>7. ประเมินสัญญาณชีพเฝ้าสังเกตอาการเพื่อประเมินการตอบสนองต่อการรักษา ลักษณะการหายใจลำบาก ติดตามภาพถ่ายรังสีทรวงอก<br>8. เฝ้าระวังและประเมิน ตรวจสอบเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้งาน เช่น แผลกดทับในจมูกจากการใส่ตำแหน่ง nasal cannula ที่ชิดจมูกมากเกิน<br>9. ติดและเปลี่ยนผิวหนังเทียมทุกครั้งที่มีการหลุดร่อน ใช้ผ้านุ่มรองใต้สายบริเวณตำแหน่งที่มีการกดทับรัดสายให้แน่นพอดี<br>10. ดูแลทำความสะอาดบริเวณรูจมูกและบริเวณ nasal cannula ทุกเวรด้วยไม้พันสำลีชุบน้ำเกลือเพื่อลดการติดเชื้อและป้องกันการอุดตันจากน้ำมูก<br>11. สังเกตอาการท้องอืด เนื่องจากอาจมีออกซิเจนบางส่วนรั่วเข้าไปในทางเดินอาหารทำให้เกิดอาการท้องอืด<br>12. เฝ้าระวังค่า Oxygen saturation ถ้าลดลงอย่างรวดเร็ว มีอาการเหนื่อยมากขึ้น รายงานแพทย์ทันทีเพื่อพิจารณาตรวจภาพถ่ายรังสีปอด ประเมินภาวะลมรั่วของเยื่อหุ้มปอด<br>**การประเมินผล**<br>ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะ On HHHFNC ได้แก่ แผลกดทับในจมูก อาการท้องอืด ภาวะลมรั่วของเยื่อหุ้มปอด |
| **4. เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอาหารเนื่องจากการสูญเสียน้ำจากหายใจหอบเหนื่อย**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. มีไข้ รับประทานอาหารได้น้อย<br>2. มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ดูแลให้รับสารน้ำทางหลอดเลือดตามแผนรักษา 5%D/N/2 1000 ml iv drip 20 ml/hr<br>2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานนม ก่อนให้อาหารประเมินเสมหะในทางเดินหายใจ ช่วยระบายเสมหะโดยการทำกายภาพบำบัดทรวงอกและดูดเสมหะ<br>3. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำ เช่น ริมฝีปากแห้ง ผิวหนังมีความตึงตัวลดลง ดูแลความสะอาดของปากและฟัน กระตุ้นให้อยากอาหาร<br>4. ประเมินภาวะขาดสารน้ำ สารอาหาร เช่น ผิวหนังแห้ง skin turgor กระหม่อมลึกโบ๋ ริมฝีปากแห้ง<br>5. ชั่งน้ำหนักและบันทึกสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุกวัน<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยริมฝีปากชุ่มชื้น ไม่มีภาวะขาดสารน้ำ รับประทานนมได้ดี น้ำหนักไม่ลดลงกว่าเดิม |
| **5. ผู้ปกครองมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตร**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. บิดามารดามีสีหน้าเคร่งเครียด<br>2. ถามถึงอาการเด็กบ่อยครั้งว่าจะเป็นอันตรายหรือไม่ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับบิดามารดาและเปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวลและให้กำลังใจ<br>2. อธิบายความสำคัญและความจำเป็นในการติดตามอาการบ่อยครั้งในช่วงแรก เพื่อให้บิดามารดาเข้าใจวัตถุประสงค์ ยอมรับและให้ความร่วมมือ<br>3. สร้างความมั่นใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยโดยให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองระบายความรู้สึก อยู่เป็นเพื่อนในระยะแรกให้เกิดความมั่นใจ<br>4. อธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาอย่างง่าย ๆ และให้โอกาสซักถามตลอดจนประสานงานให้พบแพทย์ตามความต้องการ<br>5. สนับสนุนให้บิดาหรือมารดาให้อยู่กับเด็กตลอดเวลา และส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเท่าที่ทำได้<br>6. อธิบายถึงวิธีรักษา และแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ตรงกัน<br>7. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและแจ้งบิดาหรือมารดาก่อนทุกครั้ง ดูแลความสุขสบาย จัดหาของเล่นและกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลาย |

**ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล**

| ข้อวินิจฉัยการพยาบาล | กิจกรรมการพยาบาล |
|---|---|
| | **การประเมินผล**<br>บิดามารดาคลายความวิตกกังวลมีสีหน้าสดชื่น ให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำ มีการซักถามเจ้าหน้าที่เมื่อไม่เข้าใจ |
| **6. มารดาพร่องความรู้ในการดูแลบุตร มีโอกาสการกลับเป็นซ้ำเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน**<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. มีประวัติการใช้ยาสมุนไพร ซื้อยามารับประทานบ่อยครั้ง<br>2. ใกล้ชิดบุคคลในบ้านที่สูบบุหรี่ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>วางแผนจาหน่ายตามหลัก D-M-E-T-H-O-D<br>D : Disease ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ สาเหตุ<br>M : Medication ข้อมูลเรื่องการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง สอนการพ่นยา<br>E : Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การทำความสะอาดของบ้านเรือนให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก<br>T : Treatment ข้อมูลการรักษาแพทย์อาการผิดปกติ แนะนำเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ เช่น อาการไอ หายใจเหนื่อยหอบ มีเสมหะ มีไข้ ซึมลง ไม่รับประทานอาหาร หรือรับประทานได้น้อย ถ่ายอุจจาระบ่อย ท้องอืดที่ควรมาพบแพทย์ เช่น หายใจเร็ว ปีกจมูกบาน<br>H : Health ให้ความรู้การดูแลสุขภาพ หลีกเลี่ยงการสัมผัสโรคโดยไม่ควรให้เด็กใกล้ชิดกับผู้ป่วยติดเชื้อทุกประเภท ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ทั้งผู้ดูแลและตัวผู้ป่วย โดยล้างมือบ่อย ๆ ให้สะอาด ไม่ขยี้ตาหรือจมูก ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย ตลอดจนของใช้สำหรับผู้ป่วย หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลการระคายเคืองทางเดินหายใจ เช่น ฝุ่นละออง อากาศร้อนจัด เย็นจัด ที่อับชื้น สถานที่ที่มีคนแออัด คนสูบบุหรี่ ควันไฟ และควันจากท่อไอเสียรถยนต์ควรหลีกเลี่ยง<br>O : Outpatient Referral ตรวจตามนัด อย่างต่อเนื่อง<br>D : Diet แนะนำให้รับประทานนม และอาหารเสริมตามวัย<br>**การประเมินผล**<br>ผู้ป่วยมีความพร้อมในการจำหน่าย หน้าตาสดชื่นไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ มารดาบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง |

## สรุปและอภิปรายผล

โรคปอดอักเสบในเด็ก เป็นโรคที่มีความรุนแรงและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งกรณีศึกษานี้ในระยะวิกฤต มีอาการหายใจเหนื่อยหอบมาก หายใจลำบากมีภาวะพร่องออกซิเจนให้ HHHFNC ต้องมีการปรับเพิ่ม Setting ในขนาดแรงดันสูงสุด ทำให้เสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลวมีโอกาสใส่ท่อช่วยหายใจสูง และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่เครื่อง HHHFNC การดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่อง HHHFNC จึงมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยทางเดินหายใจ พยาบาลต้องมีทักษะที่ดีในการประเมินระดับความรุนแรงผู้ป่วยเพื่อให้สามารถจัดการและแก้ไขภาวะวิกฤตินี้ได้ ต้องมีการประเมินเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ดังนั้นพยาบาลต้องสามารถให้การดูแลที่ถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อให้เด็กรอดชีวิตและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาและมีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้อย่างครอบคลุม ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวได้รับแก้ไข สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน คลายความกังวลลงและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้[1,4]

## เอกสารอ้างอิง

1.สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยครั้งที่ 1. บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด, 2562.

2.งานสารสนเทศ โรงพยาบาลอ่างทอง รายงานผู้ป่วยปีงบประมาณ 2564-2566.

3.ฤดีมน สกุลคู. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะปอดอักเสบกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยเด็ก. พุทธชินราชเวชสาร 2557, 31(1), 46-53.

4.วิมลพรรณ สังข์กุล. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบทางเดินหายใจ. ในพรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนา. การพยาบาลเด็ก เล่ม 2. บริษัทธนาเพรส จำกัด.

# การพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม

# Development of accessing blood clot-dissolving drugs system for stroke patients Ban Phaeng Hospital Nakhon Phanom Province.

(Received: April 28,2024 ; Revised: April 29,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**วิทยา บุตรสาระ**[1]
**Wittaya butsara**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566 รวม 12 เดือน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t – test และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการดำเนินงานพบว่า การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม จากการศึกษา พบว่า มีผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม จำนวน ทั้งสิ้น 60 ราย เป็นชาย จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 45.0 เป็นหญิง จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 65.0 เสียชีวิต จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.3 มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.0 เบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.0 ความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.3 ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.7 สามารถเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ได้ทุกราย

นอกจากนี้ยัง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลบ้านแพง หลังดำเนินการ อยู่ในระดับมากที่สุดในทุกกลุ่ม และความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาล ในกลุ่มเจ้าหน้าที่กู้ชีพ กลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และระดับตำบลรวมทุกกลุ่ม ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาล มากกว่าก่อนการดำเนินงาน

**คำสำคัญ :** ระบบ การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

**ABSTRACT**

This research was research and development aimed to study the situation of access to blood clot-dissolving drugs for stroke patients. and develop a system for accessing blood clot-dissolving drugs for stroke patients. Ban Phaeng Hospital Nakhon Phanom Province The study period is between October 2022 - September 2023, a total of 12 months. Data was collected from questionnaires. and analyze the data by content analysis (Content Analysis), frequency, percentage, mean, standard deviation, Independent t – test and Dependent t – test.

The results of the study found that after the operation, it was found that Access to blood thinners for stroke patients Ban Phaeng Hospital Nakhon Phanom Province, the study found that there were cerebrovascular disease patients. Come to receive services at Ban Phaeng Hospital. Nakhon Phanom

[1] โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม

Province, a total of 60 cases, 27 males, accounting for 45.0 percent, 33 females, accounting for 65.0 percent, 5 deaths, accounting for 8.3 percent, having congenital diseases, including diabetes, 3 cases, accounting for 5.0 percent, diabetes and High blood pressure: 12 cases, accounting for 20.0%. High blood pressure, 20 cases, accounting for 33.3%. No underlying diseases, 25 cases, accounting for 41.7%. Can access blood clot-dissolving drugs for stroke patients. Ban Phaeng Hospital Nakhon Phanom Province can get everyone.

In addition, it was found that the health literacy of medical personnel promotes access to blood clot-dissolving drugs for stroke patients. In Ban Phaeng Hospita.l After processing It is at the highest level in every group. and health literacy of medical personnel in promoting access to blood clot-dissolving drugs for stroke patients in hospitals, among rescuers. Group of staff at Subdistrict Health Promoting Hospital and sub-district level including all groups Before and after operation. There is a difference in the health literacy of medical personnel in promoting access to blood clot-dissolving drugs for stroke patients, with statistical significance at the .05 level. After the operation, the health literacy of medical personnel to promote access to blood clot-dissolving drugs for stroke patients in the hospital than before the operation.

**Keywords:** system, access to blood thinners Stroke patients Health literacy

**บทนำ**

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) คือ ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย การทำงานของสมองหยุดชะงัก เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ และเป็นสาเหตุของความพิการอย่างถาวร ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ทั้งยังส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของประเทศด้วย ซึ่งเป็นอาการที่เกิดอย่างปัจจุบันทันทีต่อการทางานของสมองบางส่วนหรือทั้งหมด โดยที่อาการนั้นเป็นอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง (World Health Organization (WHO, 2004) ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน (หรือมีผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน ในทุก 3 วินาที) และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน ( World Stroke Organization : WSO)[1]

ประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน ( อัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน ) แบ่งเป็นเพศชาย 19,949 คน (ร้อยละ 58 ) มากกว่าเพศหญิง 14,596 คน ( ร้อยละ 42 ) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 23,817 คน (ร้อยละ 69 ) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในแต่ละปีตั้งแต่ 2560-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479 , 534 , 588 และ 645 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดสมอง เท่ากับ 48 , 47 , 53 และ 53 ตามลำดับ[2]

หลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรืออาจมีความพิการในระดับที่แตกต่างกัน เนื่องจากการสูญเสียการทำหน้าที่ของระบบประสาทและสมอง ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการพึ่งพาและช่วยเหลือจากผู้ดูแล หากผู้ป่วยได้รับการดูแลได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูสภาพตั้งแต่ระยะแรก (Early Recovery) จะส่งผลต่ออาการและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น การเข้าถึงกระบวนการรักษาที่ทันท่วงที จึงเป็นกระบวนการรักษาที่ดีที่สุด ปัจจุบันมีการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic) ในผู้ป่วยที่มีอาการของภาวะสมองขาดเลือดภายใน 3-4.5 ชั่วโมงนับตั้งแต่เกิดอาการเพื่อแก้ไขภาวะอุดตันของหลอดเลือดให้เลือดไหลกลับมาเลี้ยงสมองได้ทันเวลา เนื้อสมองสูญเสียจากการขาดเลือดน้อยที่สุด และผู้ป่วยสามารถฟื้นกลับสู่ภาวะปกติให้มากที่สุด[3]

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเสือดสมองในพื้นที่ ต่อไป

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม
2. เพื่อศึกษาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม
3. เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม
4. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม

**วิธีการวิจัย**

การศึกษา การพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566 รวม 12 เดือน

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่เข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 - เดือน กันยายน 2566 จำนวน 12 เดือน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย

1.1 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการวิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง การกำหนดขั้นตอนของระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย ในโรงพยาบาล ขณะนำส่งผู้ป่วย และสถานที่เกิดเหตุในชุมชน และการค้นหาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

1.2 การประชุมเชิงปฏิบัติการในการการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 เวชระเบียน

2.2 แบบวัดศักยภาพของบุคลากรในการส่งเสริมการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1981)[4]

| คะแนนเฉลี่ย | แปลผล |
|---|---|
| 4.21 – 5.00 | มีสามารถในการปฏิบัติเหมาะสมมากที่สุด |
| 3.41 – 4.20 | มีสามารถในการปฏิบัติเหมาะสม |
| 2.61 – 3.40 | มีสามารถในการปฏิบัติพอใช้ |
| 1.81 – 2.60 | มีสามารถในการปฏิบัติต้องปรับปรุง |
| 1.00 - 1.80 | ไม่มีสามารถในการปฏิบัติ |

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity โดยผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ ( Try Out ) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อ

ทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method)

**ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย**

การศึกษา การพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

2. การกำหนดขั้นตอนของระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย ในโรงพยาบาล ขณะนำส่งผู้ป่วย และสถานที่เกิดเหตุในชุมชน

3. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

4. การดำเนินการตามกิจกรรมของระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

5. การติดตามประเมินผลกิจกรรมของระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

6. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการค้นหาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

7. การปรับปรุงแนวทางกในารดำเนินการตามกิจกรรมตามการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

8. การติดตามประเมินผลระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ศักยภาพของบุคลากรในการส่งเสริมการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ความครอบคลุมของการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังดำเนินการ

**ผลการศึกษา**

1. การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม จากการศึกษา พบว่า

ปี 2565 มีผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม จำนวน ทั้งสิ้น 47 ราย เป็นชาย จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.2 เป็นหญิง จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.8 เสียชีวิต จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.8 มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.5 เบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.3 ความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.7 ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.6 รับยาละลายลิ่มเลือด ทันเวลา 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.3 อยู่ในเวลา 4.5 ชั่วโมง จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.3

ปี 2566 การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม จากการศึกษา พบว่า มีผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม จำนวน ทั้งสิ้น 60 ราย เป็นชาย จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 45.0 เป็นหญิง จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 65.0 เสียชีวิต จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.3 มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.0 เบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.0 ความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.3 ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.7 สามารถเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ได้ทุกราย

2. การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ปี 2565 ใช้แนวทางร่วมกันกับโรงพยาบาลนครพนม ประกอบด้วย แนวทางการรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง NIHSS FORM และแนวปฏิบัติสำหรับ โรงพยาบาลชุมชน

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลบ้านแพง ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก และความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ระดับตำบล ในกลุ่มเจ้าหน้าที่กู้ชีพและ ในกลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ อยู่ในระดับมากที่สุดในทุกกลุ่ม

4. การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มเจ้าหน้าที่กู้ชีพ และกลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับตำบล ก่อนและหลังการดำเนินงาน ไม่มีความแตกต่างกัน

5. ระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย

5.1 ระยะเวลาในการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อยู่ระหว่าง 160 – 180 นาที

5.2 กำหนดกิจกรรมในระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ได้แก่ การเฝ้าระวังอาการ การดูแลผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเองรถพยาบาลออกรับ การปฐมพยาบาลเบื้องต้นระหว่างส่งต่อ

6. การพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม

6.1 การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง จากพื้นที่ถึง โรงพยาบาลเซกา อยู่ระหว่าง 70 – 90 นาที

6.2 การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ในระดับพื้นที่ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยกู้ชีพ โดยกำหนดกิจกรรม คือ การเฝ้าระวัง 9 อาการ การเรียนรู้ ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรมการใช้ชีวิต การเรียนรู้ โรคประจำตัวและความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง การเรียนรู้ภาวะแทรกซ้อน และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

7. การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า ในบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาล ในกลุ่มเจ้าหน้าที่กู้ชีพ กลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และระดับตำบลรวมทุกกลุ่ม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาล มากกว่าก่อนการดำเนินงาน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ระดับตำบลรวมทุกกลุ่ม ก่อนและหลังการดำเนินงาน (Dependent t – test)

| ตัวแปร | ก่อน | | หลัง | | df | t | p-value | 95%CI | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ค่าเฉลี่ย | S.D. | ค่าเฉลี่ย | S.D. | | | | lower | upper |
| ด้าน 9 อาการเฝ้าระวัง | 2.81 | 0.29 | 4.81 | 0.13 | 106 | -53.049 | .000 | -2.06828 | -1.91926 |
| ด้าน ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรมการใช้ชีวิต | 2.71 | 0.51 | 4.84 | 0.26 | 106 | -29.985 | .000 | -2.27920 | -1.99650 |
| ด้าน โรคประจำตัวและความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง | 2.82 | 0.31 | 4.82 | 0.14 | 106 | -49.036 | .000 | -2.08475 | -1.92272 |
| ด้าน ภาวะแทรกซ้อน | 2.75 | 0.37 | 4.85 | 0.18 | 106 | -41.499 | .000 | -2.20131 | -2.00056 |
| ด้าน การปฐมพยาบาลเบื้องต้น | 2.81 | 0.30 | 4.78 | 0.14 | 106 | -47.699 | .000 | -2.05216 | -1.88837 |
| รวม | 2.78 | 0.23 | 4.82 | 0.12 | 106 | -61.264 | .000 | -2.10737 | -1.97525 |

**สรุปและอภิปรายผล**

จากการศึกษา พบว่า การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม จากการศึกษา พบว่า ปี 2565 มีผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม จำนวนทั้งสิ้น 47 ราย เป็นชาย จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.2 เป็นหญิง จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.8 เสียชีวิต จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.8 มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.5 เบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.3 ความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.7 ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.6 รับยาละลายลิ่มเลือด ทันเวลา 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.3 อยู่ในเวลา 4.5 ชั่วโมง จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.3 สอดคล้องกับการศึกษาของวารุณี เรืองมี และ เนตรนภา คู่พันธวี[5] สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนตำบลเขาย่า อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60 ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์เป็น Stroke not specified as hemorrhage or infarction ผู้ป่วยส่วนใหญ่จำนวน 17 คน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ทั้งหมด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จำนวน 17 คน ไม่ทราบสาเหตุการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่มีประวัติโรคประจำตัวก่อนการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 13 คน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง 3 คน โรคไขมันในเลือดสูง 1 คน และโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูงและ/หรือเบาหวาน 9 คน ความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลบ้านแพง ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก และความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ระดับตำบล ในกลุ่มเจ้าหน้าที่กู้ชีพและ ในกลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของปิยนุช ภิญโยและคณะ[6] ได้ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย วัยสูงอายุ มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในด้านการออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดในการฟื้นฟูสภาพด้วยตนเองน้อยและมีระดับ BI ในระดับเล็กน้อย ปานกลาง มากที่สุด และมาก ร้อยละ 65.4, 15.4, 15.4 และ 3.9 ตามลำดับและ ระดับ NIHSS ในระดับเล็กน้อย ปานกลาง มากที่สุด และมาก ร้อย

ละ 57.7, 23.1, 15.4 และ 3.9 ตามลำดับ ดังนั้น จึงได้จัดทำ ระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย ระยะเวลาในการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อยู่ระหว่าง 160 – 180 นาที และการกำหนดกิจกรรมในระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ได้แก่ การเฝ้าระวังอาการ การดูแลผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเอง รถพยาบาลออกรับ การปฐมพยาบาลเบื้องต้นระหว่างส่งต่อ ตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[1] และแนวทางแนวทางการรักษาและให้ยาละลายลิ่มเลือดสำหรับโรคหลอดเลือดสมองตีบฉับพลัน[7,8] นอกจากนี้ยังได้มี การพัฒนาระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม โดยการกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง จากพื้นที่ถึงโรงพยาบาลเซกา ลดลงอยู่ระหว่าง 70 – 90 นาที และได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ในระดับพื้นที่ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยกู้ชีพ โดยกำหนดกิจกรรม คือ การเฝ้าระวัง 9 อาการ การเรียนรู้ ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรมการใช้ชีวิต การเรียนรู้ โรคประจำตัวและความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง การเรียนรู้ภาวะแทรกซ้อน และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น[7] ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลบ้านแพง หลังดำเนินการ อยู่ในระดับมากที่สุดในทุกกลุ่ม และความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาล ในกลุ่มเจ้าหน้าที่กู้ชีพ กลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และระดับตำบลรวมทุกกลุ่ม ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาล มากกว่าก่อนการดำเนินงาน สอดคล้องกันกับการศึกษาของ นริชรา โครตประทุม[9]ได้ศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ผลการวิจัยพบว่า 1. ด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) การเข้าระบบทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2) ระยะเวลาเฉลี่ยในการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าระบบทางด่วนสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้มีระยะเวลาเฉลี่ยน้อยลง 2. ด้านบุคลากร ประกอบด้วย 1) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมาก 2) ผลการประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น 3) การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการให้ยาละลายลิ่มเลือดปฏิบัติตามแนวปฏิบัติมากขึ้น สรุปผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ทำให้การเข้าถึงช่องทางด่วนมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้เร็วขึ้น บุคลากรมีความพึงพอใจและมีความรู้เพิ่มขึ้น ทำให้ปี 2566 การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม จากการศึกษา พบว่า มีผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม จำนวน ทั้งสิ้น 60 ราย เป็นชาย จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 45.0 เป็นหญิง จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 65.0 เสียชีวิต จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.3 มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.0 เบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ

20.0 ความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.3 ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.7 สามารถเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ได้ทุกราย สอดคล้องกับการศึกษาของธารารัตน์ ส่งสิทธิกุล, อรวรรณ อนามัย[10]การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันที่รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด โรงพยาบาลราชบุรี มี ผลการศึกษาพบว่าหลังการพัฒนาระบบผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนลดลง จาก 12.12 วัน ในปี พ.ศ. 2555 เป็น9.83วัน ในปีพ.ศ.2559 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการมาถึงโรงพยาบาลน้อยกว่า 3-4.5 ชั่วโมงมีจำนวนเพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ยของระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยและค่าเฉลี่ยของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายเพิ่มขึ้น ความรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับสูง พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวทางอยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจของพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพอยู่ในระดับมาก ผลการวิจัยแสดงว่าการพัฒนาระบบบริการพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพมากขึ้น ดังนั้นระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

**ข้อเสนอแนะ**

**ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย**

ในการศึกษา ระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ควรมีการวิเคราะห์และกำหนด ระยะเวลาในการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และกำหนดกิจกรรมในระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลบ้านแพง ได้แก่ การเฝ้าระวังอาการ การดูแลผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเอง รถพยาบาลออกรับ การปฐมพยาบาลเบื้องต้นระหว่างส่งต่อ ในระดับพื้นที่สำหรับบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยกู้ชีพ โดยกำหนดกิจกรรม คือ การเฝ้าระวัง 9 อาการ การเรียนรู้ ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรมการใช้ชีวิต การเรียนรู้ โรคประจำตัวและความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง การเรียนรู้ ภาวะแทรกซ้อน และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

ในการศึกษา ระบบการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ควรมีการศึกษาในระยะยาวเพื่อให้เกิดมาตรฐานการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดและลดความสูญเสียจากโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย.(2550) แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป (Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke). ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.
2. กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. สถิติข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 22 ก.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: thaincd.com/information-statistic/non-communicabledisease-data.php
3. รภีพร ประกอบทรัพย์.(2562). ผลการใช้โปรแกรมทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ต่อระยะเวลาในการให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล กันยายน-ธันวาคม 4(3): 72–82.
4. Best, John W. (1981). Research in Education. 4 rd ed. Englewood.Cliff, N.J. : Prentice Hall.
5. วารุณี เรืองมี และ เนตรนภา คู่พันธวี.(2559). สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนตำบลเขาย่า อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (2559), 27(3), 64-726. ปิยนุช ภิญโยและคณะ(2558). สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในตำบลบ้านเป็ดอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. ปีที่ 32 ฉบับที่ 4 (2014): วารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ

7. วิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย.(2563). แนวทางการรักษาและให้ยาละลายลิ่มเลือดสำหรับโรคหลอดเลือดสมองตีบ ฉับพลันภายนอกโรงพยาบาลและที่ห้องฉุกเฉินปี พ.ศ. 2563.
8. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Heart disease and stroke statistics--2012 update: a report from the American Heart Association. Circulation 2012;125:e2-e220.
9. นริชรา โครตประทุม.(2566). ผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบทางด่วน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร. ยโสธรเวชสาร. ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 (2023): มกราคม-เมษายน 2566
10. ธารารัตน์ ส่งสิทธิกุล, อรวรรณ อนามัย.(2559) การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันที่รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข พฤษภาคม-สิงหาคม ; 26(2): 142–53

# การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับการมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด: กรณีศึกษา

# Nursing care for patients with esophageal cancer receiving radiotherapy with pulmonary embolism: case study.

(Received: April 28,2024 ; Revised: April 29,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**อนงค์ สง่าเนตร**[1]
**Anong Sa-nganate**[1]

**บทคัดย่อ**

กรณีศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาล ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับการมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยชายไทย อายุ 49 ปี มาด้วยอาการสำคัญ ประมาณเดือนเมษายน 2566 มีอาการอาเจียนหลังรับประทานอาหารเป็นบางครั้ง พฤษภาคม 2565 เริ่มเป็นถี่ขึ้น น้ำหนักลดลง ไปตรวจที่ โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จ.สุพรรณบุรี ทำ CT chest (29 มิ.ย.66): long segmental circumferential irregular enhancing wall thickening with luminal narrowing of mid to distal esophagus, about 11 cm. in length, 4.3 x 3.1 cm. in trans axial dimension ทำ EGD with Bx.: well differentiated squamous cell carcinoma, refer โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี พบรังสีแพทย์ plan RT 25 Fx/4500 cGy. วันที่ 1 กันยายน 2566 ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อเริ่ม RT พบว่า ผู้ป่วยมีอาการบวมบริเวณใบหน้าและแขนข้างซ้าย CXR:: Suspected mediastinal adenopathy. Minimal reticular opacity in RUL field and haziness in both lower lung. possibly pneumonitis มี Venous thrombosis มี risk PE จึงให้ Enoxaparin 0.6 ml sc OD และต่อเนื่องจนจำหน่ายอีก 30 วัน ซึ่งผู้ป่วยสามารถรับการรักษาด้วยการฉายรังสี ครบ 25 Fx/4,500 cGy. ตามแผนการรักษาและได้รับการเตรียมความพร้อม ด้านการวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน อย่างครบถ้วนรวมระยะเวลาการรับการรักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2566–11 ตุลาคม 2566 รวมจำนวนทั้งสิ้น 40 วัน
**คำสำคัญ**: ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหาร, ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด, รังสีรักษา

**Abstract**

This case study aims to study nursing. Esophageal cancer patients receiving radiotherapy with Pulmonary Embolism. The results of the study found that a Thai male patient aged 49 years presented with significant symptoms. Around April 2023, there was occasional vomiting after eating. In May 2022, it began to occur more frequently, weight decreased. Went for examination at Chao Phraya Yommarat Hospital, Suphanburi Province, performed CT chest (29 June 2023): long segmental circumferential irregular enhancing wall. thickening with luminal narrowing of mid to distal esophagus, about 11 cm. in length, 4.3 x 3.1 cm. in trans axial dimension EGD with Bx.: well differentiated squamous cell carcinoma, refer to Lopburi Cancer Hospital, found a radiologist, plan RT 25 Fx/4500 cGy. 1 September 2023 The patient came for an appointment to start RT. It was found that the patient had swelling in the face and left arm. CXR:: Suspected mediastinal adenopathy. Minimal reticular opacity in RUL field and haziness in both lower lung. possibly pneumonitis Venous thrombosis risk PE, therefore give Enoxaparin 0.6 ml sc OD and continue until discharge for another 30 days, in which the patient can receive radiation therapy, complete 25 Fx/4,500 cGy. according to the treatment plan and receive preparation. Distribution planning and continuous care in the community Completely including the duration of receiving medical treatment. From 1 September 2023 to 11 October 2023, a total of 40 days.
**Keywords:** Patients with esophageal cancer, pulmonary embolism, radiotherapy

[1] โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

**บทนำ**

มะเร็งหลอดอาหารและรอยต่อเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับที่ 8 ของโลก ในแต่ละปีมีผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารและรอยต่อมากกว่า 500,000 รายทั่วโลก[2-6] ในประเทศไทยเป็นมะเร็งที่พบเป็นที่ 8 ในเพศชาย[7] หลอดอาหาร (esophagus) เป็นอวัยวะที่อยู่ระหว่าง hypopharynx และกระเพาะอาหาร มีหน้าที่ลำเลียงอาหารจากปากลงสู่กระเพาะอาหารในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของมะเร็งหลอดอาหารได้อย่างชัดเจน แต่พบว่า มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งหลอดอาหาร ได้แก่ การสูบบุหรี่ความเสี่ยงจะเพิ่มมากขึ้นตามปริมาณ และระยะเวลาที่สูบบุหรี่โดยเฉพาะมะเร็งหลอด อาหารชนิด Squamous cell carcinoma การดื่มแอลกอฮอล์เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งหลอดอาหาร โดยเฉพาะมะเร็ง หลอดอาหารชนิด Squamous cell carcinoma (การสูบบุหรี่มีความเสี่ยงมากกว่าการดื่มแอลกอฮอล์และทั้ง 2 สาเหตุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมทำให้ เกิดมะเร็งหลอดอาหารได้ง่ายขึ้น) [8-10] เพศชาย เพราะพบโรคนี้ได้ในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงประมาณ 3 - 4 เท่า ผู้สูงอายุ เพราะมักพบโรคนี้ในช่วงอายุประมาณ 45 - 70 ปี เชื้อชาติ เพราะพบอุบัติการณ์ของโรคนี้ได้สูงขึ้นในชาวอิหร่าน โซเวียต จีน และชาวผิวดำแอฟริกันแต่พบได้น้อยในชาวอเมริกา การมีภาวะน้ำหนักตัวเกินหรืออ้วน[11] การขาดสารอาหารบางชนิดอย่างต่อเนื่องจากการบริโภคอาหารไม่ครบ 5 หมู่ กินผักและผลไม้น้อย การบริโภคอาหารบางชนิดอย่างต่อเนื่อง เช่น อาหารที่มีสารไนโตรโซ (Nitroso compound) หรือ ไนโตรซามีน (Nitrosamine) ซึ่งมีอยู่ในอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ที่ใส่สารนี้เป็นสารกันบูด อาหารประเภทย่าง (เช่น ปลาหมึกย่าง ปลาทะเลย่าง) อาหารหมักดองหรืออาหารที่มีเชื้อรา นอกจากนี้สารบางอย่างที่ใช้ในการปรุง รสอาหาร อาจเป็นตัวการเพิ่มการเกิดสารไนโตรซามีนได้ เช่น พริก พริกไทย ซึ่งใส่ในอาหารที่มีเนื้อสัตว์และเครื่องแกง ภาวะที่หลอดอาหารโดนกรดในกระเพาะกัดซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน เช่น โรคกรดไหลย้อน (GERD)[12-14] ที่ทำให้เยื่อบุภายในหลอดอาหารเกิดการบาดเจ็บเสียหายต่อเนื่องเรื้อรัง กลุ่มอาการโซลลิงเจอร์-เอลลิสัน (Zollinger-Ellison syndrome) ที่ทำให้กระเพาะอาหารหลั่งกรดไฮโดรคลอริกออกมามากเกินไป ภาวะการอักเสบเรื้อรังของหลอดอาหาร (Barrett's esophagus) ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดในผู้ที่มีการอักเสบของหลอดอาหารจากกรดในกระเพาะอาหารไปทำลายเซลล์เยื่อบุของหลอดอาหารเป็นเวลานาน เป็นต้น ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ จะทำให้เกิดโรคมะเร็งหลอดอาหารชนิด Adenocarcinoma ได้ ความผิดปกติบางอย่างที่ทำให้อาหารไม่ผ่านลงกระเพาะโดยง่าย แต่กลับไปสะสมอยู่ในหลอดอาหารเป็นเวลานาน เช่น โรคอะคาเลเซีย (Achalasia), กลุ่มอาการพลัมเมอรวินสัน (Plummer-Vinson syndrome) ไสเลื่อนกะบังลม (Hiatal hernia) รวมทั้งภาวะที่มีการตีบแคบของหลอดอาหารจากสาเหตุต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุของหลอดอาหารจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น การกลืนน้ำกรดหรือด่าง การกลืนน้ำยาล้างห้องน้ำซึ่งอาจทำให้เยื่อบุภายในหลอดอาหารเกิดความเสียหายต่อเนื่องเรื้อรังและกลายเป็น มะเร็งหลอดอาหารได้ การรับประทานอาหารหรือดื่มเครื่องดื่มร้อนจัด ๆ เป็นประจำ การติดเชื้อแบคทีเรียบางชนิดของหลอดอาหาร ความผิดปกติทางพันธุกรรมของแต่ละคนซึ่งไม่ใช่ ชนิดที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ เคยได้รับการฉายรังสีรักษาบริเวณทรวงอกตั้งแต่ยังเด็ก เคยได้รับการตัดกระเพาะอาหารทิ้งบางส่วนหรือทั้งหมดมากว่า 20 ปี เคยเป็นมะเร็งปอด มะเร็งในช่องปาก มะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ

**วัตถุประสงค์การศึกษา**

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับการมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด

**วิธีการศึกษา**

การศึกษากรณีศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาล ผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหารที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับการมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด

**ผลการศึกษา**

**กรณีศึกษา**

**ข้อมูลทั่วไป** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 49 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ รับจ้าง ภูมิลำเนา ตำบลไผ่ขวาง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

วันที่รับไว้ในความดูแล 1 กันยายน 2562–11 ตุลาคม 2562 (รวม 40 วัน)

**อาการสำคัญ** อาเจียนหลังรับประทานอาหาร ทำ EGD with Bx.: well differentiated squamous cell carcinoma, refer โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เพื่อรังสีรักษา

**ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน**

2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการอาเจียนหลังรับประทานอาหารเป็นบางครั้ง

1 เดือนก่อนมา เริ่มมีอาการถี่ขึ้น น้ำหนักลดลง ญาติพาไปตรวจที่ โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จ.สุพรรณบุรี

29 มิ.ย.66 CT Chest: long segmental circumferential irregular enhancing wall thickening with luminal narrowing of mid to distal esophagus, about 11 cm. in length, 4.3 x 3.1 cm. in transaxial dimension ทำ EGD with Bx.: well differentiated squamous cell carcinoma, refer โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี พบรังสีแพทย์ plan RT 25 Fx/4500 cGy. แต่แพทย์แนะนำให้ทำ Gastrostomy ก่อนรับการรักษา ผู้ป่วยขอกลับไปทำที่ โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

เนื่องจากใกล้บ้านสะดวกในการเดินทางวันที่ 1 กันยายน 2566 ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อเริ่มรังสีรักษา

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต**

ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่มีประวัติเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง หรือโรคติดต่อทางพันธุกรรม และไม่มีประวัติโรคจิตโรคประสาทในครอบครัว

**การตรวจร่างกายตามระบบ**

ระดับความรู้สึก : รู้สึกตัวดี

ระบบประสาทและการรับรับรู้ ความรู้สึก : รู้เวลา สถานที่และบุคคล พูดคุยรู้เรื่องไม่สับสน รับรู้สัมผัสทุกชนิดเดินไกลๆแล้วเหนื่อยง่ายต้องใช้รถเข็นนั่ง

**ศีรษะและคอ (Head and Neck)**

ศีรษะ : รูปทรงปกติ

ตา : ไม่มีการอักเสบ ไม่บวม มองเห็นชัดเจนทั้ง 2 ข้าง

หู : ใบหูเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีสารคัดหลั่งได้ยินชัดเจนทั้ง 2 ข้าง

จมูก : ไม่มีน้ำมูก

ปาก : ปกติ ริมฝีปากไม่แห้ง ชุ่มชื่นดี

ฟัน : มีครบ 32 ซี่

คอ : ปกติ ไม่บวม

**ช่องอก (Chest)**

ทรวงอก : หายใจสม่ำเสมอ ปกติดี 16 – 20 ครั้ง/นาที

ปอด : เสียงปอดปกติเท่ากันทั้งสองข้างไม่มีเสียง Wheezing หรือ Crepitation

หัวใจ : จังหวะการเต้นของหัวใจเต้นสม่ำเสมอและอยู่ในเกณฑ์ปกติ

**ช่องท้องและเชิงกราน (Abdomen / Pelvis)**

ท้อง : ปกติ ท้องกดนุ่ม ไม่ปวด ไม่มีอาการท้องอืดบวมโต

การขับถ่าย : การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะปกติ

ผิวหนัง : ปกติ ไม่มีอาการ Skin turgor

**ประเมินสภาพของอารมณ์และจิตใจ**

สภาพอารมณ์และจิตใจ : ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธีรังสีรักษา

การรับรู้ต่อการเจ็บป่วย : ผู้ป่วยรับทราบว่าเป็นมะเร็งหลอดอาหาร มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการรักษาในครั้งนี้

**การตรวจพิเศษอื่น ๆ**

**CT Chest 12/9/66**: Advanced esophagus cancer with bilateral supraclavicular,left axillary, mediastinal,and abdominal node metastasis,liver bilateral adrenal ,renal metastasis. Tumorthrombi in bilateral subclavian veins and bilateral jugular veins.small thrombus in SVC.Osteoblastic lesions at manubrium and S1.

**CT Chest 18/9/66**: Positive for acute pulmonary embolism in small segmental branches in both lungs. Moderate bilateral pleural effusion is seen. Atelectasis of both lower lobes.

**CXR 24/9/66:** Increased haziness in both lower lungs. progression pneumonia. Decreased left pleural effusion. Suspected mediastinal adenopathy.

**ตาราง 1 ปัญหาและการพยาบาล**

| ปัญหา | การพยาบาล |
|---|---|
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1:** ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อต้องรับการรักษาด้วยรังสีรักษา<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าบ่งบอกถึงความวิตกกังวล<br>2. ซักถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการได้รับรังสีรักษา ผู้ป่วยตอบคำถามได้น้อย และในบางข้อไม่สามารถตอบได้<br>**วัตถุประสงค์**<br>1. เพื่อให้ผู้ป่วยลดความกลัวและคลายความวิตกกังวล<br>2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการฉายรังสี และปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องขณะได้รับรังสีรักษา<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับรังสีรักษา สามารถอธิบายได้ถึง<br>- แผนการรักษา<br>- ขั้นตอนและวิธีการรักษา<br>- ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น<br>2. ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องระหว่างการฉายรังสี<br>3. ผู้ป่วยยินยอมรับการรักษา<br>4. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ไม่มีความวิตกกังวล<br>5. ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับได้เพียงพอ | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. สร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคยและให้ข้อมูลอธิบายให้ผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญและความจำเป็นของการรักษา ความรู้สึกเชิงบวกบนพื้นฐานความจริง<br>2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงขั้นตอนการรักษา จำนวนครั้งของการฉายรังสีโดยประมาณ 25 ครั้งและเวลาที่ใช้ในการรักษาซึ่งโดยประมาณ 5 สัปดาห์ และข้อมูลการปฏิบัติตัวขณรีบรังสีรักษา เช่น การนอนนิ่งๆ<br>3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อข้องใจ หรือปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและปัญหาทางครอบครัวที่ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล<br>4. ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นผลความก้าวหน้าของการรักษา เพื่อสร้างกำลังใจและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลง<br>5. อธิบายผลข้างเคียงของการรักษาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย พร้อมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยรังสีรักษา เช่น เจ็บปาก เจ็บคอ เป็นต้น<br>6. ติดตามอาการผู้ป่วย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อดูแนวโน้มของการเกิดผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยพร้อมกับให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวกับผู้ป่วยและญาติ และเพื่อให้ญาติช่วยกระตุ้นเตือนผู้ป่วยไปด้วย<br>7. สร้างเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ญาติใกล้ชิดมาเยี่ยมได้ตาม วันและเวลาที่กำหนด<br>**การประเมินผล**<br>1. ผู้ป่วยยอมรับและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี<br>2. ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องระหว่างได้รับการฉายรังสี<br>3. ผู้ป่วยสามารถความเข้าใจเกี่ยวกับรังสีรักษามากขึ้น สามารถอธิบายได้ถึงแผนการรักษาของแพทย์และภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้<br>4. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ไม่มีความวิตกกังวล |

**ตาราง 1 ปัญหาและการพยาบาล**

| ปัญหา | การพยาบาล |
|---|---|
| | 5. ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับได้ ไม่มีสีหน้าอิดโรย |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** มีโอกาสเกิดการอุดกั้นของหลอดเลือดในระบบไหลเวียนเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงเกิด Venous thrombosis<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. ผล CT: Positive for acute pulmonary embolism in small segmental branches in both lungs<br>2. แพทย์ระบุว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงในการเกิด venous thromboembolism<br>**วัตถุประสงค์**<br>ไม่เกิดภาวะ venous thromboembolism<br>**เกณฑ์การประเมิน**<br>ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะ venous thromboembolism | 1. สังเกตและประเมินการของ Early Warning sign for Pulmonary Embolism ได้แก่ อาการหายใจ<br>ไม่อิ่ม พบได้ร้อยละ 90 อาการเจ็บหน้าอก อาการไอหรือไอเป็นเลือด Syncope พบไม่บ่อยแต่เป็นอาการสำคัญเนื่องจากบ่งชี้ ว่า PE ส่งผลกระทบอย่างมากต่อระบบไหลเวียนโลหิต และในผู้ป่วยที่อาการรุนแรงสามารถมาด้วยอาการ shock, arterial hypotension หรือ cardiac arrest<br>2. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหลอดเลือดดำอุดกั้น ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ซึ่งประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันภาวะ<br>หลอดเลือดดำอุดกั้น เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา<br>3. ให้ผู้ป่วยยกขาสูงกว่าหัวใจ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนกลับของเลือดดำ (venous return)<br>4. ดูแลและสอนการบริหารเท้าและข้อท้า (foot & ankle exercise) โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วย<br>กระดกฝ่าเท้าขึ้นและคว่ำปลายเท้าลง (dorsiflexion & plantar flexion) เพื่อเพิ่มการไหลกลับของ<br>เลือดดำอีกทั้งยังช่วยเพิ่มความเร็วในการไหลของเลือดดำที่ขา ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง<br>พยาบาลควรบริหารให้ผู้ป่วย (active exercise) โดยมีวิธีปฏิบัติดังนี้<br>4.1 ขณะทำบริหารข้อเท้า (ankle exercise) ต้องยืดเข่า และสะโพกให้เต็มที่<br>4.2 ให้กระดกปลายเท้าและคว่ำปลายเท้าลง (dorsiflexion & plantar flexion) เป็นเวลา<br>5 นาที โดยทำ 15 ครั้งต่อนาที<br>4.3 ในขณะที่ทำบริหารให้ผู้ป่วยต้องยกส้นเท้าสูงเพื่อป้องกันการเสียดสีของส้นเท้ากับขอบเตียงเพื่อ<br>ลดแรงเสียดทาน ไม่ให้เกิดการฉีกขาดของผิวหนัง<br>5. สอนการบริหารการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise) ในผู้ป่วยที่ระดับ<br>ความรู้สึกตัวดี ให้ เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนที่ปอดและเพิ่มการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดดำที่ขา<br>โดยมีวิธีการดังนี้<br>5.1 ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบาย โดยถ้าอยู่ในท่านอนหงาย ให้หนุนหมอนใต้เข่าให้งอประมาณ 45 องศา หรือให้อยู่ในท่านั่ง<br>5.2 วางมือข้างหนึ่งบริเวณท้องใต้กระดูกซี่โครง (midrectus abdominal area) และมือข้างหนึ่งวาง<br>บริเวณตรงกลางอก (mid-sternal area)<br>5.3 ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ ลึก โดยในขณะที่หายใจเข้าให้ท้องป่องออกจนรู้สึกว่ามือ<br>ข้างที่วางบริเวณท้อง เคลื่อนสูงขึ้น<br>5.4 ผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงแรง ของการหายใจออก พร้อมทั้งกดมือเบาๆ แนบสนิทตลอด ช่วงของการหายใจออก สังเกตได้จากกล้ามเนื้อหน้าท้องจะยุบลง<br>5.5 ระยะเวลาในการหายใจเข้า-ออก จะสลับกันทุก3 วินาที เป็นเวลา 20 วินาที ใช้เวลาในการปฏิบัติ |

**ตาราง 1 ปัญหาและการพยาบาล**

| ปัญหา | การพยาบาล |
|---|---|
| | 5 นาที<br>6. ลดการหยุดนิ่งของเลือดดำและการทำลายผนัง หลอดเลือดดำจากการเคลื่อนไหวได้น้อยลงโดยใช้<br>เครื่อง SCD<br>7. ดูแลให้ได้รับยา Enoxaparin 0.4 ml SC ทุก 12 hr.<br>**ประเมินผล**<br>ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะ venous thromboembolism |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** ผู้ป่วยมีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการฉายรังสีต่อเนื่อง เนื่องจากรับรู้ว่าตนเองมีความเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น ทำให้ไม่มั่นใจในการรักษาต่อเนื่อง<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. ผู้ป่วยบอกว่าจะฉายแสงต่อไหวหรือเปล่าไม่รู้เนื่องจากรู้สึกกลัว<br>2. ผู้ป่วยมีคะแนน Thai HAD ในกลุ่มวิตกกังวล = 12 คะแนน จัดว่าอยู่ในระดับสูง<br>3. ญาติถามว่า “จะฉายแสงไหวหรือหมอ”<br>**วัตถุประสงค์**<br>ผู้ป่วยมีความพร้อมในการฉายรังสีต่อ<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใสยอมรับการฉายแสงต่อเนื่อง<br>2. คะแนน Thai HAD < 12 คะแนน | 1. การให้การสนับสนุนทางสังคม เป็นการให้ข้อมูลที่ที่ตรงกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและ<br>ครอบครัวเข้าใจความหมายของเหตุการณ์ ประเมิน อาการ หรือสถานการณ์ได้ถูกต้อง โดยใช้วิธีการพูดคุย<br>การแจกเอกสาร แผ่นพับต่าง ๆ สร้างความมั่นใจในแผนการรักษาที่ได้รับ<br>2. ให้การสนับสนุนทางอารมณ์ โดยแสดงถึงความ<br>เอาใจใส่และให้การดูแลซึ่งทำจะให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ<br>เชื่อถือ ไว้วางใจบุคคลและรู้สึกผ่อนคลาย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ถ่ายทอดความคิด ความรู้สึก ให้กำลังใจ ปลอบโยน และให้ความมั่นใจต่อคุณภาพบริการ มีการยืดหยุ่น ระบบการเยี่ยม<br>การดูแล หรือการสนับสนุนการตอบสนอง ด้าน<br>จิตวิญญาณ และปรับตัวต่อภาวะวิกฤตตามความเชื่อ<br>สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ศาสนา วัฒนธรรม เช่น การให้ครอบครัวอ่านหนังสือธรรมะให้ผู้ป่วยฟัง การเปิดเทปธรรมะการสวดมนต์ ตามแต่ละศาสนา การนั่งสมาธิ เป็นต้น ที่ไม่ขัดต่อแผนการักษา อีกทั้งการส่งเสริมให้<br>ครอบครัวผู้ป่วยเรียนรู้ และดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมการดูแลเท่าที่สามารถทำได้<br>3. ให้การสนับสนุนทางด้านสิ่งของและบริการเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตาม กิจวัตร<br>ประจำวัน และช่วยเหลือทางด้านสิ่งของหรือ<br>สิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ<br>**การประเมินผลการพยาบาล**<br>1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส พร้อมกับการฉายแสงต่อเนื่อง<br>2. คะแนน Thai HAD ลดเหลือ 6 คะแนน |
| **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** ผู้ป่วยมีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน<br>**ข้อมูลสนับสนุน**<br>1. ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล ถามว่า “กลับไปบ้านจะต้องทำตัวอย่างไร”<br>2. ญาติถามว่า “คนไข้อาการดีแล้วหรือ หมอถึงให้กลับบ้าน แล้วกลับไปถ้าคนไข้เหนื่อยจะทำอย่างไร”<br>**วัตถุประสงค์**<br>ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการดูแลตนเองหลังการจำหน่าย<br>**เกณฑ์การประเมินผล**<br>1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส<br>2. ญาติสามารถบอกการดูแลผู้ป่วยหลังการจำหน่ายได้ถูกต้อง | **กิจกรรมการพยาบาล**<br>1. ประเมินสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล<br>2. ประสานงานหน่วยคลังเครื่องมือแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็ง ลพบุรี ในการยืมเครื่องผลิตออกซิเจนและชุดอุปกรณ์ให้ออกซิเจน<br>3. ประสานพยาบาลหน่วยประคับประคอง ดำเนินการส่งต่อข้อมูลสู่ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่ขวาง จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อดูแลต่อ<br>4.วางแผนจำหน่ายหลัก DMETHOD โดย<br>4.1 ประเมินความรู้เรื่องโรคแต่ละเรื่องที่ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจตลอดการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลและการ<br>ปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคและการป้องกันต่าง ๆ<br>4.2 สอนให้คำแนะนำเรื่องโรคและแผนการรักษา<br>รวมถึงการเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงที่สามารถเกิดขึ้นได้พร้อมทั้งให้เอกสารความรู้กลับไปด้วย<br>4.3 อธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักและให้ความสำคัญกับการควบคุมอาหารรสเค็ม |

**ตาราง 1 ปัญหาและการพยาบาล**

| ปัญหา | การพยาบาล |
|---|---|
| | และการรับประทานยาโรคประจำตัวตามแพทย์สั่งและติดตามค่าความดันโลหิตเองที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ<br>สอนสาธิตการฉีด Enoxaparin 0.6 ml SC OD และให้ญาติสาธิตย้อนกลับจนเกิดความมั่นใจ โดยสอนวิธี<br>การบริหารยาตามเข็มนาฬิกา ดังนี้<br>- ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง (Subcutaneous ) บริเวณส่วนท้องด้านบน ล่าง ข้างซ้าย ขวาควรให้ห่างจากสะดือ อย่างน้อยประมาณ 5 เซนติเมตร<br>- ทำความสะอาดบริเวณที่จะฉีดยาด้วยแอลกอฮอล์<br>- ใช้มือข้างหนึ่งดึงผิวหนังบริเวณที่จะฉีดยาขึ้นมาให้ตึงเป็นก้อนด้วยนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้<br>- แทงเข็มในแนวตั้งฉากกับผิวหนัง ฉีดยาบริเวณผิวหนังที่ดึงขึ้นมาโดยให้ดึงผิวหนังตลอดเวลาขณะ<br>เดินยา และทำการฉีดยาจนหมดเข็ม ดังภาพ<br> <br>โดยก่อนฉีดยาจัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่านอน หรือนั่งในท่าที่สุขสบาย ใช้เจลเย็นประคบหน้าท้องบริเวณตำแหน่งที่จะฉีดยาก่อน-หลังฉีด ประมาณ 5 นาที<br>แนะนำการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกง่าย เช่น เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน อุจจาระมีเลือดปน หรือมีสีดำคล้ำ หรือมีรอยช้ำ จ้ำเลือดตามร่างกายโดยไม่ทราบสาเหตุ เป็นต้น และหากมีอาการรุนแรงให้รีบมาพบ<br>แพทย์ โรงพยาบาลใกล้บ้าน |

## สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษา ป่วยชายไทย อายุ 49 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้รังสีรักษา Plan 25Fx/4,500 cGy. ระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน และอันตรายมากขึ้นหากเกิดภาวะ venous thromboembolism[4] พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน เพื่อที่จะให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการประเมินด้านจิตใจ ความวิตกกังวล ความรุนแรงของโรคส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย กล่าวคือ อาจทำให้การรักษาต้องยาวนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลมากขึ้น หรืออาจรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิต[6,7]

## ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรับการรักษามีโอกาสเกิดภาวะวิกฤตได้ตลอดเวลา จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังและติดตามอาการ

2. ประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่รุนแรง ส่งผลถึงความเครียด ความวิตกกังวลที่เพิ่มมากขึ้น เกิดความไม่มั่นใจในการรักษาที่ต่อเนื่อง ซึ่งแพทย์และพยาบาลจำเป็นต้องให้ข้อมูลและเสริมพลังอำนาจสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เกิดประโยชน์สูงสุด

## เอกสารอ้างอิง

1. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. Int J Cancer 2010; 127: 2893–917.
2. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics, 2009. CA Cancer J Clin 2009; 59: 225–49.
3. Enzinger PC, Mayer RJ. Esophageal cancer. N Engl J Med 2003; 349: 2241–52.
4. Lepage C, Rachet B, Jooste V, Faivre J, Coleman MP. Continuing rapid increase in esophageal adenocarcinoma in England and Wales. Am J Gastroenterol 2008; 103: 2694–99.
5. Pohl H, Welch HG. The role of overdiagnosis and reclassification in the marked increase of esophageal adenocarcinoma incidence. J Natl Cancer Inst 2005; 97: 142–46.
6. Imsamran W, Chaiwerawattana A, Wiangnon S, et al. Cancer in Thailand. Volume VIII, 2010- 2012.
7. Lagergren J, Bergstrom R, Lindgren A, Nyren O. The role of tobacco, snuff and alcohol use in the aetiology of cancer of the oesophagus and gastric cardia. Int J Cancer 2000;85:340-346.
8. Engel LS, Chow W-H, Vaughan TL, et al. Population attributable risks of esophageal and gastric cancers. J Natl Cancer Inst 2003;95:1404-1413.
9. Freedman ND, Abnet CC, Leitzmann MF, et al. A prospective study of tobacco, alcohol, and the risk of sophageal and gastric cancer subtypes. Am J Epidemiol 2007;165:1424-1433
10. Turati F, Tramacere I, La Vecchia C, Negri E. A meta-analysis of body mass index and esophageal and gastric cardia adenocarcinoma. Ann Oncol 2013;24:609-617.
11. Lagergren J, Lagergren P. Recent developments in esophageal adenocarcinoma. CA Cancer J Clin 2013;63:232-248.
12. Cossentino MJ, Wong RK. Barrett's esophagus and risk of esophageal adenocarcinoma. Semin Gastrointest Dis 2003;14:128-135.
13. Cameron AJ, Romero Y. Symptomatic gastro-oesophageal reflux as a risk factor for oesophageal adenocarcinoma. Gut 2000;46:754-755.

# ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

# Factors influencing to patient's satisfaction of dental service in Sirindhorn hospital, Khon Kaen province.

(Received: April 28,2024 ; Revised: April 29,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**กัญญวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์**[1]
**Kanyawan Srisawatphong**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษาเชิงสำรวจแบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจในการเข้ารับบริการทันตกรรมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ในเดือน มีนาคม 2567 จำนวน 147 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบทีละขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 6.12 และความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงร้อยละ 93.88 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการเข้ารับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ การเข้าถึงบริการทันตกรรมภาพรวม การเข้าถึงบริการทันตกรรมด้านเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการ การเข้าถึงบริการทันตกรรมด้านผลิตภัณฑ์ และคุณภาพบริการด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ โดยตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษาสามารถทำนายความพึงพอใจพอใจในการเข้ารับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่นได้ร้อยละ 80.10 ($R^2$=.0.801) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$

**คำสำคัญ**; ปัจจัย ความพึงพอใจ การเข้ารับบริการทันตกรรม

**Abstract**

This survey research by cross-sectional study aimed to study the patient's satisfaction of dental service and Factors influencing to patient's satisfaction of dental service in Sirindhorn hospital, Khon Kaen province. A simple random sampling was conducted to obtain 147 patients which receiving dental services Sirindhorn Hospital Khon Kaen Province in March 2024. Data was collected by the questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, stepwise multiple regression. The results found that 69.39% of participants were female, 38.78% ad the age between 18-30 years. 51.02% of participants were single. 29.25% of participants had received high vocational certificate. 29.93% of participants were employee. 31.97% had an average monthly income between 10,001-50,000 bath. 6.12% and 93.88% of participants had moderate and high level satisfaction of dental service, respectively. The factors influencing to patient's satisfaction of dental service were access to dental services (overview), access to dental services (staff or service providers), access to dental services (products), and service quality in providing confidence to service recipients respectively, which predict patient's satisfaction of dental service with 80.10% with statistical significance at p-value < 0.05.

**Keywords;** factors, satisfaction, access to dental services

[1] โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

**บทนำ**

ประชากรมากกว่า 3.5 พันล้านคนทั่วโลก ต้องประสบกับปัญหาโรคในช่องปาก โรคฟันผุเป็นโรคพบมากที่สุด ประชากรกว่าร้อยละ 10 เป็นโรคปริทันต์รุนแรง และเด็กมากกว่า 530 ล้านคน มีปัญหาฟันผุในฟันน้ำนม โรคในช่องปากส่งผลกระทบต่อประชากรที่ยากจนและด้อยโอกาสทางสังคม โรคในช่องปากส่วนใหญ่มีความเชื่อมโยงกับโรคไม่ติดต่ออื่นๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน มะเร็ง โรคอ้วน และการคลอดก่อนกำหนด[1] สถานการณ์สุขภาพช่องปากของประเทศไทยจากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศที่ผ่านมา ปี พ.ศ. 2560 พบสถานการณ์สุขภาพช่องปากที่สำคัญ ซึ่งแบ่งตามช่วงอายุจะพบว่า กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3 ปีและ 5 ปี เด็กปราศจากโรคฟันผุร้อยละ 47.1 และ 42.5 ตามลำดับ ส่วนเด็กวัยเรียน อายุ 12 ปีและเด็กวัยรุ่นอายุ 15 ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ 42.7 และ 37.3 ตามลำดับ กลุ่มวัยทำงานอายุ 35-44 ปี พบว่ามีสภาวะปริทันต์อักเสบ ร้อยละ 25.9 และกลุ่มวัยผู้สูงอายุพบว่ามีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ร้อยละ 56.1[2] ส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในเขตเมืองและชนบทไม่รวมกรุงเทพมหานคร จากข้อมูลระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556-2564 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงสุดในปีพ.ศ. 2562 ร้อยละ 30.5 และลดลงเหลือร้อยละ 29.3 และ 24.8 (ของจำนวนประชากรประมาณ 45.5 ล้านคน) ในปีพ.ศ. 2563-2564 เนื่องจากได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรน่า 2019 จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2564 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ กลับพบว่ามีประชากรใช้บริการสุขภาพช่องปากในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาเพียงร้อยละ 9.9 หรือประมาณ 6.7 ล้านคนและค่อนข้างคงที่ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา[3] ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2564[4] พบว่าประชากรในกรุงเทพมหานครมีอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากมากที่สุด (ร้อยละ 14.9) สำหรับภาคอื่นมีสัดส่วนที่ไม่ต่างกัน (ร้อยละ 8-10) จำนวนการใช้บริการเฉลี่ยของประชากรทั้งหมดประมาณ 1.6 ครั้ง/ปีประชาชนที่เข้ารับบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นประชาชนที่อยู่ในเขตพื้นที่เมือง[5] และพบว่าประชาชนที่อยู่ในชนบทหรือพื้นที่ห่างไกลเป็นผู้ด้อยโอกาสและมีปัญหาสุขภาพช่องปากสูง เนื่องจากพื้นที่อยู่อาศัยอยู่ห่างจากสถานบริการยากต่อการเข้าถึงบริการมีอุปสรรคด้านการเดินทางและด้านค่าใช้จ่าย การเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนในปี พ.ศ. 2564 มีสัดส่วนเท่ากับ 57:43 ส่วนใหญ่รับบริการที่คลินิกทันตกรรมสูงถึงร้อยละ 38.6 รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ศูนย์สุขภาพชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 14.9, 14.4 และ 12.5 ตามลำดับ[3] ส่วนข้อมูลผู้ป่วยนอกที่รับบริการทางทันตกรรม รวมทุกสิทธิ์ (คนต่อสถานบริการ) ของจังหวัดขอนแก่นปีงบประมาณ 2564-2566 พบผู้ป่วยจำนวน 111,448 97,672 และ 136,853 ราย ส่วนโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พบผู้มารับบริการจำนวน 3,007 3,235 และ 4,459 ราย ตามลำดับ[6] การเข้าถึงบริการทันตกรรมของประชาชนเพื่อการดูแลสุขภาพฟันและช่องปาก ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การรักษาและฟื้นฟู เป็นบริการที่จำเป็นสำหรับทุกกลุ่มวัย ซึ่งภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือบัตรทอง 30 บาท มีสิทธิประโยชน์ด้านบริการทันตกรรมสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัยเพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการภายใต้สิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมอย่างครอบคลุมและทั่วถึงเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพช่องปากที่ดี สุขภาพช่องปากนอกจากจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพแล้วยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้วย สุขภาพช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ทั้งด้านกายภาพ (Physical) และด้านจิตใจ (Psychological) ในเรื่องความสุขในการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านบุคลิกภาพ การเข้าสังคม การพูดคุย การเคี้ยวอาหารการรับรสอาหาร Sheiham[7] ดังนั้น สถานบริการสาธารณสุขในทุกระดับจะต้องให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการทันตกรรมใน

ประชาชนในทุกกลุ่มวัย ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การรักษาและฟื้นฟูเพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ปีงบประมาณ 2567 โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น วางแผนที่จะเข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลทันตกรรมซึ่งเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการผลักดันให้บริการทันตกรรมมีการเข้าถึง (Accessibility) และมีประสิทธิภาพ (Efficiency) เพิ่มขึ้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของโครงการโรงพยาบาลทันตกรรม การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการทันตกรรมเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงมากยิ่งขึ้น การรับรู้ปัจจัยเหล่านี้สามารถนำมาทำแผนพัฒนาคุณภาพบริการในด้านต่างๆ เพื่อให้การบริการมีประสิทธิภาพและผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจมากยิ่งขึ้นมีการบอกต่อกับผู้ที่จะมารับบริการรายอื่นๆ ในชุมชน ส่งผลให้มีการเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้นและประชาชนในพื้นที่มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดีต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการศึกษา**

1. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจในการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้รับบริการ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการเข้ารับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

**วิธีดำเนินการวิจัย**

**รูปแบบการศึกษา**

การศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ในเดือนมีนาคม 2567

**กลุ่มตัวอย่าง** คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ย (ไม่ทราบประชากร)

$$n = Z^2_{\alpha/2}\ \sigma^2/e^2$$

เมื่อ Z = ระดับความเชื่อมั่น (1.96)

$\sigma$ = ระดับของความแปรปรวน ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีความคล้ายคลึงกัน โดยใช้ข้อมูลการศึกษาของ ภาณุศักดิ์ อินทสะโร[8] มีค่าเท่ากับ 0.26

e = ระดับความแม่นยำ และกำหนดระดับความแม่นยำหรือมีความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5

ได้ n = 103

เพื่อป้องการสูญหายของข้อมูลหรือการตอบกลับของแบบสอบถาม จึงมีการเพิ่มจำนวนตัวอย่างในอัตราร้อยละ 30 และคำนวณกลุ่มตัวอย่างใหม่จากสูตร $n_{new} = n/1\text{-}L$ ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ 147 คน

สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ดังนี้ การสุ่มตัวอย่างตามลำดับการเข้ารับบริการ คือลำดับเลขคู่ ถ้ากรณีลำดับนั้นเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกเข้าก็จะทำการเก็บตัวอย่างในลำดับเลขคู่ถัดไป ทำการเก็บตัวอย่างในวันราชการจำนวน 20 วัน วันละ 8 คน จนครบจำนวนที่ต้องการ

**เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria)** 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

**เกณฑ์การคัดเลือกออก (exclusion criteria)** ผู้ที่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดแบบสัมภาษณ์ให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวในกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ข้อมูลส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ข้อมูลส่วนที่ 2 ข้อมูลการเข้าถึงบริการทันตกรรม มีข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็นด้านย่อยจำนวน 5 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ แบ่งเป็น ด้านความ

เพียงพอของบริการ ด้านสถานที่สำหรับให้บริการ ด้านการประชาสัมพันธ์ ด้านเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการ และด้านกระบวนการให้บริการ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประเมินค่า (rating scale) 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีเกณฑ์การให้คะแนน[9] ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าคะแนน 5
เห็นด้วยมาก มีค่าคะแนน 4
เห็นด้วยปานกลาง มีค่าคะแนน 3
ไม่เห็นด้วย มีค่าคะแนน 2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าคะแนน 1

ข้อมูลส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านคุณภาพบริการ ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นด้านย่อยจำนวน 4 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ แบ่งเป็น ด้านความน่าเชื่อถือ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ และด้านการดูแลและเอาใจใส่ต่อผู้รับบริการ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประเมินค่า (rating scale) 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีเกณฑ์การให้คะแนน[9] ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าคะแนน 5
เห็นด้วยมาก มีค่าคะแนน 4
เห็นด้วยปานกลาง มีค่าคะแนน 3
ไม่เห็นด้วย มีค่าคะแนน 2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าคะแนน 1

ข้อมูลส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านความพึงพอใจ ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประเมินค่า (rating scale) 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยแต่ละระดับมีเกณฑ์ระดับคะแนน ดังต่อไปนี้

ความพึงพอใจมากที่สุด เท่ากับ 5
ความพึงพอใจมาก เท่ากับ 4
ความพึงพอใจปานกลาง เท่ากับ 3
ความพึงพอใจน้อย เท่ากับ 2
ความพึงพอใจน้อยที่สุด เท่ากับ 1

แปลผลพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์การให้คะแนนของ Best[10] ดังนี้

คะแนนสูงสุด -คะแนนต่ำสุด/จำนวนชั้นที่ต้องการ = 5-1/3 = 1.33

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 -2.33 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 -3.67 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.68 -5.00 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง

**คุณภาพของแบบสอบถาม** ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้วนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) พบว่าทุกข้อคำถามได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหามากกว่า 0.67 ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไข โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำไปทดลองใช้กับผู้รับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลบ้านไผ่ จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานใกล้เคียงและมีพื้นที่ติดต่อกัน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 2-4 โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่า 0.91 0.94 และ 0.85 ตามลำดับ

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามได้เอง ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเอง โดยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา แต่กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้เองผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง หลังจากได้รับอนุมัติจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสิรินธร แล้วผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยต่อโรงพยาบาลสิรินธร

2. ทำการอบรมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน ก่อนออกเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยชี้แจง/อธิบายและขอความยินยอมกับกลุ่มตัวอย่าง

4. ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามและผู้ช่วยวิจัยเก็บแบบสอบถามหลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ

5. นำเสนอแบบสอบถามที่ได้มาตรวจความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำมาวิเคราะห์ และจัดทำเล่มวิจัยสมบูรณ์

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

สถิติพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติอนุมาน การศึกษาวิจัยนี้ใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบ stepwise เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรในแต่ละมิติปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการเข้ารับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

**จริยธรรมการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการ REC No. 02/2567

**ผลการศึกษา**

**1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.39 มีอายุอยู่ระหว่าง 18-30 ปี ร้อยละ 38.78 มีสถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 51.02 สำเร็จการศึกษาระดับปวส/อนุปริญญา ร้อยละ 29.25 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 29.93 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001– 50,000 บาท ร้อยละ 31.97

**2. ระดับความพึงพอใจในการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้รับบริการ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น** ระดับความพึงพอใจในการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้รับบริการ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 6.12 และความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงร้อยละ 93.88

**3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการเข้ารับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น** ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการเข้ารับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ การเข้าถึงบริการทันตกรรมภาพรวม การเข้าถึงบริการทันตกรรมด้านเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการ การเข้าถึงบริการทันต กรรมด้านผลิตภัณฑ์และคุณภาพบริการด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ โดยตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษาสามารถทำนายความพึงพอใจพอใจในการเข้ารับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่นได้ร้อยละ 80.10 (ตารางที่ 1) โดยเขียนเป็นสมการทำนายได้ ดังนี้

$$Y= -4.71+0.127X_1+0.886X_2+0.308X_3+0.369X_4$$

**ตารางที่ 1** ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการเข้ารับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัด ขอนแก่น (n=147)

| ปัจจัยทำนาย | B | SE | Beta | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| ค่าคงที่ | -4.71 | 2.210 | | -2.13 | 0.035 |
| การเข้าถึงบริการทันตกรรมภาพรวม ($X_1$) | 0.127 | 0.042 | 0.287 | 3.021 | 0.003 |
| การเข้าถึงบริการทันตกรรมด้านเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการ ($X_2$) | 0.886 | 0.171 | 0.375 | 5.190 | 0.000 |
| การเข้าถึงบริการทันตกรรมด้านผลิตภัณฑ์ ($X_3$) | 0.308 | 0.144 | 0.148 | 2.137 | 0.034 |
| คุณภาพบริการด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ ($X_4$) | 0.369 | 0.130 | 0.170 | 2.848 | 0.005 |

**สรุปและอภิปรายผล**

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงร้อยละ 93.88 เนื่องจากแผนกทันตกรรมโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น มีการให้บริการที่หลากหลายตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ทุกกลุ่มวัย มีการให้บริการที่หลากหลายโดยทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทุกสาขาในการให้บริการทางทันตกรรมการตรวจวินิจฉัยบำบัดรักษาพื้นฐาน บำบัดรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนได้แก่ทันตกรรมทั่วไป ทันตกรรมเพื่อความสวยงาม ทันตกรรมรากเทียม ทันตกรรมประดิษฐ์ ทันตกรรมจัดฟัน รักษารากฟัน รักษาโรคเหงือก เป็นต้น ทำให้ผู้รับบริการในพื้นที่สามารถเลือกใช้บริการได้โดยไม่ต้องเดินทางไปใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางและใช้เวลามากกว่าการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลสิรินธร นอกจากนี้ในด้านการให้บริการจากเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลมีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ในกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ สิทธิการรักษาและเพิ่มช่องทางในการประชาสัมพันธ์แนะนำผู้รับบริการผ่านสื่อต่างๆ เช่น อินเตอร์เน็ต เอกสาร แผ่นพับแนะนำการบริการเพื่อสร้างความประทับใจและทำให้ผู้รับบริการกลับมาใช้บริการที่โรงพยาบาลซ้ำอีก ส่วนการบริการของทันตแพทย์ได้มีการนำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการให้บริการจากผู้รับบริการมาปรับปรุงบริการเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

การเข้าถึงบริการทันตกรรมภาพรวม การเข้าถึงบริการทันตกรรมด้านเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการ การเข้าถึงบริการทันตกรรมด้านผลิตภัณฑ์และคุณภาพบริการด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ โดยตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษาสามารถทำนายความพึงพอใจพอใจในการเข้ารับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่นได้ร้อยละ 80.10 การเข้าถึงบริการทันตกรรมมีความสำคัญในการควบคุมและป้องกันโรคในช่องปากลดอัตราการสูญเสียฟันดูแลทันตสุขภาพและฟื้นฟูสภาพในช่องปากให้ดีขึ้น เพื่อเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรม โรงพยาบาลสิรินธรมีการเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าให้เพียงพอต่อผู้รับบริการ มีการออกหน่วยให้บริการสุขภาพช่องปากในพื้นที่โดยการบริการหลากหลายและครอบคลุมทุกกลุ่มวัย นอกจากนี้ปัจจุบันหน่วยงานท้องถิ่นเริ่มเข้ามามีบทบาทในด้านสาธารณสุขมากขึ้นหลังจากมีการกระจายอำนาจมาสู่หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามบทบัญญัติตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2545 เริ่มมีบทบาทด้านงานสุขภาพช่องปากหลังจากที่มีงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เข้ามาร่วมในการสนับสนุนการทำโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กโดยการมีส่วนร่วมของ ครูผู้ปกครององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน ทำให้สุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีแนวโน้มดีขึ้น การเข้าถึงบริการทันตกรรมด้านเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ผู้รับบริการให้ความสำคัญถ้าเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการมีความเต็มใจให้บริการด้วยสีหน้า ท่าทาง คำพูจาไพเราะเป็นมิตรต่อมาผู้มารับบริการจะทำให้เกิดความประทับใจ มีการพูดบอกต่อให้กับคนรอบข้างมาใช้บริการด้วยในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาของศรัณยา ณัฐเศรษฐสกุลวลัยพร ราชคมน์และวรัญญา เขยตุ้ย[11] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรมจากคณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล ผลการศึกษาพบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้มารับบริการทางทันตกรรมมีระดับการตัดสินใจในภาพรวมทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับ มากที่สุด ซึ่งปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด การเข้าถึงบริการทันตกรรมด้านผลิตภัณฑ์ ซึ่งโรงพยาบาลสิรินธรมีการจัดบริการที่หลากหลายเช่น ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน การใส่รากฟันเทียม เป็นต้น ให้บริการโดยทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและมีจำนวนเพียงพอ เครื่องมือและอุปกรณ์มีความทันสมัยและเพียงพอและมีการให้บริการทางทันตกรรมที่มีคุณภาพและมาตรฐาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐฐา เสวกวิหารี[12] ศึกษา

เรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการโรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการโรงพยาบาลรามาธิบดีด้านผลิตภัณฑ์และความชำนาญของบุคลากรค่าสถิติ T-test มีค่า Sig. เท่ากับ 0.000 ปัจจัยด้าน ผลิตภัณฑ์และความชำนาญของบุคลากร ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการโรงพยาบาลรามาธิบดี คุณภาพบริการด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการเป็นอีกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจพอใจในการเข้ารับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากโรงพยาบาลสิรินธรมีทันตแพทย์เชี่ยวชาญหลายสาขาซึ่งให้บริการด้วยความมั่นใจ มีความชำนาญในการปฏิบัติงาน ผู้รับบริการสามารถสอบถามด้านข้อมูลทันตสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ได้และเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพปากและฟันทุกครั้งที่มาใช้บริการ มีการให้บริการครอบคลุมทุกมิติทั้ง ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู มีการให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุก โดยคุณภาพการรักษาไม่แตกต่างกันทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางเข้าไปรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลาในการเดินทางและค่าใช้จ่าย การสร้างความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการจะทำให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจและรู้สึกปลอดภัยเมื่อเข้ามารับบริการส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการสอดคล้องกับการศึกษาของศิริรักษ์ ภูหิรัญ และกฤษฎา มูฮัมหมัด[13] ศึกษาปัจจัยคุณภาพการให้บริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของประชาชนที่ใช้บริการองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยทรายอำเภอหนองแค จังหวดสระบุรีพบว่าปัจจัยคุณภาพการให้บริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของประชาชนที่ใช้บริการองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยทรายอำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรีพบว่า ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของกับ ศรัณยา ณัฐเศรษฐสกุล วลัยพร ราชคมน์ และวรัญญา เขยตุ้ย[11] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรมจากคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการทางทันตกรรม ในภาพรวมมากที่สุด คือ ด้านความไว้วางใจจากความน่าเชื่อถือ โดยได้รับบริการจากทันตแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีคุณภาพ ปลอดภัย เครื่องมืออุปกรณ์สะอาดและปราศจากเชื้อ และสอดคล้องกับการศึกษาของวรางคณา แก้วดอนดุก[14] ศึกษาเรื่องคุณภาพการบริการของหอผู้ป่วยใน งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการ เมื่อพิจารณาตามปัจจัยย่อยรายข้อที่มีระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการ โดยให้ด้านการรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการเป็นอันดับแรก

**ข้อเสนอแนะ**

1. ควรทำการศึกษาความพึงพอใจในการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้รับบริการในแต่ละด้านเพื่อนำผลการศึกษามาปรับปรุงเพื่อเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ
2. พัฒนาการเข้าถึงบริการและคุณภาพบริการในแต่ละด้านเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและความพึงพอใจ

**เอกสารอ้างอิง**

1. World Health Organization. (2021). World Health Assembly Resolution paves the way for better oral health care[อินเตอร์เน็ต]. 2021.[สืบค้นเมื่อ 19 มกราคม 2567] จาก https://www.who.int/news/ item/27-05-2021-world-health- assembly-resolution- paves-the-way-for-better-oral-health-care.
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด. 2561.
3. กรมอนามัย.แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพช่องปากประเทศไทย พ.ศ. 2566-2580. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์. 2566.

4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2564. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธนาแพรสจำกัด. 2554.
5. กนกอร โพธิ์ศรี, จีรนันท์ วิทยาไพโรจน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการทางทันตกรรมของ ผู้สูงอายุ 60-74 ปี ใน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตาภิบาล 2561;29(2):84-92.
6. กระทรวงสาธารณสุข. ผู้ป่วยนอกที่รับบริการทางทันตกรรม รวมทุกสิทธิ์ (คนต่อสถานบริการ) จังหวัด ขอนแก่น. เข้าถึงเมื่อวันที่ 31 มกราคม 2567 จากhttps://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=fc73b811eb6d9206e7e5baf8ad20d7b9&id=cba4cc41872398d244dde8e2604c1fda
7. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bull World Health Organ 2005; 83: 644-645.
8. ภาณุศักดิ์ อินทสะโร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม ณ โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2565; 28(2): 1-15.
9. ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที 10. นนทบุรี : ไทยเนรมิต กิจอินเตอร์ โปรเกรสซิฟ. 2550.
10. Best, J.W. Research in Education. 4th ed. New Jersey: Prentice- Hall Inc. 1981.
11. ศรัณยา ณัฐเศรษฐสกุล, วลัยพร ราชคมน์ และวรัญญา เขยตุ้ย. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับ บริการทางทันตกรรมจากคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. วารสาร Mahidol R2R e-Journal 2561; 5(1): 131-150.
12. ณัฐฐา เสวกวิหารี. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการโรงพยาบาลรามาธิบดี. การค้นคว้าอิสระบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2560.
13. ศิริรักษ์ ภูหิรัญ และกฤษฎา มูฮัมหมัด. ปัจจัยคุณภาพการให้บริการที่ส่งผลต่อความพงพอใจของประชาชนที่ใช้บริการองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยทรายอำเภอหนองแค จังหวดสระบุรี.การประชุมนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาครั้งที่ 15 ปีการศึกษา 2563 .ปทุมธานี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต. 2563.
14. วรางคณา แก้วดอนดุก. คุณภาพการบริการของหอผู้ป่วยใน งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. การค้นคว้าอิสระบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2561.

# การพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม

# Development of network to care for bedridden patients according to the guidelines of 3 doctors at Ban Phaeng Hospital. Nakhon Phanom Province.

(Received: April 25,2024 ; Revised: April 29,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**วิทยา บุตรสาระ**[1]
**Wittaya butsara**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทและสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง และพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566 รวม 12 เดือน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและเวชระเบียน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน F – test ด้วยเทคนิค One way ANOVA และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ความรอบรู้ด้านสุขภาพความสุข 5 มิติของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ความรอบรู้ด้านสุขภาพความสุข 5 มิติของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม และความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม หลังดำเนินการ แตกต่างจากก่อนการดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการ ดีกว่าก่อนการดำเนินการ

**คำสำคัญ :** การพัฒนาเครือข่าย ผู้ป่วยติดเตียง หมอ 3 คน

Abstract

This research was research and development with the objective of studying the context and health conditions of bedridden patients. and develop a network to care for bedridden patients according to the guidelines of 3 doctors at Ban Phaeng Hospital Nakhon Phanom Province. It is research and development (Research and Development). The study period is between October 2022 - September 2023, a total of 12 months. Data was collected from questionnaires and medical records. And analyze the data by content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, F - test with One way ANOVA and Dependent t - test techniques.

The results of the study found that the health knowledge of caregivers is related to caring for bedridden patients. Ban Phaeng Hospital Nakhon Phanom Province Knowledge of health and happiness in the 5 dimensions of caregivers bedridden patient Ban Phaeng Hospital Nakhon Phanom Province Knowledge of health and happiness in the 5 dimensions of caregivers bedridden patient Ban Phaeng Hospital Nakhon Phanom Province Health knowledge of village health volunteers and caring for bedridden patients Ban Phaeng Hospital Nakhon Phanom Province and health knowledge of the personnel of the Subdistrict Health Promoting Hospital and the care of bedridden patients Ban Phaeng Hospital Nakhon Phanom Province After processing different from before operation Statistically significant at the .05 level, after the operation Better before operation

**Keywords:** network development, Bedridden patient, 3 doctors

[1] โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม

**บทนำ**

ผู้ป่วยติดเตียง เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาส และมีความยากลาบากในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นกลุ่มมีปัญหาในการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก ทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม[1] อาจแบ่งผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงตามภาวะพึ่งพิงหรือความรุนแรงของโรคโดยการคัดกรองของแผนกผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยในของโรงพยาบาล และตามข้อตกลงของทีมสหวิชาชีพ แบ่งเป็น 1) กลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 2) กลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน กลุ่ม 3 ผู้ป่วยติดเตียง และ 4) กลุ่ม ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยติดเตียง คือกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้ป่วยที่มี ADL Barthel Index ตั้งแต่ 4/20 ลงมาทุกราย เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง หรือผู้สูงอายุที่ทำให้เกิดความพิการ และจำกัดความสามารถในการทากิจวัตรประจาวันด้วยตนเอง หรือมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้าน จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทากิจวัตรประจาวัน มีการดูแลต่อเนื่องระยะยาวของช่วงชีวิต[2]

ระบบการดูแลระยะยาว(Long–term care) เป็นกระบวนการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวการณ์เจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ(ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ(ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่ จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์[1]

การเข้าถึงบริการสุขภาพสาหรับผู้ป่วยติดเตียง มีความยากลำบาก เนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลสุขภาพและมีความยุ่งยากในการเคลื่อนย้าย มีต้นทุนสูงในการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะในเขตชนบทที่ไม่มียานพาหนะของตนเอง มีข้อมูลว่า แม้ผู้ป่วยติดเตียงในเขตเมือง ซึ่งมีนักกายภาพบำบัดให้บริการในโรงพยาบาลมานานแล้ว แต่ก็ยังเข้าถึงบริการได้น้อยมากการดูแลผู้ป่วยระยะยาวจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากครอบครัวหรือญาติในการดูแลและให้ บริการ รวมถึงการปรับสภาพแวดล้อม และที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการดูแลด้วย เช่น ที่นอน พื้นบ้าน สถานที่ขับถ่าย ฯลฯ เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิผล ทีมสุขภาพจึงจำเป็นต้องออกไปประเมินและให้คาแนะนาในการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแล และต้องมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลด้านสังคมอีกด้วย[3]

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ เข้มแข็ง มีคุณภาพ ทั่วถึง ยั่งยืนและบรรลุเป้าหมาย ทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนให้ใกล้ชิดกับประชาชนมากยิ่งขึ้น เน้นการเสริมสร้างสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม มุ่งให้เกิดผลลัพธ์กับประชาชนทั้งด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต ในความสุขกาย สุขใจ สุขสามัคคี 3 หมอหรือคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน คือ การประสานการทำงานดูแลประชาชนที่บ้านและชุมชนแบบ “ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เพิ่มความครอบคลุมให้ได้รับบริการต่อเนื่อง ลดการเดินทาง ลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และส่งต่อรักษาในโรคซับซ้อนยุ่งยาก โดยหมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข และหมอคนที่ 3 หมอครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์ ให้คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน เน้นการดูแลที่บ้านและชุมชน ซึ่งเป็นการมุ่งสร้างระบบสาธารณสุขทั่วถึง เพื่อให้ประชาชนดูแลสุขภาพ และมีที่ปรึกษาเมื่อเวลาเจ็บป่วย เน้นการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันของ 3 หมอ เพื่อให้การช่วยเหลือ ดูแล รักษาและส่งต่อ ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง[4]

จากการศึกษาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านแพง พบว่า ผู้ป่วยติดเตียงมีปัญหาสุขภาพจากการดูแลที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ แผลกดทับติดเชื้อในร่างกายและข้อติด ผู้ดูแลขาดความรู้ความมั่นใจที่จะดูแลเนื่องจากผู้สูงอายุป่วยหลายโรคมีปัญหาซับซ้อนขาดคนช่วยเหลือ ด้านครอบครัว สมาชิกมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุน้อย เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น

จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ของเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ที่มีประสิทธิภาพ ต่อไป

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษาบริบทและสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง
2. เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน ของเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม
3. เพื่อศึกษาการพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม
4. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม

**วิธีการศึกษา**

การศึกษา การพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566 รวม 12

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566 รวม 12 เดือน จำนวน 296 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน โดยมีกิจกรรมในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน ประกอบด้วย

1.1 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการวิเคราะห์ความต้องการและสภาวะสุขภาพผู้ป่วยติดเตียงกำหนดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของเครือข่ายดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน การติดตามประเมินผลกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของเครือข่ายดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน และการค้นหาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

1.2 การประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในเครือข่ายดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 เวชระเบียน

2.2 แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[5]

| 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 ) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ ( Try Out ) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าเท่ากับ .917

2.3 แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพความสุข 5 มิติของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[5]

| 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 | ความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด |

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง ( Validity ) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ ( Try Out ) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าเท่ากับ .899

2.4 แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ [5]

| 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 ) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ ( Try Out ) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของ

แบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าเท่ากับ .961

2.5 แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม เป็นแบบ Rating scale 5 มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[5]

| 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

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง ( Validity ) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ ( Try Out ) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าเท่ากับ .950

**ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย**

การศึกษา การพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม แบ่งเป็น 2 ระยะ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย (Research) ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565

1. การวิเคราะห์ความต้องการและสภาวะสุขภาพผู้ป่วยติดเตียง

2. การวางแผนและกำหนดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของเครือข่ายดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม

3. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในเครือข่ายดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม

4. การดำเนินการตามกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของเครือข่ายดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม

5. การติดตามประเมินผลกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของเครือข่ายดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา (Development) ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566

6. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการค้นหาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

7. การปรับปรุงแนวทางในการดำเนินการตามกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของเครือข่ายดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม

8. การติดตามประเมินผลกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของเครือข่ายดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการ

วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test F – test ด้วยเทคนิค one way ANOVA

**ผลการศึกษา**

1. ผลการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ปี 2565 (ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565) ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.0 ป่วยเป็นโรค Senility ร้อยละ 26.5 รองลงมา คือ Stroke ร้อยละ 22.3 และ ESRD ร้อยละ 16.0 และเสียชีวิต ร้อยละ 44.3 และ จำนวนผู้ป่วยแยกตามสถานบริการ พบว่า หน่วยบริการเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม มีผู้ป่วยติดเตียง ในทุกพื้นที่ อยู่ระหว่าง ร้อยละ 4.2 – 25.4

ปี 2566 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.7 ป่วยเป็นโรค Senility ร้อยละ 25.7 รองลงมา คือ Stroke ร้อยละ 21.6 และ cirrhosis ร้อยละ 15.5 และเสียชีวิต ร้อยละ 48.9 จำนวนผู้ป่วยแยกตามสถานบริการ พบว่า หน่วยบริการเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม มีผู้ป่วยติดเตียง ในทุกพื้นที่ อยู่ระหว่าง ร้อยละ 2.4 – 32.8

2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน ของเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย โครงสร้างมาตรฐาน ศูนย์ดูแลประคับประคองโรงพยาบาลบ้านแพง แนวทางการตรวจคัดกรองเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง แนวทางปฏิบัติในการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน แนวทางปฏิบัติในการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน แนวทางปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง(Palliative Care) แนวทางปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง(Palliative Care) แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ตาม Palliative Performance Scale แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ตาม Palliative Performance Scaleและแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคอง(Z515) ตามระดับ PPS 3 ระยะ

3. การพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม โดยกำหนดให้ มีกิจกรรม สำหรับ ผู้ดูแล มีกิจกรรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

4. ผลของการพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ปี 2566

4.1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.7 ป่วยเป็นโรค Senility ร้อยละ 25.7 รองลงมา คือ Stroke ร้อยละ 21.6 และ cirrhosis ร้อยละ 15.5 และเสียชีวิต ร้อยละ 48.9 หน่วยบริการเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม มีผู้ป่วยติดเตียง ในทุกพื้นที่ อยู่ระหว่าง ร้อยละ 2.4 – 32.8

4.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง

4.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพความสุข 5 มิติของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดเตียง ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง

4.5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง

4.6 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง

4.7 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

4.8 ความรอบรู้ด้านสุขภาพความสุข 5 มิติของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดเตียง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด

4.9 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

4.10 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

4.11 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพความสุข 5 มิติของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม หลังดำเนินการ ระหว่างตำบล ไม่มีความแตกต่าง

4.12 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ความรอบรู้ด้านสุขภาพความสุข 5 มิติของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ความรอบรู้ด้านสุขภาพความสุข 5 มิติของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม และความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม พบว่า หลังดำเนินการ แตกต่างจากก่อนการดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการ ดีกว่าก่อนการดำเนินการ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ก่อนและหลังดำเนินการ (Dependent t – test)

| ตัวแปร | ก่อน | | หลัง | | df | t | p-value | 95%CI | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ค่าเฉลี่ย | S.D. | ค่าเฉลี่ย | S.D. | | | | lower | upper |
| ร่างกาย | 3.00 | 0.3 | 4.72 | 0.18 | 295 | -62.706 | .000 | -1.76991 | -1.66219 |
| กิจกรรม | 2.96 | 0.36 | 4.73 | 0.19 | 295 | -57.430 | .000 | -1.83365 | -1.71214 |
| รวม | 2.98 | 0.31 | 4.72 | 0.18 | 295 | -63.623 | .000 | -1.79843 | -1.69051 |

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพความสุข 5 มิติของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ก่อนและหลังดำเนินการ (Dependent t – test)

| ตัวแปร | ก่อน | | หลัง | | df | t | p-value | 95%CI | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ค่าเฉลี่ย | S.D. | ค่าเฉลี่ย | S.D. | | | | lower | upper |
| ด้านที่ 1 | 2.96 | 0.44 | 4.73 | 0.20 | 295 | -48.826 | .000 | -1.83259 | -1.69058 |
| ด้านที่ 2 | 3.03 | 0.38 | 4.72 | 0.23 | 295 | -49.241 | .000 | -1.75459 | -1.61973 |
| ด้านที่ 3 | 2.97 | 0.38 | 4.75 | 0.24 | 295 | -50.683 | .000 | -1.84804 | -1.70988 |
| ด้านที่ 4 | 2.99 | 0.58 | 4.70 | 0.33 | 295 | -33.138 | .000 | -1.81188 | -1.60873 |

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพความสุข 5 มิติของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ก่อนและหลังดำเนินการ (Dependent t – test)

| ตัวแปร | ก่อน | | หลัง | | df | t | p-value | 95%CI | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ค่าเฉลี่ย | S.D. | ค่าเฉลี่ย | S.D. | | | | lower | upper |
| ด้านที่ 5 | 2.99 | 0.41 | 4.72 | 0.24 | 295 | -47.367 | .000 | -1.79949 | -1.65592 |
| รวม | 2.99 | 0.25 | 4.72 | 0.13 | 295 | -80.280 | .000 | -1.77563 | -1.69065 |

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ก่อนและหลังดำเนินการ (Dependent t – test)

| ตัวแปร | ก่อน | | หลัง | | df | t | p-value | 95%CI | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ค่าเฉลี่ย | S.D. | ค่าเฉลี่ย | S.D. | | | | lower | upper |
| ด้านที่ 1 | 3.00 | 0.32 | 4.71 | 0.16 | 98 | -38.697 | .000 | -1.79859 | -1.62312 |
| ด้านที่ 2 | 3.06 | 0.26 | 4.69 | 0.13 | 98 | -43.109 | .000 | -1.70641 | -1.55622 |
| ด้านที่ 3 | 2.99 | 0.52 | 4.75 | 0.32 | 98 | -21.567 | .000 | -1.91654 | -1.59356 |
| รวม | 3.02 | 0.22 | 4.72 | 0.12 | 98 | -52.221 | .000 | -1.76364 | -1.63451 |

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม (Dependent t – test)

| ตัวแปร | ก่อน | | หลัง | | df | t | p-value | 95%CI | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ค่าเฉลี่ย | S.D. | ค่าเฉลี่ย | S.D. | | | | lower | upper |
| ด้านที่ 1 | 2.98 | 0.26 | 4.71 | 0.14 | 50 | -31.711 | .000 | -1.84130 | -1.62194 |
| ด้านที่ 2 | 2.91 | 0.36 | 4.74 | 0.17 | 50 | -25.665 | .000 | -1.97211 | -1.68584 |
| ด้านที่ 3 | 3.06 | 0.19 | 4.69 | 0.10 | 50 | -41.369 | .000 | -1.70441 | -1.54657 |
| ด้านที่ 4 | 3.06 | 0.38 | 4.74 | 0.25 | 50 | -19.597 | .000 | -1.84830 | -1.50464 |
| รวม | 3.00 | 0.18 | 4.72 | 0.09 | 50 | -46.054 | .000 | -1.79046 | -1.64081 |

**สรุปและอภิปรายผล**

จากการศึกษา พบว่า ผลการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ปี 2565 (ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565) ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.0 ป่วยเป็นโรค Senility ร้อยละ 26.5 รองลงมา คือ Stroke ร้อยละ 22.3 และ ESRD ร้อยละ 16.0 และเสียชีวิต ร้อยละ 44.3 และ จำนวนผู้ป่วยแยกตามสถานบริการ พบว่า หน่วยบริการเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม มีผู้ป่วยติดเตียง ในทุกพื้นที่ อยู่ระหว่าง ร้อยละ 4.2 – 25.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ความรอบรู้ด้านสุขภาพความสุข 5 มิติของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดเตียง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ

บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกันกับการศึกษาของนัทธมน หรี่อินทร์.(2564). ผลการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กระบวนการ care management อำเภอหนองสองห้อง จังหวัด พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุดีขึ้นร้อยละ 16.21 เท่าเดิมร้อยละ 71.38 ลดลงร้อยละ 7.93 ระดับความรู้และทักษะในการดูแลของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดีร้อยละ 84.69 และ 72.45 อยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 12.24 และ25.51อยู่ในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 3.06 และ 2.04 ตามลำดับ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานพบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมีภาระงานมาก ขาดความเข้าใจในการดำเนินงาน ขาดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ขั้นตอนในการดำเนินงานมีความยุ่งยากวิธีการเบิกจ่ายงบประมาณยังไม่ชัดเจน ผู้ช่วยเหลือดูแลบางคนขาดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยกระบวนการ care management ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงได้จัดทำ แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน ของเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย โครงสร้างมาตรฐาน ศูนย์ดูแลประคับประคองโรงพยาบาลบ้านแพง แนวทางการตรวจคัดกรองเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง แนวทางปฏิบัติในการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน แนวทางปฏิบัติในการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน แนวทางปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) แนวทางปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ตาม Palliative Performance Scale แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ตาม Palliative Performance Scaleและแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคอง(Z515) ตามระดับ PPS 3 ระยะ ตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (โรงพยาบาลสงฆ์กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) และมือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และระยะสุดท้าย (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งการพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม โดยกำหนดให้มีกิจกรรม สำหรับ ผู้ดูแล มีกิจกรรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและ บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง[6,7] ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ความรอบรู้ด้านสุขภาพความสุข 5 มิติของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดเตียง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง หลังดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด[8,9] และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ความรอบรู้ด้านสุขภาพความสุข 5 มิติของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ความรอบรู้ด้านสุขภาพความสุข 5 มิติของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม และความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม พบว่า หลังดำเนินการแตกต่างจากก่อนการดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการ ดีกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง ตำบลกระเดียน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี[10]ผลการศึกษาพบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมส่งผลให้เกิดรูปแบบการดูแลแบบ คึดฮอด จอดเถิง เบิงแยง ฮักแพง บ่ถิ่มกัน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอจากนักบริบาลผู้สูงอายุ และได้รับการแก้ปัญหาสุขภาพที่ถูกต้องและรวดเร็ว โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งได้รับการสนับสนุนความช่วยเหลือด้านสังคมจากทีมภาคีเครือข่ายตำบลกระเดียน ส่งผลให้ภายหลังการดูแลมีการเปลี่ยนแปลงระดับภาวะพึ่งพิงในแต่ละกลุ่มซึ่งใช้การวิเคราะห์ผล โดยหาค่าเฉลี่ยของ ADL เปรียบเทียบก่อนและหลังให้การดูแล พบว่า กลุ่มที่ 1 มีค่าเฉลี่ย ADL จาก 10.36 เป็น 10.78 คะแนน กลุ่มที่ 2 มีค่าเฉลี่ย ADL จาก 8.23 เป็น 8.50 คะแนน กลุ่มที่ 3 มีค่าเฉลี่ย ADL จาก 6.00 เป็น 6.33 คะแนน และกลุ่มที่ 4 ค่าเฉลี่ย ADL จาก 4.00 เป็น 4.00 คะแนน ถือเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการตอบแบบประเมินความพึงพอใจที่วิเคราะห์ผล โดยหาค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ พบว่าหลังให้การดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับดีมากทุกข้อคำถาม ผลการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และสังเกตแบบมีส่วนร่วม ภายหลังการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า ความคิดเห็นไปในทางบวก จึงกล่าวได้ว่าศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รพ.สต. เวียง สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตามแผนที่จัดทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**ข้อเสนอแนะ**

**ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้**

การดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน ของเครือข่ายโรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ควรดำเนินการในการจัดทำ โครงสร้างมาตรฐาน ศูนย์ดูแลประคับประคองโรงพยาบาลบ้านแพง แนวทางการตรวจคัดกรองเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง แนวทางปฏิบัติในการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน แนวทางปฏิบัติในการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน แนวทางปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง(Palliative Care) แนวทางปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง(Palliative Care) แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ตาม Palliative Performance Scale แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ตาม Palliative Performance Scaleและแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคอง(Z515) ตามระดับ PPS 3 ระยะ

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

ควรมีการศึกษา การพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวทาง หมอ 3 คน โรงพยาบาลบ้านแพง จังหวัดนครพนม ในระยะยาวเพื่อให้เกิดมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2559). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางปฏิบัติ เรื่องการรับเงิน การเก็บรักษาเงิน และการจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุขสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง และค่าบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2550). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
4. สำนักสื่อสารและประชาสัมพันธ์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ . (2566). 3 หมอ “คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน” https://prgroup.hss.moph.go.th/ article/ 1175-3-หมอ-“คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว-3-คน”
5. Best, John W. (1981). Research in Education. 4 rd ed. Englewood.Cliff, N.J. : Prentice Hall.
6. บุศยมาส ชีวสกุลยง และคณะ. 2556. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองPalliative care. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัทกลางเวียงการพิมพ์, เชียงใหม่.
7. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2563). คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และระยะสุดท้าย (ฉบับบุคลากรทางการแพทย์) สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์
8. กมลพร สกุลพงศ์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง: กรณีศึกษาบ้านปันรัก สุราษฎร์ธานี. วรสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 27 ประจำเดือนธันวาคม 2560 หน้า 90-1039. โรงพยาบาลสงฆ์กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2551. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาแบบประคับประคอง. สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข 2556. คู่มือปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด กรุงเทพมหานคร
10. ชาญชัย เหลาสาร กัลยา ไชยสัตย์ วชิราภรณ์ วิทยาขาว.(2563). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง ตำบลกระเดียน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 29(5). 813-21

# คุณภาพการให้บริการที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย

# The quality of service influences decisions to use emergency medical services Srichiangmai Hospital, Nong Khai Province.

(Received: April 25,2024 ; Revised: April 28,2024 ; Accepted: April 29,2024)

**จุฑามาศ หลวงโคตร[1] ขวัญกัลยา ปุนนา[2]**
**Chuthamat Luangkhot[1], Khwankanlaya Poonna[2]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพการให้บริการที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพบริการ 5 ด้านและการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้ RATER MODEL ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 79 คน คำนวณโดยใช้ Sample tool application วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา และ Multiple Regression Analysis

สรุปผลการวิจัย (1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง กลุ่มอายุ 61 ปี ขึ้นไปมากที่สุด รายได้ ส่วนใหญ่ พอใช้ (2) ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับคุณภาพที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านความเป็นรูปธรรม ที่สุด รองลงมา คือ ด้านการให้ความเชื่อมั่น ด้านความน่าเชื่อถือหรือไว้วางใจด้านการเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ และด้านการตอบสนองความต้องการ ตามลำดับ (3) ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การแนะนำผู้อื่นใช้บริการหน่วยกู้ชีพของโรงพยาบาลเมื่อมีเหตุเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุฉุกเฉิน รองลงมาคือ การให้บริการที่ตอบสนองความต้องการ พฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถ เครื่องมือ อุปกรณ์ ช่วยเหลือ ที่พร้อมใช้งาน และการให้บริการที่รวดเร็ว ตามลำดับ (4) ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า คุณภาพที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ด้านการให้ความเชื่อมั่นและด้านการเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งยอมรับสมมติฐาน ส่วนด้านความเป็นรูปธรรมด้านความน่าเชื่อถือหรือไว้วางใจ และด้านการตอบสนองความต้องการ ไม่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

**คำสำคัญ :** คุณภาพการให้บริการ, การตัดสินใจใช้บริการ, การแพทย์ฉุกเฉิน

**Abstract**

This research has the objective To study the quality of service that influences the decision to use emergency medical services. Sri Chiang Mai Hospital Nong Khai Province Cross-sectional survey research To collect opinions about the quality of 5 service areas and decision to use emergency medical services using the RATER MODEL, the sample size was 79 calculated using the Sample tool application. Data were analyzed using descriptive statistics and Multiple Regression Analysis.

There are 4 summary of research results (1) Results of personal data analysis found that the majority of respondents were female, with the highest age group being 61 years and over. They are mostly fair rates. (2) Results of analysis regarding the quality of emergency medical services. It was found that when considering each aspect by sorting the averages from highest to lowest, it was found that the aspect with the highest average was the most concrete aspect, followed by the giving confidence aspect with reliability or trustworthiness. The caring side of the officials and responding to needs, respectively. (3) The results of the analysis regarding the decision to use emergency medical

[1] พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย
[2] PHD, HRD.

services found that opinions regarding the decision to use emergency medical services. The overall picture is at a high level when considering each aspect by sorting the average values from highest to lowest; it was found that the aspect with the highest average value was recommending others to use the hospital's resuscitation unit when there is an emergency illness or accident, followed by providing services that respond to needs. For the service behavior needs of official staff may have knowledge, abilities, tools, and assistance equipment that are ready to use and prompt service, respectively. (4) The results of the hypothesis testing found that the quality of emergency medical services the aspect of giving confidence and the aspect of caring for officials Influence the decision to use emergency medical services which accepts the assumption. As for the concrete aspect of reliability or trust and response to needs, It does not influence the decision to use emergency medical services.

**Keywords:** emergency accident, emergency medical service, service quality

**บทนำ**

"ผู้ป่วยฉุกเฉิน" หมายความว่า "บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นภยันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการ ทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิต หรือการรุนแรงของการของการบาดเจ็บหรือ อาการป่วยนั้น[1] ดังนั้นการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นฉับพลัน ก่อให้เกิดอันตรายถึงวิกฤติชีวิต การได้รับการช่วยเหลือที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ทันเวลาอาจถึงขั้นเสียชีวิตหรือพิการได้ องค์การอนามัยโลก[2] ได้อธิบายองค์ประกอบของระบบสุขภาพซึ่งประกอบด้วย 6 เสาหลักได้แก่ 1) ระบบบริการ (Service delivery) 2) กำลังคนด้านสุภาพ (Health workforce) 3) ระบบข้อมูล ข่าวสารสุขภาพ (Health information systems) 4) การเข้าถึงยาจำเป็น (Access to essential medicine) 5) ระบบการคลัง (Financing) 6) ภาวะผู้นำและการอภิบาล (Leadership / Governance) ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลของประเทศไทยมีการจัดระบบบริการเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีการพัฒนาระบบ จัดรถพยาบาลเพื่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ การส่งต่อ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินนับตั้งแต่การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉิน ซึ่งรวมถึงการประเมิน การจัดการ การประสานงาน การควบคุมดูแล การติดต่อสื่อสาร การลำเลียงหรือขนส่ง การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งนอกสถานพยาบาลและในสถานพยาบาล การปฏิบัติการฉุกเฉิน เมื่อเกิดเหตุ ผู้เห็นเหตุการณ์โทรแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ 1669 แจ้งโรงพยาบาลโรงพยาบาลออกปฏิบัติการ ดูแลรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ ดูแลระหว่างนำส่งและนำส่งสู่โรงพยาบาล สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ[3] ได้รายงานการปฏิบัติการฉุกเฉินในปี 2560-2564 พบว่า จำนวนปฏิบัติการและจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นใน ทุกปียกเว้นในปี 2563ที่ลดลง จำนวนปฏิบัติการเพิ่มขึ้นจาก 1,579,743 ครั้ง ในปี 2560 เพิ่มเป็น 1,807,929 ครั้งใน ปี 2564 และจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 1,562,533 ราย ในปี 2560 เพิ่มเป็น 1,775,753 ราย ในปี 2564 มีการรักษา นำส่ง 8,102,758 ครั้ง (93.69%) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เสียชีวิตก่อนชุดปฏิบัติการไปถึง 61,490 ครั้ง (0.71%) โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 9,911 ครั้งในปี 2560 เพิ่มเป็น 14,822 ครั้ง ในปี 2564 มีการรักษาและเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ 20,330 ครั้ง (0.24%) มีการรักษาและเสียชีวิตระหว่างน่าส่ง 2,624 ครั้ง (0.03%) มีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ร้อยละ 36.48 ได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 8 นาที ข้อมูลจากงานวิจัย พบว่า หนึ่งในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรอดชีวิตคือ เวลาจากรับแจ้งเหตุจนถึงที่เกิดเหตุ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 นาที (Response time ≤ 10 minutes) มีโอกาสรอดชีวิตจนถึงโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่ เวลาจากรับแจ้งเหตุจนถึงที่เกิดเหตุที่มากกว่า 10 นาที 1.26 เท่า(Odds ratio = 1.26) จังหวัดหนองคายเป็นส่วนหนึ่งของเขตสุขภาพที่ 8 ได้ปฏิบัติการกู้ชีพ ในปี 2564 ได้

ปฏิบัติการกู้ชีพ 14,253 ครั้ง จำนวนผู้ป่วย 14,529 ราย ในปี 2565 จำนวนปฏิบัติการกู้ชีพ 12,752 ครั้ง จำนวนผู้ป่วย 13,306 ราย[4] โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่[5] ได้ออกปฏิบัติการฉุกเฉินออกรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ จำนวน 70, 66 และ 173 ครั้งในปี 2564, 2565 และ 2566 ตามลำดับ ตัวชี้วัดด้านคุณภาพ เช่น ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 8 นาที และร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดทั้งหมดในระดับชาติ[6] นั้น ในปี 2565 และ ปี 2566 สถิติร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 8 นาที โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่เท่ากับ 40 และ 38 ตามลำดับ จากการดำเนินงานให้สอดคล้องตามชี้วัดคุณภาพที่ผ่านมา ทางด้านมิติคุณภาพบริการยังพบอุบัติการณ์ เช่น เครื่องมือไม่พร้อมใช้งาน การออกรับผู้ป่วยช้า ความคลาดเคลื่อนจากการติดต่อประสานงาน ในปี 2566 พบอุบัติการณ์เครื่องมือไม่พร้อมใช้งาน 11 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 6 อุบัติการณ์การรับแจ้งเหตุอาการผู้ป่วยคลาดเคลื่อน จำนวน 12ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 7 ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของมิติคุณภาพบริการ ซึ่งประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่ ความน่าเชื่อถือ ความไว้วางใจ คุณภาพของสิ่งที่จับต้องได้ การเอาใจใส่จากบุคลากรและการตอบสนองของบุคลากร[7] ดังนั้นจึงสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง คุณภาพการให้บริการที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย เพื่อจะได้นำแนวทางมาประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติงานจริงให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ใช้บริการ

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาคุณภาพการให้บริการที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย

**วิธีการวิจัย**

ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เลือกการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey designs) ผู้วิจัยใช้วิธีการสำรวจเพื่อรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพบริการ 5 ด้านและการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ณ จุดหนึ่งของเวลา โดยใช้ RATER MODEL ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ R: Reliability (ความน่าเชื่อถือ), A: Assurance (ความไว้วางใจ), T: Tangibles (คุณภาพของสิ่งที่จับต้องได้), E: Empathy (การเอาใจใส่จากบุคลากร) และ R: Responsiveness (การตอบสนองของบุคลากร)

ประชากรจำนวนทั้งหมด 99 ราย ที่เป็นผู้ป่วยหรือญาติที่เคยใช้บริการรถพยาบาลของโรงพยาบาลเพื่อออกรับเหตุ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน-31 ธันวาคม 2566 เป็นผู้มีสติสัมปะชัญญะ สามารถสื่อสารได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้ Sample tool application โดยกำหนด Proportion=0.5 , Error=.05, Confidence interval= 95%และ $\alpha$= .05 ได้ จำนวนตัวอย่าง 79 ราย และทำการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลาก

ระยะเวลาวิจัย 3 เดือน ตั้งแต่เดือน มีนาคม-พฤษภาคม 2567 สถานที่ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามความคิดเห็นด้านคุณภาพการให้บริการที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน[8] ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียด 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ใช้แบบสอบถามแบบตรวจสอบรายการ (Check List)[9]

2. ข้อมูลความคิดเห็นด้านคุณภาพการให้บริการที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ใช้แบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale)[10] ประกอบด้วยข้อคำถามที่แสดงความคิดเห็น แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

5 หมายถึง มากที่สุด

4 หมายถึง มาก

3 หมายถึง ปานกลาง

2 หมายถึง น้อย

1 หมายถึง น้อยที่สุด

ใช้เกณฑ์การประเมินผลโดยการหาค่าเฉลี่ย แบ่งระดับออกเป็น 5 ระดับชั้น โดยการหาช่องความกว้างของอันตรภาคชั้น (คะแนน1-5) และคำนวณจากสูตรดังนี้[11] การแปลผลคำถามแบบประเมินค่า (Rating Scale) โดยวิธีค่าเฉลี่ย (Mean)

ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 เห็นด้วยมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20 เห็นด้วยมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 เห็นด้วยปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 เห็นด้วยน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 เห็นด้วยน้อยที่สุด

3. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

นำแบบสอบถามหาค่าความเที่ยงตรง (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบทดสอบให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการทำวิจัยและบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เชี่ยวชาญด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Index of item objective congruence) เลือกข้อคำถามมีค่า IOC มากกว่า 0.5 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยหรือญาติที่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการวิจัย นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ 0.95 ค่าอาจจำแนกรายข้อเฉลี่ย 0.66

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์เชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานในการวิเคราะห์ หาตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม หรือเป็นการพยากรณ์ตัวแปรอิสระอย่างน้อยหนึ่งตัว ที่มีอิทธิพลส่งผลต่อตัวแปรตาม การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ การทดสอบสมมติฐานการวิเคราะห์คุณภาพการให้บริการที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณสมบัติของตัวแปรว่ามีความเหมาะสมกับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)[12] ดังนี้ 1) ตัวแปรต้นหรือตัวแปรอิสระต้องเกิดก่อนตัวแปรตามหรือตัวแปรเกณฑ์ 2) ตัวแปรตามต้อง Normality โดยค่า (Abs)Zskewness <3 , (Abs)ZKurtosis<10 [13] 3) ตัวแปรต้นและตัวแปรตามต้องสัมพันธ์กัน (Correlation ต้อง Sig) 4) ต้องไม่เกิด Multiple collinearity การวิเคราะห์ผลเพื่อไม่ให้เกิดความสัมพันธ์กันเองของตัวแปรหรือเป็นอิสระต่อกันตัวแปรในงานวิจัยหากมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกันเองมากจะทำให้ตัวแปรมีความหมายเหมือนกันดังนั้นจึงจำเป็นต้องทำการตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์สหะสัมพันธ์แบบเพียสันซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาไม่ควรเกิน 0.80 นอกจากนี้ยังได้พิจารณาร่วมกับค่า VIF ไม่ควรเกิน 10 สำหรับค่า tolerance ควรอยู่ระหว่าง 0.10 ถึง 1.00 และค่า Durbin-Watson ควรมีค่าอยู่ระหว่าง 1.50 - 2.50

**ผลการวิจัย**

1) ข้อมูลทั่วไป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้บริการ พบว่า เพศชายจำนวน 32 รายร้อยละ 40.5 เพศหญิงจำนวน 47 ราย ร้อยละ 47 อายุ 18-30 ปี จำนวน 16 ราย ร้อยละ 20.3 อายุ 31-40 ปี จำนวน 12 ราย ร้อยละ 15.2 อายุ 41-50 ปี จำนวน 18 ราย ร้อยละ 22.8 อายุ 51-60 ปี จำนวน 13 ราย ร้อยละ 16.5 และอายุ 61 ปี ขึ้นไปจำนวน 20 ราย ร้อยละ 25.3 ระดับการศึกษาประถมศึกษาจำนวน 37 ราย ร้อยละ 46.8 ระดับมัธยมศึกษาจำนวน 36 ราย ร้อยละ 45.6 ระดับปริญญาตรี จำนวน 6 ราย ร้อยละ 7.6 ส่วนรายได้ พอใช้ มีเงินเก็บออม จำนวน 8 ราย ร้อยละ 10.1 พอใช้ไม่มีเงินเก็บออมจำนวน 43 ราย ร้อยละ 54.4 และไม่พอใช้ไม่มีเงินเก็บออม จำนวน 28 ราย ร้อยละ 35.4

2) ผลการวิเคราะห์คุณภาพการให้บริการของ

ผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย นำเสนอตาราง ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย โดยรวม

| คุณภาพการให้บริการ | $\bar{x}$ | S.D | ระดับความคิดเห็น | ลำดับ |
|---|---|---|---|---|
| ด้านความเป็นรูปธรรม | 4.73 | 0.34 | มากที่สุด | 1 |
| ด้านความน่าเชื่อถือหรือไว้วางใจ | 4.52 | 0.53 | มากที่สุด | 2 |
| ด้านการตอบสนองความต้องการ | 4.10 | 0.69 | มาก | 5 |
| ด้านการให้ความเชื่อมั่น | 4.44 | 0.51 | มากที่สุด | 3 |
| ด้านการเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ | 4.27 | 0.64 | มากที่สุด | 4 |
| รวม | 4.41 | 0.54 | มากที่สุด | |

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษา พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย โดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$=4.41, S.D.=0.54) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่าด้านความเป็นรูปธรรมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ระดับความคิดเห็น ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$=4.41, S.D.=0.54) รองลงมาคือ ด้านความน่าเชื่อถือหรือไว้วางใจ ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$=4.52, S.D.=0.53) ด้านการให้ความเชื่อมั่น ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$=4.44, S.D.=0.51) ด้านการเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$=4.27, S.D.=0.64) และด้านการตอบสนองความต้องการ ระดับมาก ($\bar{x}$=4.10, S.D.=0.69) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย โดยรวม

| การตัดสินใจใช้บริการ | $\bar{x}$ | S.D | ระดับความคิดเห็น | ลำดับ |
|---|---|---|---|---|
| พฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่ | 4.39 | 0.60 | มากที่สุด | 2 |
| การให้บริการที่รวดเร็ว | 4.28 | 1.10 | มากที่สุด | 5 |
| เครื่องมือ อุปกรณ์ ช่วยเหลือ ที่พร้อมใช้งาน | 4.41 | 0.99 | มากที่สุด | 1 |
| เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถ | 4.34 | 0.84 | มากที่สุด | 3 |
| การตอบสนองความต้องการ | 4.33 | 0.65 | มากที่สุด | 4 |
| การแนะนำผู้อื่นใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลเมื่อมีเหตุเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุฉุกเฉิน | 4.41 | 0.74 | มากที่สุด | 1 |
| รวม | 4.36 | 0.82 | มากที่สุด | |

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย โดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$=4.36, S.D.=0.82) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่า ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ช่วยเหลือ ที่พร้อมใช้งานและการแนะนำผู้อื่นใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลเมื่อมีเหตุเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุฉุกเฉิน อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$=4.41, S.D.=0.99 และ $\bar{x}$=4.41, S.D.=0.74 ตามลำดับ) รองลงมาคือ ด้านพฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$=4.39, S.D.=0.60) ด้านเจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$=4.34, S.D.=0.84) ด้านการตอบสนองความต้องการ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$=4.33, S.D.=0.65) และด้านการให้บริการที่รวดเร็วอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$=4.28, S.D.=1.10) ตามลำดับ

ในการวิเคราะห์คุณภาพการให้บริการที่มี

อิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง (Multiple Regression Analysis) โดยมีเงื่อนไขหรือข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ดังต่อไปนี้

1) ตัวแปรต้นหรือตัวแปรอิสระต้องเกิดก่อนตัวแปรตามหรือตัวแปรเกณฑ์ จากการสืบค้นวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า คุณภาพบริการประยุกต์จากกรอบแนวคิด RATER MODEL ซึ่งประกอบด้วยมิติคุณภาพบริการ ซึ่งประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่ ความน่าเชื่อถือความไว้วางใจ คุณภาพของสิ่งที่จับต้องได้ การเอาใจใส่จากบุคลากรและการตอบสนองของบุคลากร ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการ ดังนั้น คุณภาพบริการเกิดก่อนการตัดสินใจใช้บริการ

2) ค่า (Abs)Zskewness เท่ากับ -2.79 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 3 และค่า (Abs)ZKurtosis เท่ากับ -1.82 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 10 และ Shapiro-Wilk มีค่าเท่ากับ <.001 ($p< .05$) จึงสรุปได้ว่า ตัวแปรตามมีลักษณะการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ (Normality)

3) ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพที่ให้บริการกับการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย มีความสัมพันธ์กัน ที่ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า .05

4) ไม่เกิด Multiple collinearity ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียสัน ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาไม่เกิน 0.80 ซึ่งค่าที่ได้อยู่ระหว่าง 0.25 - 0.71 ค่า VIF ของตัวแปรอิสระ มีค่าอยู่ระหว่าง 1.99-2.40 (ไม่ควรเกิน 10) และค่า Tolerance มีค่า 0.416-0.503 (ควรอยู่ระหว่าง 0.10 ถึง 1.00) ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน โดยพิจารณาจากค่า Durbin–Watson มีค่า 2.16 ซึ่งอยู่ในช่วงระหว่าง 1.50 - 2.50 [14] ซึ่งถือว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์คุณภาพที่ให้บริการที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย

| คุณภาพที่ให้บริการ | การตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน | | | t | p |
|---|---|---|---|---|---|
| | B | SE | β | | |
| ด้านความเป็นรูปธรรม | -.215 | .139 | -.232 | -1.541 | .127 |
| ด้านความน่าเชื่อถือหรือไว้วางใจ | .207 | .166 | .213 | 1.246 | .217 |
| ด้านการตอบสนองความต้องการ | .102 | .123 | .099 | .831 | .409 |
| ด้านการให้ความเชื่อมั่น | .438 | .159 | .456 | 2.762 | .007 |
| ด้านการเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ | .461 | .149 | .459 | 3.105 | .003 |
| Adjusted R Square = .987 R Square = .988 R = .994 | | | | | |

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์คุณภาพที่ให้บริการที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ปรากฏว่าตัวแปรด้านการให้ความเชื่อมั่นและด้านการเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ ส่งผลทางบวกต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ร้อยละ 98.8 โดยที่ตัวแปรด้านการเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการให้ความเชื่อมั่น โดยสามารถเขียนสมการถดถอยได้ดังนี้ ดังนั้น จึงเขียนสมการได้ว่า

$$\hat{y} = 0.438x_4 + 0.461x_5$$

$$\widehat{Zy} = 0.456\ zx_4 + 0.459\ zx_5$$

ผลการทดสอบสมมติฐาน ตัวแปรด้านคุณภาพการให้บริการอย่างน้อย 1 ตัวแปร มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ผลการวิจัย ยอมรับสมมติฐาน

**สรุปและอภิปรายผล**

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐาน คือ ตัวแปรด้านคุณภาพการให้บริการอย่างน้อย 1 ตัวแปร มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ผลการวิจัยตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ ด้านการให้ความเชื่อมั่นและด้านการเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธงชัย อามาตยบัณฑิต (2560)[15] ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของผู้ป่วยฉุกเฉิน เร่งด่วนและวิกฤติ ในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ตัวแปรศึกษาสามารถทำนายการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ร้อยละ 59.7 และตัวแปรด้านความเชื่อมั่นในการใช้บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินจากโรคเรื้อรังและสูงอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากการค้นคว้าเพิ่มเติมพบความไม่สอดคล้องกับการวิจัยโดย Ahmed Ramdan M. Alanazy, Stuart Wark, John Fraser, and Amanda Nagle (2019)[16] ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในเมืองเทียบกับพื้นที่ชนบท ผลการวิจัยระบุว่า EMS ในเขตเมืองมีแนวโน้มที่จะใช้เวลาก่อนถึงโรงพยาบาล เวลาตอบสนอง เวลาถึงที่เกิดเหตุ และเวลาขนส่งสั้นกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ EMS ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบท ซึ่งเกี่ยวกับเวลาดังกล่าว ผู้วิจัยจัดอยู่ในกลุ่มด้านการตอบสนองความต้องการได้แก่ เจ้าหน้าที่ไปรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุรวดเร็ว เจ้าหน้าที่ตอบสนองความต้องการตามขอบเขตได้เหมาะสม แต่สำหรับการวิจัยนี้ ด้านการตอบสนองความต้องการไม่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และไม่สอดคล้องกับกับสุรภา ขุนทองแก้ว (2562)[17] ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดราชบุรี พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ การมีโรคประจำตัว การมีรถยนต์ส่วนตัวและการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนความคาดหวังต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

คุณภาพที่ให้บริการด้านการให้ความเชื่อมั่นและด้านการเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ทั้งนี้มีสาเหตุซึ่งอธิบายเป็นรายด้านได้ดังนี้ 1) ด้านการให้ความเชื่อมั่น มีสาเหตุจาก เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ช่วยเหลือดูแล พยาบาลเบื้องต้นได้ มีความปลอดภัยเมื่อใช้บริการกู้ชีพของโรงพยาบาลและเชื่อมั่นในสิทธิผู้ป่วยที่พึงได้รับตามกฎหมาย 2) ด้านการเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ มีสาเหตุจาก เจ้าหน้าที่เข้าใจความต้องการเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี เจ้าหน้าที่กระตือรือร้นในการช่วยเหลือ และเจ้าหน้าที่ให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่ การปฏิบัติตัวได้เหมาะสม

**ข้อเสนอแนะ**

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรส่งเสริมเพิ่มพูนความรู้และทักษะ สมรรถนะ การปฏิบัติที่ดี (Good Practices) เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ ด้านการให้ความเชื่อมั่น เจ้าหน้าที่มีความกระตือรือร้นศึกษาหาความรู้อยู่เสมอ เพื่อจะได้ดูแล ช่วยเหลือ พยาบาลเบื้องต้นให้ผู้ใช้บริการความปลอดภัยเมื่อใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลและเคารพในสิทธิผู้ป่วย และด้านการเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ควรมีเข้าใจและตอบสนองความต้องการตามขอบเขต มีความกระตือรือร้น เอาใจใส่ผู้ใช้บริการเป็นอย่างดี

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ผู้วิจัยเสนอแนะทำวิจัยเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพของการบริการที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการซ้ำบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และขยายขอบเขตการศึกษาให้ครอบคลุมทั้งอำเภอศรีเชียงใหม่ ซึ่งการบริการแพทย์ฉุกเฉินนอกจากหน่วยกู้ชีพของโรงพยาบาลแล้วยังรวมถึง หน่วยกู้ภัยเอกชน มูลนิธิ และองค์กรท้องถิ่น

## เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน, 2551. (2551). (2551, 23 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 125/ ตอนที่44 ก, หน้า 1.
2. วิชัย โชควิวัฒน. (2564). พัฒนาการโดยสังเขปของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในประเทศไทย. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย ปีที 1 ฉบับที 1 มกราคม - มิถุนายน 2564.
3. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2564). สถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพและการแพทย์ฉุกเฉิน (ระดับโลกและประเทศไทย). สืบค้นวันที่ 10 มีนาคม 2567 จาก https://www.niems.go.th.
4. ธีระ ศิริสมุดและคณะ. (2565). การวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสู่ภาวะปกติใหม่ (EMS new normal) : แนวทางเพิ่มประสิทธิภาพด้านเวลาในการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในประเทศไทย. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. สืบค้นวันที่ 2 มกราคม 2567 จาก https://www.niems.go.th › EBook PDF.
5. โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่. (2566). ทะเบียนงาน EMS ของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช.
6. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2566). ตัวชี้วัดการดำเนินงาน. สืบค้นวันที่ 10 มีนาคม 2567 จาก https://www.niems.go.th.
7. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (Spring 1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. Journal of Marketing, 64, 12-40.
8. ขวัญกัลยา ปุนนา. (2567). แบบสอบถามความคิดเห็นด้านคุณภาพการให้บริการที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน.
9. ทิวัตถ์ มณีโชติ. (2549). การวัดและประเมินผลการเรียนรู้ตามหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
10. Clawson, J.G., Kotter, J.P., Faux, V.A., & McArthur, C.C. (1992). Self-assessment and career development 3rd ed. NJ: Prentice-Hall Inc.
11.ปารวี ศรีอุบล. (2548). ความคิดเห็นและพฤติกรรมในการซื้อสินค้าของนักท่องเที่ยวในตลาดอิน โดจีน จังหวัดมุกดาหาร.การศึกษาอิสระบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการตลาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
12. พูนพงศ์ สุขสว่าง. (2563, 24 กันยายน). Multiple Regression Analysis: MRA. [วิดีโอ]. ยูทูบ. https://www.youtube.com/watch?v=WiBELjgYNDI
13. Kline, R. B. (2011). Principles and practice of structural equation modeling (3rd ed.). Guilford Press. p.63.
14.ลัดดาวัลย์ สำราญรอดและตรีรัตน์ กองยอด. (2565). แนวทางพัฒนาคุณภาพบริการและประสิทธิภาพบริการที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการการซ้ำของผู้ใช้บริการไปรษณีย์หางน้ำสาคร อำเภอมโนรมย์ จังหวัด ชัยนาท. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ, ชัยนาท.
15. ธงชัย อามาตยบัณฑิต. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของผู้ป่วยฉุกเฉิน เร่งด่วนและวิกฤติ ในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 26 ฉบับที่ 5 กันยายน-ตุลาคม 2560. หน้า 883.
16. Ahmed Ramdan M. Alanazy, Stuart Wark, John Fraser, and Amanda Nagle. (2019). Factors Impacting Patient Outcomes Associated with Use of Emergency Medical Services Operating in Urban Versus Rural Areas: A Systematic Review. NIH. Retrieved on February 2, 2024 from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6572626/.
17.สุรภา ขุนทองแก้ว. (2562). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดราชบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562 หน้า 30.

# การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภายใต้การบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการและระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข โดยทีมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย COVID Alert Team

# The Development of Health Care Services System for Treatment of Patients Infected with Coronavirus 2019 under Emergency Operation center by COVID Alert Team.

(Received: April 25,2024 ; Revised: April 28,2024 ; Accepted: April 29,2024)

**พชรวรรณ คูสกุลรัตน์[1] กาญจนา จันทะนุย[2]**
**Pacharawan Khusakunrat[1] Kanjana jantanui[2]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินผลระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภายใต้การบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการและระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข โดยทีมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย COVID Alert Team ผู้ให้ข้อมูลหลัก คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย ผู้บริหารและทีมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามคำสั่งศูนย์ EOC ระดับจังหวัดและอำเภอทีมบุคลากรทีมสหวิชาชีพ ตามแนวคิด 6 เสาหลักด้านสุขภาพ ขอบเขตวิจัย คือ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 13 แห่ง ระยะเวลาวิจัย เดือน กุมภาพันธ์ 2564 – พฤษภาคม 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่ แบบประเมินและแบบสรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า จากการดำเนินงาน ครั้งที่ 1และ 2 พบว่า 1) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะโรค ได้รับการรักษาตามแนวทางปฏิบัติและ จำหน่ายตามแผนการรักษา ร้อยละ 94.58,95.83 มีอาการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 9.58,4.17 ส่งต่อ รพ.แม่ข่ายร้อยละ100,100 2) ผู้ป่วยรพ. สนาม,ศูนย์พักคอยได้รับการรักษาตามแนวทางปฏิบัติและจำหน่ายตามแผนการรักษา ร้อยละ 96.11,96.46 มีอาการเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 3.89,3.54 ย้ายเข้า รับการรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะโรค ร้อยละ 100,100 3) ผู้ป่วย Home Isolation ได้รับการรักษาตามแนวทางปฏิบัติและจำหน่ายตามแผนการรักษา ร้อยละ 95.83,97.27 มีอาการเปลี่ยนแปลง ร้อยละ . 4.17, 2.73 ย้ายเข้ารักษา รพ.สนาม และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะโรค ได้ทันเวลา ร้อยละ 100,100

**คำสำคัญ :** ระบบบริการสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

**Abstract**

This research and development aimed to develop and evaluate Health Care Services System for Treatment of Patients Infected with Coronavirus 2019 under Emergency Operation center by COVID Alert Team.The development health care services system was developed by multidisciplinary team by application of the WHO's Six Building Blocks of A Health System principle. The research activities were implemented during February 2021-May 2022. Tools used to collect data include: Evaluation form and performance summary form. Analyses of data using descriptive statistics; counts, percentage, qualitative data applied content analysis.

The study results found the 1st and 2nd operations achievements found 1) Cohort Ward cases were treated and discharged with 94.58%,95.83% having worse clinical status 9.58%,4.17% with referring cases to tertiary care hospital with 100%, 100% 2) Patients of field hospital, Community Isolation completed treatment and discharged with 96.11%,96.46% having worse clinical status with 3.89%,3.54% and moved in CW with 100%, 100%, 3) the patients with Home Isolation could be discharged after completed treatment with 95.83%,97.27% having worse clinical status with 4.17%, 2.73% move to field hospital or Cohort Ward with 100%,100%

**Keywords:** health care service, patient with corona virus 2019, Public hospital

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
[2] โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

**บทนำ**

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) เป็นลักษณะของการระบาด ใหญ่ (pandemic) องค์การอนามัยโลก ประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) และแนะนำให้ทุกประเทศเร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค[1] การระบาดของโควิด-19 ที่แพร่ไปทั่วโลก ซึ่งมีผู้ติดเชื้อจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องนั้น ส่งผลกระทบรุนแรงหลายด้านทั้งระบบโครงสร้างและการบริการของโรงพยาบาลในระดับโลกและระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พศ. 2560-2579 มีเป้าหมายในการเสริมความเข้มแข็งของระบบจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข โดยพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ( Emergency Operation Center :EOC) [2] โดยประเทศไทยมีการกำหนดมาตรการควบคุม ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID - 19) ในระดับบุคคลและชุมชนที่เน้นการทำงานและความร่วมมือของทุกภาคส่วน จนได้รับการยกย่องจากนานาประเทศ อย่างไรก็ตามการระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID -19) ทำให้ความต้องการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นในอัตราที่ก้าวกระโดด ในขณะที่ศักยภาพและขีดความสามารถของสถานพยาบาลและบุคลากรสุขภาพไม่ได้เพิ่มขึ้นตามไปด้วย

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำคำแนะนำสำหรับสถานพยาบาลเพื่อการประเมินตนเอง และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆในการจัดระบบงานและการปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) เป็นไปโดยเรียบร้อยทั้งบุคลากรสาธารณสุข ตลอดจนผู้ป่วยทั่วไปและญาติที่เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาล มีความปลอดภัยไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้ทบทวนเอกสารขององค์การอนามัยโลก เรื่อง Severe Acute Respiratory Infections Treatment Centre Practical manual to set up and manage a SARI treatment center and a SIRI screening facility in health care facilities,March2020 และปรับปรุงให้เข้ากับบริบทของสถานพยาบาลในประเทศไทย เพื่อให้สะดวกสำหรับการใช้งาน ผู้บริหารสถานพยาบาลหรือทีมงานที่เกี่ยวข้องที่ต้องการรายละเอียดในการพัฒนาการเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาล และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการเตรียมความพร้อมในระดับต่างๆ ซึ่งองค์ประกอบของการพัฒนาการเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลได้แก่ หลักการบริหารการจัดสถานพยาบาลทางระบาดวิทยา และประเด็นของการเตรียมความพร้อม 7 ด้าน[4]ประกอบด้วย 1.ด้านบริหารจัดการและการบริการทั่วไป 2.การบริหารจัดการคลินิกทางเดินหายใจ (ARI Clinic) 3.การจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะโรค (Cohort ward) 4.ระบบการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ 5.ด้านการดูแลคลังและอุปกรณ์สนับสนุน 6. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของบุคลากร 7. ด้านการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อในสถานพยาบาล ซึ่งในแต่ละด้านจะมีรายละเอียดของกิจกรรมที่ต้องเตรียมความพร้อม โดยโรงพยาบาลแต่ละแห่งต้องประเมินความพร้อมของสถานพยาบาลด้วยตนเอง ในหัวข้อต่างๆ และเสนอแนวทางในการพัฒนา พร้อมทั้งกำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานปรับปรุงและตรวจสอบให้มีการปฏิบัติแนวทางการพัฒนาในเรื่องนั้นๆอย่างต่อเนื่อง เพื่อจัดบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) ต่อไป

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับการรักษาของจังหวัดมหาสารคามในช่วงการระบาดภายใต้การบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการและระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขโดยทีมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย COVID Alert Team ได้กำหนดให้เตรียมความพร้อมการจัดสถานที่ในการรักษาผู้ป่วยโควิด-19 โดยการบริหารจัดการระบบบริการตั้งแต่เริ่มพบรายงานการระบาดของโรค ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ.2563 และสถานการณ์ระบาดของ

โรคในช่วงระลอกเมษายน พ.ศ 2564 คือ จัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะโรค (Cohort ward) โรงพยาบาลกุดรังและโรงพยาบาลมหาสารคาม การเปิดบริการโรงพยาบาลสนามริมห้วย ซึ่งเป็นหอพักของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม และโรงพยาบาลสนามของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม และกำหนดแนวทางปฏิบัติให้โรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอในจังหวัดจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานที่ข้างต้น โดยแต่ละอำเภอจะต้องหมุนเวียนบุคลากรเพื่อร่วมปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย และในห้วงเวลาดังกล่าวจำนวนเตียงที่มีอยู่ยังสามารถรองรับจำนวนผู้ป่วยภายในจังหวัดได้ จากการวิเคราะห์สถานการณ์การระบาดระลอกเมษายน พบว่ามีผู้ติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์เดลตา กลายเป็นเชื้อไวรัสสายพันธุ์หลัก ซึ่งพบการระบาดอยู่ในกรุงเทพมหานครรวมถึงปริมณฑลบางจังหวัด มีการแพร่ระบาดกระจายเร็วมากและเป็นกลุ่มก้อนขนาดใหญ่ในกลุ่มแรงงานทั้งแรงงานไทยและแรงงานต่างชาติ จากการระบาดในกลุ่มแรงงานดังกล่าวทำให้ประชาชนที่ไปทำงานต่างถิ่นมีแนวโน้มที่จะกลับมารักษาตัวในพื้นที่ เนื่องจากจำนวนเตียงในกรุงเทพมหานครไม่สามารถรองรับได้ จึงทำให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 13 แห่ง จำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมในการรองรับผู้ป่วยในพื้นที่ ซึ่งคณะผู้วิจัยเป็นหัวหน้าทีมนำด้านการดูแลผู้ป่วย( COVID Alert Team) มีบทบาทสำคัญในการจัดระบบบริหารระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยได้คุณภาพและมาตรฐาน จึงเล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในบริบทโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เพื่อนำผลการศึกษาวิจัยนำมาเป็นแนวทางการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)ให้มีคุณภาพมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

**วัตถุประสงค์**

1.เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภายใต้การบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการและระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข โดยทีมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย COVID Alert Team

2.เพื่อประเมินผลระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภายใต้การบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการและระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข โดยทีมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย COVID Alert Team

**วิธีการวิจัย**

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative method) และเชิงคุณภาพ (Qualitative method) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์และการวิเคราะห์ปัญหา(Situation and Problem Analysis) การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการหรือดำเนินการตามแผน ( Implementation) และการประเมินผล (Evaluation) ระยะเวลาดำเนินการศึกษา เดือนกุมภาพันธ์ 2564 - พฤษภาคม 2565 ในพื้นที่โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งผู้วิจัยปฏิบัติงานในพื้นที่ตลอดระยะเวลาทำการศึกษา จึงสามารถเข้าถึงข้อมูลและดำเนินกระบวนการวิจัยเป็นไปด้วยดี

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ

1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ทีมที่ร่วมพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย ผู้บริหารและทีมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามคำสั่งศูนย์ EOC ระดับ

จังหวัดและระดับอำเภอทุกอำเภอ ทีมบุคลากรทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล จำนวน 52 คน โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีเวลาเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงตลอดการศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ย้ายสถานที่ปฏิบัติงานหรือลาออกในช่วงเวลาการวิจัย 2) กลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษา อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยเลือกแบบลำดับชั้น( Stratified Sampling ) จากนั้นจึงทำการสุ่มตัวอย่างออกจากกลุ่ม โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ประกอบด้วยผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ามารักษาในช่วงระยะเวลาวิจัย 2 ระยะเวลา คือ ระยะที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ 2564 เดือน ธันวาคม 2564 ( ระลอกเมษายน) ระยะที่ 2 เดือนมกราคม พ.ศ.2565– เดือนพฤษภาคม 2565 ( ระลอกมกราคม )

**ขั้นตอนการวิจัย**

**ระยะที่ ศึกษาสถานการณ์และการวิเคราะห์สภาพปัญหา ประกอบด้วย**

**ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และการวิเคราะห์สภาพปัญหา (Situation and Problem Analysis)** (เดือนกุมภาพันธ์ 2564-มีนาคม 2564) การประเมินความต้องการที่จำเป็น (Analysis: Research1 (R1))โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาสภาพปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ และปัจจัยที่ส่งผล ต่อการพัฒนาด้านการจัดระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งความต้องการและวิธีการในการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการด้านการจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ 1) ศึกษาข้อมูลสภาพปัญหา ทบทวนวรรณกรรม ทบทวนเอกสาร แนวคิด งานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ (1) แนวคิดการบริหาร Monitoring the 6-Building block of Health System: WHO (2) แนวคิดการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการและระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข (3) แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (4) แนวปฏิบัติเพื่อการบริหารจัดการหอผู้ป่วยเฉพาะโรค ( Cohort Ward: CW) โรงพยาบาลสนาม ( Field Hospital),ศูนย์พักคอย(Community Isolation: CI),และ การกักตัวรักษาที่บ้าน (Home Isolation: HI) 2) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประเมินการเตรียมความพร้อมระบบบริการทางการแพทย์ และองค์ประกอบของการพัฒนาระบบบริการของสถานพยาบาล 3) ประสานงานโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เก็บรวบรวมข้อมูล และข้อเสนอเพื่อการพัฒนารูปแบบจัดการระบบบริการเพื่อรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังจากนั้น นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำสู่การพัฒนาในระยะที่ 2 ต่อไป

**ขั้นตอนที่ 2 การวางแผน** ขั้นการออกแบบและพัฒนารูปแบบ(Design and Development : Development (D1)) เป็นขั้นตอนที่นำผลการศึกษาจากขั้นตอนที่ 1 มาใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดของการพัฒนารูปแบบและ กำหนดองค์ประกอบ ของระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พร้อมทั้งจัดทำคู่มือการจัดระบบบริการ โดย ยกร่างระบบบริการที่พัฒนาขึ้น นำเสนอในการประชุมศูนย์ปฏิบัติการและระบบ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข ( ศูนย์ EOC ) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เพื่อพิจารณาอนุมัติให้ดำเนินการและนำข้อเสนอแนะ สู่การปรับปรุงแก้ไข ซึ่งกำหนดองค์ประกอบของการจัดระบบบริการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ (1) แนวคิดองค์ประกอบของระบบสุขภาพของ Monitoring the 6- Building block of A Health System: WHO[5] องค์ประกอบที่ (2) การบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19[18,19] และองค์ประกอบที่ (3) แนวทางการปฏิบัติของทีมปฏิบัติดูแลผู้ป่วย( COVID Alert team),Patient Journey

**ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการหรือดำเนินการตามแผน** (Implementation: Research

(R2) ขั้นการทดลองใช้รูป เป็นการนำรูปแบบที่สร้างขึ้นในขั้นตอนที่ 2 ไปทดลองใช้ โดยใช้ วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research: P-A-O-R Model ) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart [6] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ Planning วางแผน Action ปฏิบัติการ Observation สังเกตการณ์ (Reflection) ประเมินผล

**ระยะพัฒนารูปแบบ การดำเนินงานครั้งที่ 1( ระลอกเมษายน)** ในช่วงเดือนกุมภาพันธุ์ 2564-เดือนธันวาคม 2564 มีขั้นตอน ดังนี้ 1) การนำสู่การปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยสำหรับหอผู้ป่วยเฉพาะโรค( CW ) และโรงพยาบาลสนาม ติดตามสังเกตขณะนำระบบไปใช้จริง ขณะดูแลผู้ป่วยจากการดำเนินงานครั้งที่ 1 ดำเนินการทบทวนตามประกาศของแนวทางปฏิบัติ สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[(11),(12)] และประเมินผลการดำเนินงานนำสู่การสรุปบทเรียนในช่วงเดือน ตุลาคม 2564 -พฤศจิกายน 2564 เพื่อนำข้อสรุปที่ได้สู่การพัฒนาปรับปรุงในระยะต่อไป โดยการนำสู่การปฏิบัติ กำหนดขั้นตอนปฏิบัติ และจัดทำร่างแนวทางการพัฒนาระบบบริการที่พัฒนาขึ้นนำเสนอสู่การปรับปรุงแก้ไข 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการชี้แจงแนวทางและแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานทีมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย กำหนดให้ทุกหน่วยบริการจัดตั้ง COVID Alert Team โดยมีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการภาพรวมของระบบการดูแลรักษา (1) ร่วมกันวางแผนและติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน (2) จัดตั้ง Cohort ward โดยใช้สถานที่ คือ IPD ของแต่ละโรงพยาบาล และจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม ,Community Isolation (3) แต่งตั้งหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลทำหน้าที่ Project Manager ในการบริหารจัดการดูแล Cohort ward และโรงพยาบาลสนาม (4) จัดระบบการเปิดบริการ Community Isolation ,Home Isolation 3) ดำเนินการด้านการบริหารจัดการงบประมาณ : โดยงบประมาณในการปรับปรุง Cohort ward, โรงพยาบาลสนาม Community Isolation, Home Isolation ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่ได้รับการสั่งการจากมติคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อจังหวัด โดยผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้อนุมัติ งบประมาณจากเงินบำรุงของโรงพยาบาล เพื่อดำเนินการจัดซื้อวัสดุครุภัณฑ์เพิ่มเติม และงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนให้การสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ด้านการแพทย์ 4) พัฒนาหลักสูตรและจัดอบรมพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ เพื่อจัดตั้งทีมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ( COVID Alert team) และทำหน้าที่ในการให้บริการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุกแห่ง 5) พัฒนาระบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย : จัดทำแนวทางการปฏิบัติในการสั่งการรับไว้รักษาสำหรับหน่วยบริการโดยแบ่งตามระดับความรุนแรง (Patient Journey) เพื่อใช้เป็นเกณฑ์พิจารณารักษาที่ Cohort Ward หรือ รพ.สนาม, Community Isolation รวมถึงการพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลแบบ Real time โดยใช้ Line Group จัดระบบแพทย์พี่เลี้ยงและระบบให้คำปรึกษาทั้งในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลแม่ข่าย, จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานของบุคลากร, จัดทำชุดความรู้เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเอง, จัดระบบการควบคุมการติดเชื้อ,การจัดการขยะติดเชื้อตามแนวทางมาตรฐาน และจัดระบบการนิเทศควบคุมกำกับ 6) จัดทำแนวทางปฏิบัติ Patient Journey เชื่อมโยงกับทีม logistic ด้านจัดระบบการบริหารด้านคลังยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ : ให้มีความพร้อมต่อความต้องการ รวมถึงมีการบริหารจัดการสำรวจความพร้อมใช้และประมาณการใช้เวชภัณฑ์ยาและวัสดุอุปกรณ์ 7) พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ : พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลและการรายงานข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้ Dashboard COVID-19 จังหวัดมหาสารคาม เพื่อการรายงานสถานการณ์การบริหารจัดการเตียงและข้อมูล การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลทุกแห่งที่มีการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในแต่ละวัน

**การดำเนินงานครั้งที่ 2 ( ระลอกมกราคม)** เดือน มกราคม 2565 - เดือนพฤษภาคม 2565 ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมในประเด็นของการจัดบริการ Home Isolation กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[12] และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วย Home Isolation **ขั้นตอนที่ 2** สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มตัวแทนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เคยรักษา ในความดูแลของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อทราบความต้องการการดูแลการเข้าถึงรับบริการ การสนับสนุนด้านต่างๆรวมถึงเสียงสะท้อนต่อระบบบริการเพื่อนำสู่แนวทางพัฒนา

**ขั้นตอนที่ 3** นำข้อมูลที่ได้จากการสรุปบทเรียนการดำเนินงานครั้งที่ 1 ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมอง ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ ซึ่งในขั้นตอนนี้ทำให้เกิดแนวทางดำเนินงานเพิ่มเติมจากครั้งที่ 1 คือ 1) การดูแลรักษาแบบกักตัวที่บ้าน Home Isolation 2) จัดตั้งศูนย์ประสานส่งต่อผู้ป่วยโควิด 3) ศูนย์วัสดุอุปกรณ์เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 4) จัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วย Patient Journey โดยการประยุกต์ CPG จากกรมการแพทย์[10] ให้สอดคล้องกับบริบทการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ และ จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยแบ่งตามระดับความรุนแรงเพื่อเข้ารับการรักษาใน Cohort ward,โรงพยาบาลสนาม และ Home Isolation รวมถึงเกณฑ์การประสานงานระบบส่งต่อผู้ป่วย ไปรับการรักษาใน รพ.แม่ข่าย 5) ระบบการส่งต่อข้อมูลแบบ Real time 6) การบริหารอัตรากำลังจากหน่วยงานทุกระดับและการดูแลแบบบูรณาการระหว่างโรงพยาบาลสนาม,CI,HI 7) นำสื่อออนไลน์มาใช้ในการดูผู้ป่วย 8) จัดทำแบบประเมิน Google form เพื่อประเมินความรู้รับใหม่ และความรู้ก่อนจำหน่ายการประมวลผลเชื่อมโยงกับ Line notify เพื่อตอบสนองการจัดการดูแลที่รวดเร็ว **ขั้นตอนที่ 4** ยกร่างระบบที่พัฒนาขึ้นของการดำเนินงานครั้งที่ 2 นำเสนอต่อผู้บริหารในการประชุมศูนย์ EOC และประกาศใช้แนวทางปฏิบัติของระบบบริการที่ปรับปรุงใหม่ ไปใช้ในการดำเนินงาน **ขั้นตอนที่ 5** นำระบบสู่การปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย CW,CI,HI , รพ.สนาม โดยใช้วิธีการติดตามสังเกตพัฒนาปรับปรุงขณะนำระบบไปใช้จริง ขณะดูแลในการดำเนินงานครั้งที่ 2 เดือนมกราคม 2565-เดือน พฤษภาคม 2565 โดยมีการนำแนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ตามประกาศของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[13] มาปรับปรุง CPG ตามระยะเวลาการประกาศเปลี่ยนแปลง

**ระยะที่ 3 การประเมินผล** (Evaluation: development (D2)) ขั้นการประเมินผลและการปรับปรุง รูปแบบ เป็นการนำผลการทดลองรูปแบบในขั้นตอนที่ 3 มาปรับปรุง แก้ไขรูปแบบให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น และ พร้อมที่จะนำไปใช้ต่อไป และดำเนินประเมินผลของการจัดระบบบริการรักษาพยาบาลเพื่อรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้การบริหารจัดการศูนย์EOC โดย COVID Alert Team ประกอบด้วยเกณฑ์ประเมินดังนี้ 1) กำหนดให้มีเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกในการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน CW,CI,HI, รพ.สนาม, ทบทวนข้อมูลผู้ป่วยเสียชีวิตทุกราย เพื่อนำไปใช้ในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก 2) การประเมินผลสำเร็จตามแผนปฏิบัติการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้การบริหารจัดการศูนย์EOC

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือการวิจัยที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่** 1) แบบประเมินการเตรียมความพร้อมตามหลักการบริหารการจัดสถานพยาบาลทางระบาดวิทยา 7 ด้าน ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ของกระทรวงสาธารณสุขที่ดัดแปลงจาก WHO ซึ่งเป็นแบบตรวจสอบรายการลักษณะแบบเลือกตอบเป็นการระบุถึงสิ่งที่มี,ไม่มี ประกอบด้วย 7 ด้าน 45 ข้อคำถาม ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสำรวจทั้งฉบับเท่ากับ 0.80 2) แบบประเมินการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลสนาม ที่ประยุกต์

จากกรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ ซึ่งเป็นแบบตรวจสอบรายการ ลักษณะแบบเลือกตอบเป็นการระบุถึงสิ่งที่มี,ไม่มี ประกอบด้วย 5 หมวด 30 ข้อคำถาม โดยจะต้อง “มี” ทุกข้อจึงจะผ่านเกณฑ์ประเมิน 3) แบบประเมินความคิดเห็น ประกอบด้วยแบบประเมินความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพต่อระบบบริการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง 5 ด้าน จำนวน 15 ข้อ โดยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) กำหนดค่าน้ำหนักคะแนน 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC=0.6-1 ค่าความเชื่อมั่นแบบ Alpha Co-efficient ของ Cronbach เท่ากับ 0.88 4) โปรแกรม Excel ที่ใช้ในการลงทะเบียนผู้ป่วย,โปรแกรม Hos-XP 5) โปรแกรม Co-ward ของกระทรวงสาธารณสุข และ Dash board COVID-19 ของจังหวัด **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วย** 1) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกสนทนากลุ่ม เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การสนับสนุนด้านต่างๆและปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อคำถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสำรวจทั้งฉบับเท่ากับ 0.80 2) การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน CW,CI,HI, รพ.สนาม 3) การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจัดระบบบริการสุขภาพ ภายใต้การประชุมศูนย์ EOC ของทีมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จนมีความมั่นใจในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล

**จริยธรรมการวิจัย**

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของ โรงพยาบาลยางสีสุราช สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 2/2564 ลงวันที่ 14 มกราคม 2564

**ผลการศึกษา**

**1. สรุปการวิเคราะห์การพัฒนาที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019** โดยสามารถจัดระบบบริการทั้งใน หอผู้ป่วยเฉพาะโรค( Cohort ward: CW),โรงพยาบาลสนาม( Field Hospital ),ศูนย์พักคอย(Community Isolation: CI ) และแบบแยกกักตัวรักษาที่บ้านHome Isolation ตามรายละเอียด ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** วิเคราะห์การพัฒนาที่เกิดขึ้น ทั้งใน หอผู้ป่วยเฉพาะโรค( Cohort ward: CW),โรงพยาบาลสนาม (Field Hospital ),ศูนย์พักคอย(Community Isolation: CI ) และแบบแยกกักตัวรักษาที่บ้าน (Home Isolation )

| ประเด็นการพัฒนา | การพัฒนาที่เกิดขึ้น | | |
|---|---|---|---|
| | หอผู้ป่วยเฉพาะโรคCohort ward | โรงพยาบาลสนาม/ ศูนย์พักคอย (CI) | Home Isolation แบบกักตัวรักษาที่บ้าน |
| 1.ด้านการบริหารจัดการของศูนย์ EOCและภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/Governance) | **ผู้ว่าราชการจังหวัด** ประธานคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อ ได้สั่งการให้เปิดบริการ Cohort Ward โดยปรับปรุงระบบการให้บริการ จากหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ขนาด 30 เตียง ( IPD ) เป็นระบบ Negative Pressure จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ รพ กุดรัง รพ.นาเชือก รพ.ชื่นชม และ**ผู้บัญชาการเหตุการณ์(IC)** มอบหมาย | | |

**ตารางที่ 1** วิเคราะห์การพัฒนาที่เกิดขึ้น ทั้งใน หอผู้ป่วยเฉพาะโรค( Cohort ward: CW),โรงพยาบาลสนาม (Field Hospital ),ศูนย์พักคอย(Community Isolation: CI ) และแบบแยกกักตัวรักษาที่บ้าน (Home Isolation )

| ประเด็นการพัฒนา | การพัฒนาที่เกิดขึ้น | | |
|---|---|---|---|
| | หอผู้ป่วยเฉพาะโรคCohort ward | โรงพยาบาลสนาม/ ศูนย์พักคอย (CI) | Home Isolation แบบกักตัวรักษาที่บ้าน |
| | ให้ นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกันทำหน้าที่ หัวหน้าทีมปฏิบัติการและหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ ทำหน้าที่หัวหน้าทีมดูแลผู้ป่วย (Case management: CM),System Management ,จัดทำคู่มือมาตรฐานแนวทางปฏิบัติ โดยปรับปรุงสถานที่ ที่มีความเหมาะสม ตามที่กรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กำหนดไว้เพื่อให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย | | |
| 2.ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing) และด้านการบริหารจัดการงบประมาณ | - จัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมจากเงินบำรุงของโรงพยาบาล เช่น การปรับปรุงอาคารสถานที่เพื่อปรับระบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ การจัดหาชุด PPE, เครื่องนอน เครื่องใช้ส่วนตัว<br>- งบประมาณสนับสนุนจากจากภาคีเครือข่ายชุมชน ผู้มีจิตศรัทธา ภาคประชาสังคม ผู้แทนหอการค้า , องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ,จัดซื้ออุปกรณ์การแพทย์ ชุดPPE,อาหารและเครื่องดื่ม | | |
| 3.ด้านการบริหารการจัดสถานพยาบาลทางระบาดวิทยาและด้านการจัดการอาคารสถานที่ตามแนวทางของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ | เปิดบริการหอผู้ป่วยเฉพาะโรค คือ หอผู้ป่วยในของรพ.กุดรัง รพ.นาเชือก,รพ. ชื่นชม ซึ่งมีหอผู้ป่วยที่ยังไม่เปิดให้บริการ ขนาด 30 เตียง นำมาปรับปรุงระบบ negative Pressure และระบบ One wayภายในเขตพื้นที่ของ รพ.ชุมชน | เปิดบริการระดับจังหวัด คือ 1.อาคารหอพักวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม แห่งที่ 2 (150 เตียง) 2.อาคารหอพักของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม 90 เตียง 3.อาคารที่พักนักกีฬา(พลบดี) 300 เตียง 4.อาคารหอประชุมมหาวิทยาลัยราชภัฏ(250 เตียง ) 5.ภาคีภาคประชาสังคม 13 อำเภอ สนับสนุนการเปิดบริการ CI | -ทีมดูแลผู้ป่วย( CM) จากโรงพยาบาลทุกแห่งร่วมกับทีมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและ รพ.สต.ประเมินสภาพบ้าน ดูแลจัดการสภาพแวดล้อมการจัดการขยะติดเชื้อที่บ้านผู้ป่วย<br>- จัดบ้านพักรวม สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีสถานที่กักตัวเนื่องจากมีสมาชิกอยู่ในครอบครัวหลายคน และสภาพบ้านไม่มีแยกเฉพาะหรือห้องน้ำไม่เป็นสัดส่วน |
| 4.ด้านระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ | - จัดระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ<br>- จัดทำแนวทางปฏิบัติเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อ<br>- จัดระบบกำกับติดตามนิเทศ โดย คณะกรรมการ (มอบหมายให้พยาบาล IC จากรพ.ผทุกแห่ง เป็นหัวหน้าทีม) | | - จัดทำคู่มือ/Infographic การจัดสภาพแวดล้อมบ้าน,การจัดการขยะ จัดระบบนิเทศติดตาม |
| 5.ด้านระบบการสื่อสาร เทคโนโลยีสารสนเทศ<br>เวชระเบียน | - ระบบบริหารจัดการข้อมูลและการบริหารจัดการเตียง โดยใช้ Dashboard COVID -19 Report สรุปข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาประจำในแต่ละวัน<br>- จัดระบบการประสานงานการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน Cohort Ward ผ่านไลน์กลุ่ม Case Management<br>- จัดระบบ telemedicine ระหว่างทีมดูแลผู้ป่วยในการติดตามผลการรักษา ประจำแต่ละวันและติดตามผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายกลับบ้านเพื่อไปกักตัว<br>- จัดตั้งไลน์กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน รพ.สนามและ Cohort ward<br>- ติดตั้งระบบสัญญาณ Inter call และกล้องวงจรปิด เพื่อใช้ในการสื่อสารระหว่างทีมดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในระบบบริการ Cohort Ward,รพ.สนาม<br>- จัดระบบเวชระเบียนที่สอดคล้องกับการรักษาและการเบิกจ่ายงบประมาณ จากสป.สช. | | |
| 6.ด้านการบริหารจัดการบุคลากรและการพัฒนาทักษะบุคลากร | - จัดตั้งทีมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย: COVID Alert team ในโรงพยาบาล ทุกแห่ง<br>- พัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมทีมสหวิชาชีพ เพิ่มพูนทักษะและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ-ขั้นตอนการปฏิบัติงาน,แนวทางปฏิบัติในการดูแล,การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ<br>- จัดระบบการบริหารอัตรากำลังแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ | | |
| 7. ด้านการออกแบบบริการ | 1) จัดระบบการบริการโดยทีมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย COVID Alert team | | |

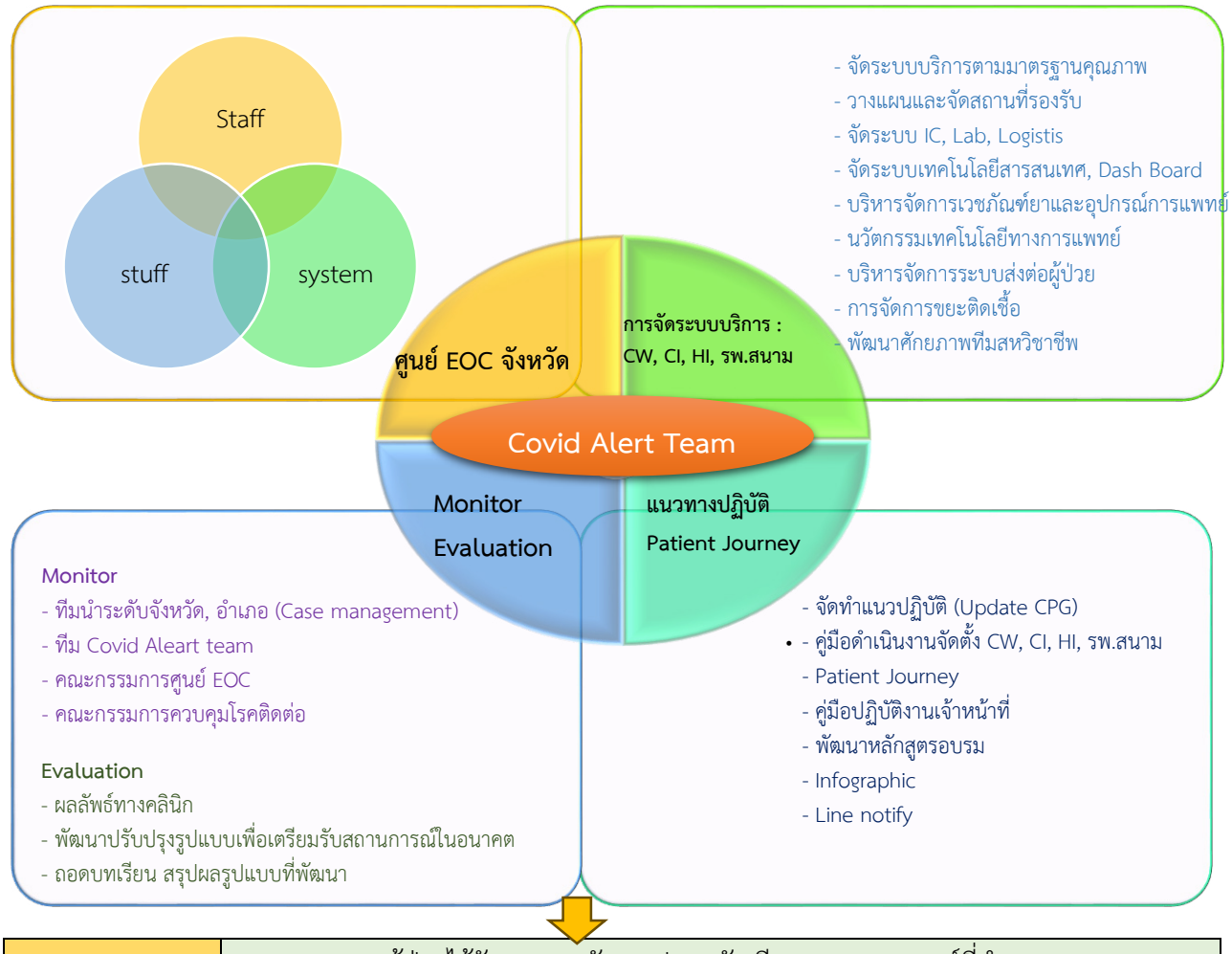
**ตารางที่ 1** วิเคราะห์การพัฒนาที่เกิดขึ้น ทั้งใน หอผู้ป่วยเฉพาะโรค( Cohort ward: CW),โรงพยาบาลสนาม (Field Hospital ),ศูนย์พักคอย(Community Isolation: CI ) และแบบแยกกักตัวรักษาที่บ้าน (Home Isolation )

| ประเด็นการพัฒนา | การพัฒนาที่เกิดขึ้น | | |
|---|---|---|---|
| | หอผู้ป่วยเฉพาะโรคCohort ward | โรงพยาบาลสนาม/ ศูนย์พักคอย (CI) | Home Isolation แบบกักตัวรักษาที่บ้าน |
| | 2.จัดระบบสนับสนุนการจัดบริการดูแลรักษา ระบบศูนย์ประสานส่งต่อผู้ป่วยโควิด ระดับจังหวัด มีหน้าที่ประสานงานกับหน่วยบริการทุกระดับ เพื่อเข้าสู่ระบบการคัดกรอง(Triage) และแยกประเภทการรักษาตามระดับความรุนแรง (Admission Assessment ) รวมถึงประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังรพ.แม่ข่าย ที่มีศักยภาพสูงกว่า<br>3) พัฒนาระบบแพทย์พี่เลี้ยงและระบบให้คำปรึกษาทั้งในรพ.ตติยภูมิและทุติยภูมิ<br>4) จัดทำมาตรฐานแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) ตามระดับความรุนแรง,Patient Journey เพื่อเข้ารับการรักษาใน CW,CI,HI, รพ.สนาม,การบริหารจัดการด้านการจัดการศพ<br>5) จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย | | |
| 8. ด้านการสนับสนุนทรัพยากรอื่นๆ | - รพ.ทุกแห่งพัฒนา central supply จัดระบบรับส่งอุปกรณ์และขยะติดเชื้อโดยรถรพ.<br>- ทีมภารกิจ Logistic ดำเนินการพัฒนากระบวนการเบิก-จ่ายสำรองยา<br>- พัฒนาระบบการบริหารจัดการด้านยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์เพื่อการดูแลผู้ป่วย HI บริหารแบบเบ็ดเสร็จในวันเดียวและเภสัชกรทำหน้าที่กำกับติดตามผลการดำเนินงาน | | |
| 9.ด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย | - อปท.และกู้ชีพบริการรับผู้ป่วยกรณีที่จำหน่ายกลับบ้าน<br>- ด้านมาตรการความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน รพ.สนาม /ศูนย์พักคอย ได้ประสานความร่วมมือจากฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ ในการออกปฏิบัติงานประจำรพ.สนาม<br>- อสม.ในหมู่บ้าน ช่วยทำหน้าที่รับ-ส่งยา จาก รพ.สต ไปให้ผู้ป่วยที่บ้าน | | |

เมื่อทำการประเมินระบบการเตรียมความพร้อมตามหลักการบริหารการจัดสถานพยาบาลทางระบาดวิทยาด้าน Cohort Ward การเตรียมการโรงพยาบาลสนามตามเกณฑ์ของกรมสนับสนุนบริการทางสุขภาพ และการจัดบริการแบบ Home Isolation ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ คือมีการดำเนินการ 100% ครอบคลุมทุกด้าน ส่งผลให้มีการจัดการที่ดีในการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยและเจ้าหน้าที่มีความปลอดภัยและ จัดระบบการบริหารจัดการด้านวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาเพื่อให้มีความเพียงพอพร้อมใช้

**2. ระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภายใต้การบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการและระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข โดยทีมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย COVID Alert Team** ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ **องค์ประกอบที่ 1** ศูนย์ปฏิบัติการและระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขประกอบด้วยเป้าหมายการบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการและระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข การกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมดูแลผู้ป่วย( COVID Alert team) **องค์ประกอบที่ 2** ด้านการบริหารระบบสุขภาพตามแนวคิด 6 building Block : WHO **องค์ประกอบที่ 3** แนวทางการปฏิบัติของทีมปฏิบัติดูแลผู้ป่วย( COVID Alert team)และ patient Journey ภายใต้ การบริหารจัดการระบบการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ และระบบสนับสนุน

**องค์ประกอบที่ 4** ด้านการนิเทศติดตามประเมินผล สามารถอธิบายได้ดังภาพ ที่ 1




**ภาพที่ 1 ระบบบริการเพื่อรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**

**3. ประเมินผลระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภายใต้การบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการและระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข โดยทีมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย COVID Alert Team**

3.1 ประเมินผลลัพธ์ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้เข้าระบบการรักษาทั้งในหอผู้ป่วยเฉพาะโรค, โรงพยาบาลสนาม,ศูนย์พักคอยและแบบแยกกักตัวรักษาที่บ้าน (N=2,460 ราย) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้เข้าระบบการรักษาทั้งในหอผู้ป่วยเฉพาะโรค,โรงพยาบาลสนาม ศูนย์พักคอยและแบบแยกกักตัวรักษาที่บ้าน

| ตัวชี้วัด | การดำเนินงานครั้งที่ 1 (ระลอกเมษายน) (มีนาคม - ธันวาคม 2564) | | การดำเนินงานครั้งที่ 2 (ระลอกมกราคม) มกราคม-พฤษภาคม 2565 | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **หอผู้ป่วยเฉพาะโรค Cohort Ward** | **240** | | **240** | |
| ร้อยละผู้ป่วยได้รับรักษาตามแนวทางการปฏิบัติและได้รับการจำหน่ายตามแผนการรักษา | 227 | 94.58 | **230** | 95.83 |

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้เข้าระบบการรักษาทั้งในหอผู้ป่วยเฉพาะโรค,โรงพยาบาลสนาม ศูนย์พักคอยและแบบแยกกักตัวรักษาที่บ้าน

| ตัวชี้วัด | การดำเนินงานครั้งที่ 1 (ระลอกเมษายน) (มีนาคม - ธันวาคม 2564) | | การดำเนินงานครั้งที่ 2 (ระลอกมกราคม) มกราคม-พฤษภาคม 2565 | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการทรุดลง | 23 | 9.58 | 10 | 4.17 |
| ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการทรุดลงได้รับการส่งต่อรพ.แม่ข่าย **ได้ทันเวลา** | 23 | 100 | 10 | 100 |
| **รพ.สนาม field Hospital และศูนย์พักคอย Community Isolation** | **360** | | **480** | |
| ร้อยละผู้ป่วยได้รับรักษาตามแนวทางการปฏิบัติและได้รับการจำหน่ายตามแผนการรักษา | 346 | 96.11 | 463 | 96.46 |
| ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการทรุดลง | 14 | 3.89 | 17 | 3.54 |
| ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการทรุดลงได้รับการส่งต่อเข้า Cohort Ward ได้ทันเวลา | 14 | 100 | 17 | 100 |
| **แบบแยกกักตัวรักษาที่บ้าน Home Isolation** | **480** | | **660** | |
| ร้อยละผู้ป่วยได้รับรักษาตามแนวทางการปฏิบัติและได้รับการจำหน่ายตามแผนการรักษา | 345 | 95.83 | 642 | 97.27 |
| ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการทรุดลง | 15 | 4.17 | 18 | 2.73 |
| ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการทรุดลงได้รับการส่งต่อเข้ารพ.สนาม/Cohort Ward ทันเวลา | 15 | 100 | 18 | 100 |

**สรุปผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต** จากผลการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยที่เสียชีวิต(ระลอกเมษายน) (ระหว่างเดือนมีนาคม - ธันวาคม 2564) พบว่า ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะเข้ารับการรักษา จำนวน 45 ราย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเสียชีวิต ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะโรค(ในโรงพยาบาล) จำนวน.42. ราย ร้อยละ 93.33 ผู้เสียชีวิต อายุต่ำสุด15 ปี อายุสูงสุด94 ปี อายุเฉลี่ย 61 ปี ผู้เสียชีวิต มีโรคร่วมและปัจจัยเสี่ยง คือโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ42 พบผู้ป่วยติดเตียงเสียชีวิตที่บ้าน จำนวน 2 ราย และหญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์ 30สัปดาห์เสียชีวิต จำนวน 1 ราย ในระลอกมกราคม พ.ศ 2565 พบว่า ผู้เสียชีวิตทั้งหมด 127 ราย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน126 ราย ( ร้อยละ 99.21**)** ผู้เสียชีวิตที่บ้าน จำนวน1 ราย( ร้อยละ0.79) อายุต่ำสุด 27 ปี สูงสุด อายุ 98 ปี อายุเฉลี่ย 68 ปี ผู้เสียชีวิต ส่วนใหญ่ มีโรคร่วมและปัจจัยเสี่ยง คือโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 39.4

3.2 การเปิดบริการหอผู้ป่วยเฉพาะโรคในโรงพยาบาลชุมชน ระดับทุติยภูมิ ขนาด 30 เตียง สำหรับรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามมติคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อจังหวัดมหาสารคาม และการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ ภายใต้ ผู้บัญชาการเหตุการณ์ ศูนย์ EOC เป็นแนวทางการบริหารจัดการระบบงานที่สำคัญของการจัดบริการผู้ป่วยตามแนวทางการแพทย์วิถีใหม่ ส่งผล ให้เกิดรูปแบบการบริหารจัดการเชิงระบบที่มีประสิทธิภาพ จัดทำ Patient Journey ทำให้สามารถรองรับผู้ป่วยของทุกอำเภอได้ครอบคลุม และยังสามารถรองรับผู้ป่วยที่ล้นเตียงจากแต่ละหน่วยบริการ เข้าสู่ระบบการดูแลรักษา จึงนับได้ว่าเป็นการบริหารจัดการเพื่อรองรับการดูแลรักษาที่ดีมีคุณภาพได้มาตรฐาน

3.3 เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการบริจาคเงินเพื่อสนับสนุนการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ ทางการแพทย์ เตียงผู้ป่วย เตียงกระดาษ เครื่องนอน เครื่องใช้ส่วนตัวสำหรับผู้ป่วย

4. ด้านความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพต่อระบบบริการเพื่อรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ที่พัฒนาขึ้น พบว่า ทีมสหวิชาชีพ มีระดับความคิดเห็นต่อระบบบริการในระดับมากทุกด้านและภาพรวมอยู่ในระดับมาก

**สรุปและอภิปรายผล**

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ภายใต้การบริหารจัดการศูนย์ปฏิบัติการและระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข เป็นแนวทางการบริหารจัดการระบบงานที่สำคัญของการจัดบริการผู้ป่วยตามแนวทางการแพทย์วิถีใหม่ ส่งผลให้เกิดรูปแบบการบริหารจัดการเชิงระบบที่มีประสิทธิภาพ ในบริบทโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม ได้มีการพัฒนาขึ้นเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง โดยใช้วงจรการวิจัย เชิงปฏิบัติการ( P-A-O-R ) เป็นหลักสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมสร้างความร่วมมือร่วมใจ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติร่วมกัน เพื่อมุ่งพัฒนางานให้มีคุณภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เริ่มตั้งแต่การนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรม มีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป ในการพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นี้ ได้มุ่งเน้นการทำความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมของคนในองค์กรลงถึงระดับปฏิบัติการในการปฏิบัติตามแผน โดยมีทีมผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ เป็นผู้ประสานความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผน ในกรณียังไม่บรรลุเป้าหมายหรือพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ทีมผู้วิจัยได้ทำหน้าที่เป็นผู้สะท้อนข้อมูลกลับและประสานความร่วมมือในการแก้ไข/ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติ รวมทั้งร่วมกันกำหนดแผนการปรับปรุงในวงจรต่อไป

**ระบบบริการเพื่อรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในบริบทโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม ที่พัฒนาขึ้น** ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1)ด้านการบริหารระบบสุขภาพตามแนวคิด 6 building Block : WHO (2 )ศูนย์ปฏิบัติการและระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข (3)แนวทางการปฏิบัติของทีมปฏิบัติดูแลผู้ป่วย( COVID Alert team)และ patient Journey ภายใต้ การบริหารจัดการระบบการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ และจัดระบบสนับสนุนการบริการรักษา ประกอบด้วย การดำเนินงานด้านการพัฒนาทักษะตามสมรรถนะแต่ละวิชาชีพ โดยจัดตั้งทีมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย COVID Alert teamและการฝึกทักษะความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และมีการบริหารทรัพยากรบุคคลทีมสหวิชาชีพในการหมุนเวียนปฏิบัติงาน การพัฒนาระบบการส่งต่อทั้งนี้ จากระบบบริการสุขภาพ ที่พัฒนาขึ้นสามารถรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครอบคลุมทั้งการดูแลใน CW,CI,HI, รพ.สนาม,ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าระบบการรักษาภายใน 24 ชั่วโมง ได้รับการจำหน่ายตามแผนการรักษา ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงได้รับการดูแลที่เหมาะสมโดยการย้ายเข้า Cohort Ward ทันเวลาและส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการทรุดลง ไปรับการรักษาต่อ ใน รพ. ที่มีศักยภาพสูงกว่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธีรพร สถิรอังกูรและคณะ[14]ได้ศึกษาพัฒนารูปแบบและประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการบริหารการพยาบาล

ในสถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในระดับตติยภูมิ ผลการพัฒนารูปแบบ พบว่าประกอบด้วยศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านการพยาบาล การประเมินความพร้อมการบริหารทางการพยาบาล และแนวทางการบริหารทางการพยาบาลในสถานการณ์ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ที่ครอบคลุม ระยะก่อน ขณะและหลังเกิดการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ผลลัพธ์การใช้รูปแบบ พบว่าผู้บริหารทางการพยาบาลมีความคิดเห็นต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด สามารถนำรูปแบบไปใช้ได้จริง ( Mean=4.58,SD=0.58).ใช้กับโรงพยาบาลระดับอื่นได้ Mean=4.54,SD=0.45) ผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เกสร แถวโนนงิ้วและคณะ[15]ได้ประเมินความพร้อมระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในระดับจังหวัดและอำเภอ เขตสุขภาพที่ 7 ผลการศึกษาพบว่าองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จคือ ภาวะผู้นำ ผู้บัญชาการเหตุการณ์ ข้อมูลที่สามารถตรวจจับความผิดปกติได้เร็ว และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชุลีกร ธนธิติกร[16] ที่ได้ศึกษาระบบและประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ กรณีศึกษาหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ กรมควบคุมโรค ผลการวิจัยพบว่า 1) การจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะกิจสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรมควบคุมโรค ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การเตรียมการ การดำเนินการและการประเมินประสิทธิผล 2) ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ระบบการรับตัวผู้ป่วย ระบบการ ดูแลรักษาและติดตามผู้ป่วย ระบบการส่งต่อผู้ป่วย 3) ประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจพบว่ากรณีการรับผู้ป่วย สามารถรับผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวได้สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ช่วยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติ ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, คณะกรรมการทุกภารกิจประจำศูนย์ EOC จังหวัดมหาสารคาม พร้อมด้วย คณะผู้บริหาร ทีมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทุกท่านที่ร่วมพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ที่ได้ให้การสนับสนุนและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ จนกระทั่งสำเร็จลุล่วงด้วยดี ส่งผลให้สามารถจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัย

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. COVID 19 Public health emergency of international concern (PHEIC) global research and innovation forum: towards a research roadmap [Internet]. [cited 2021 Jan 30]. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/ covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-(pheic)-global-research-and-innovation-forum
2. Division of Disease Control and Emergency Health Hazards. Development Plan for Public Health Emergency Management
3. ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19.สถานการณ์โควิด-19 ในบุคลากรทางการแพทย์ในการแถลงข่าวของ ศบค. วันที่ 9 เมษายน 2563 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: ตึกสันติ- ไมตรีทำเนียบรัฐบาล; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 14 ม.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก : https://www.youtube.com/watch?v=kTYsmceJhgY
4. กระทรวงสาธารณสุข. หลักการบริหารจัดการสถานพยาบาลทางระบาดวิทยา 4 ด้าน ในการเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลรองรับ COVID-19. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข ; 2563.
5.World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva: WHO Document Production Services; 2010.
6.Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planer(3Rd) ed. Victoria : Deakin University; 1988.

7. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน). แนวปฏิบัติเพื่อการบริหารจัดการโรงพยาบาลเฉพาะกิจ COVID-19 ฉบับวันที่ 1 พฤษภาคม 2563. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน); 2563.

8 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัยดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง 28 มกราคม 2564. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2564.

9 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม(กรณีมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวงกว้าง). นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2564.

10 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัยดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 18 วันที่ 17 เมษายน 2564. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2564.

11. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง ครั้งที่19 วันที่ 2 พฤศจิกายน 2564. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2564.

12 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การจัดบริการ Home Isolation กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 1 มกราคม 2565. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2565.

13. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 20 วันที่ 1 มีนาคม 2565. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2565.

14. ธีรพร สถิรอังกูรและคณะ,การพัฒนารูปแบบการบริหารทางการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข: วารสารวิชาการสาธารณสุข ;2564,30( 2) ; 320-332.

15.เกษร แถวโนนงิ้วและคณะ,การประเมินความพร้อมระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในระดับจังหวัดและอำเภอ เขตสุขภาพที่ 7 : กรณีศึกษาการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ปี 2559 .วารสารควบคุมโรค 2560; 43(4) ; 448-459.

16. ชุลีกร ธนธิติกร. ระบบและประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ : กรณีศึกษาหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ กรมควบคุมโรค. วารสารควบคุมโรค 2564; 47(2) ; 1138-1150.

17 สุปิยา วิริไฟ และพิมลดา ลัดดางาม,การแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) : แนวทางการให้คำแนะนำผู้ติดเชื้อโควิด-19.วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565; 16(2) ; 597-611.

18.ธนรักษ์ ผลิพัฒน์ .Public Health 101 Lecture note ด้านสาธารณสุข.สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดีไซน์ กรุงเทพฯ.

19. ธนรักษ์ ผลิพัฒน์และคณะ.กรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ.2559-2564(ฉบับปรับปรุง) นนทบุรี : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ; 2559

# ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

# Effects of health literacy program for blood sugar control in diabetes Mellitus Type 2 patients, Phu Wiang District, Khon Kaen Province.

(Received: April 26,2024 ; Revised: April 29,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**สุรศักดิ์ เจริญคุณ**[1]
**Surasak Charoenkoon**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรมแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในการควบคุมค่าน้ำตาลสะสม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 114 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 57 คน เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือโปรแกรม การส่งเสริมและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ ANCOVA with GEE

ผลการวิจัยพบว่า ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (Meandiff. = 28.35, 95%CI 23.59 – 33.28, p-value=0.027

**คำสำคัญ:** โรคเบาหวาน, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

**Abstract**

This research study was quasi-experimental, and its aim is to study the effects of in patients with type 2 diabetes. The samples in the experimental group were 57 patients, and the comparison group was 57 type 2 diabetes patients, The outcome of the program was analyzed by comparing calories consumed between groups by analysis of covariance (ANCOVA) under general estimating equations (GEE) models.

The results showed that after the experiment, the experimental group had a mean score of Health knowledge and glycemic control behavior were statistically significantly higher than in the comparison and pre-trial groups (p 0.05), and blood glucose levels were lower than in the comparison (Meandiff. = 28.35, 95%CI 23.59-33.28, p=0.027

**Keywords:** diabetes, health literacy

## บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพเป็นอันดับหนึ่งของโลก โรคเบาหวานมี 2 ประเภท คือ 1) ชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin dependent diabetes mellitus, IDDM) 2) ชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน (Non – insulin dependent diabetes mellitus, NIDDM) (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2547) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกมีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 422 ล้านคน 4 ใน 5 เป็นชาวเอเชีย และเสียชีวิตปีละ 1.6 ล้านคน 2.2 ล้านคน เสียชีวิตจากสาเหตุระดับน้ำตาลในเลือดสูง และร้อยละ 43 ตายก่อนอายุ 70 ปี[1]

ประเทศไทยมีอัตราความชุกของโรคเบาหวาน(อัตราตาย) ต่อแสนประชากรในปี 2557-2561 เป็น 5095.9(17.5), 5267.3(19.4), 5344.8(22.3), 5726.6(22.0) และ5981.4(21.9)[2]

จังหวัดขอนแก่น มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 111,455 คน เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเวียง

1,946 คน มีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 59,394 คน กลุ่มเสี่ยงเบาหวานเป็นโรคเบาหวาน 653 คน อำเภอภูเวียงผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 2,401 คน เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 36 คน มีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 1,276 คน กลุ่มเสี่ยงเบาหวานเป็นโรคเบาหวาน 13 คน ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2565 อำเภอภูเวียงไม่ผ่านตัวชี้วัดของจังหวัดขอนแก่น K201 คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี การมีพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีได้แก่ การรับประทานการเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด รับประทานยาหรือฉีดอินซูลินตามแพทย์สั่ง ลดพฤติกรรมเสี่ยง ส่งผลให้สามารถควบคุมความระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้[3] ผู้วิจัยจึงมี ความสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งจะนำไปสู่สุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนด้วยตัวเอง

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

**วิธีการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) โดยการรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (Two group pretest-posttest design) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับโปรแกรมตามปกติที่ได้รับจากสถานบริการทางด้านสาธารณสุขใกล้บ้าน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 4 เดือน

**ประชากร**

ประชาชนอำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น อายุ 35 – 65 ปี ที่มีผลการตรวจเลือดหลังอดอาหารนาน 8 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose, FPG) พบระดับน้ำตาลในเลือด >100 มก. /ดล. ถึง ≤ 125 มก./ดล. หรือ ผลการตรวจระดับน้ำตาลที่ไม่อดอาหาร > 140 มก./ดล. ถึง ≤ 200 มก./ดล. รอบปีที่ผ่านมา

**กลุ่มตัวอย่าง**

ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณตามสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรสองกลุ่ม[4]

$$n / \text{กลุ่ม} = \frac{2\,(Z_{\alpha} + Z\beta)^2\ \sigma^2}{\Delta^2}$$

n = จำนวนตัวอย่าง

$\Delta$ = ผลต่างของค่าเฉลี่ย $(\mu_1 - \mu_2)$

$Z_{\alpha}$ = ค่าสถิติแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ดังนั้น $\alpha$ = 0.05, $Z_{\alpha}$ = 1.64

$Z\beta$ = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติ ที่กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ 80% ความแม่นยำ$\beta$ = 0.2, $Z\beta$ = 0.84

$\sigma^2$ คือ ความแปรปรวนร่วม คำนวณได้จากสูตร

**n/กลุ่ม** = 35.3 คน

เพื่อทดแทนการสูญหายจากการเข้ากลุ่มทดลอง สูตร $n_{adj} = \frac{n}{(1-R)^2}$

ในการศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 57 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จำนวน 114 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างใช้การการสุ่มแบบหลายชั้น (Multiple stage Sampling)

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

แบบสัมภาษณ์ผู้บุหรี่ มี 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน 4 องค์ประกอบ พฤติกรรมสุขภาพ[5,6,7] และระดับน้ำตาลในเลือด

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลด้วยสถิติ ใช้สถิติ ANCOVA with GEE ช่วงเชื่อมั่นที่ระดับ 95% และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

**จริยธรรมการวิจัย**

งานวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ REC14/2566

**ผลการวิจัย**

**1. ข้อมูลทั่วไป**

**ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล**

| ปัจจัยส่วนบุคคล | กลุ่มทดลอง (57คน) | | กลุ่มควบคุม (57คน) | | $\chi^2$ | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน(คน) | ร้อยละ | จำนวน(คน) | ร้อยละ | | |
| เพศ | | | | | 0.34 | 0.558 |
| ชาย | 22 | 38.60 | 19 | 33.33 | | |
| หญิง | 35 | 61.40 | 38 | 66.67 | | |
| อายุ (ปี) | | | | | 0.429 | 0.807 |
| 35-45 | 9 | 15.79 | 11 | 19.30 | | |
| 46-60 | 25 | 43.86 | 26 | 45.61 | | |
| 60-65 | 23 | 40.35 | 20 | 35.09 | | |
| การศึกษา | | | | | 0.26 | 0.967 |
| ประถมศึกษา | 33 | 57.89 | 35 | 61.40 | | |
| มัธยมศึกษา | 13 | 22.81 | 13 | 22.81 | | |
| อนุปริญญา/ปวส. | 5 | 8.77 | 4 | 7.02 | | |
| ปริญญาตรีขึ้นไป | 6 | 10.53 | 5 | 8.77 | | |
| **สถานะทางสังคม** | | | | | **0.62** | **0.733** |
| อสม. | 3 | 5.26 | 5 | 8.77 | | |
| ผู้นำชุมชน | 5 | 8.77 | 4 | 7.02 | | |
| ประชาชนในชุมชน | 49 | 85.97 | 48 | 84.21 | | |

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.40 และ ร้อยละ 66.67) มีอายุระหว่าง 46-60 ปี (ร้อยละ 43.86 และ 45.61) ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษา และ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีปัจจัยส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรมแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

| ตัวแปร | กลุ่มทดลอง (n=57) | | กลุ่มควบคุม (n=57) | | Mean difference | 95%CI | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mean | SD | Mean | SD | | | |
| ความรอบรู้ด้านสุขภาพ | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 55.54 | 8.52 | 53.95 | 9.02 | 0.56 | -0.57 to 0.98 | 0.363 |
| หลังทดลอง | 77.85 | 9.05 | 52.44 | 9.88 | 18.54 | 13.47 to 25.30 | <0.001 |
| พฤติกรรมสุขภาพ | | | | | | | |
| ก่อนทดลอง | 33.77 | 6.43 | 34.12 | 6.47 | -0.85 | -1.23 to 0.59 | 0.488 |
| หลังทดลอง | 45.59 | 7.88 | 35.41 | 6.98 | 8.72 | 6.25 to 12.36 | 0.014 |

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มทดลองหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบผลค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (FBS) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรมแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

| ตัวแปร | กลุ่มทดลอง | | | กลุ่มควบคุม | | | Adjust Difference (ANCOVA) | | Mean Difference (GEE) (95%CI) | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ก่อนทดลอง Mean (SD) | หลังทดลอง Mean (SD) | ติดตามผลหลังทดลอง 1เดือน Mean (SD) | ก่อนทดลอง Mean (SD) | หลังทดลอง Mean (SD) | ติดตามผลหลังทดลอง1เดือน Mean (SD) | หลังทดลอง (95%CI) | ติดตามผลหลังทดลอง 1เดือน (95%CI) | | |
| ระดับน้ำตาลในเลือด | 187.35 (11.15) | 145.85 (16.65) | 144.01 (13.22) | 201.55 (25.36) | 204.33 (42.54) | 207.57 (43.25) | 25.28 (22.63 to29.01) | 23.33 (18.35 to 29.24) | 28.35 (23.59 to 33.28) | 0.027 |

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับน้ำตาลในเลือดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value = 0.027 โดยกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม 28.35 mmHg (Mean Difference = 28.35, 95%CI = 23.59 to 33.28)

**สรุปและอภิปรายผล**

จากการศึกษาผลของประสิทธิผลของโปรมแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่2 ด้าน ความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานสามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพในการที่เข้าถึงเข้าใจ และปฏิบัติตนตนและมีพฤติกรรมในการควบคุมและดูแลสุขภาพเองได้ถูกต้องส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดภาวะแทรกซ้อนและลดค่าใช้จ่ายในการรักษา[8] โดยโปรแกรมประกอบด้วยการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ กิจกรรมพัฒนาทักษะความรู้ ความเข้าใจเรื่องเบาหวานและความดันโลหิตสูง การพัฒนา ทักษะการเข้าถึงข้อมูลโดย การพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง[3]

หลังจากใช้โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (เมินข้อมูลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า ก่อน(Mean Difference = 28.35, 95%CI = 23.59 to 33.28)) หลังการวิจัยผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ดีขึ้นจากการวัด แต่ละครั้งและมีค่าน้ำตาลสะสมดีกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจาก การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคเบาหวานที่สูงสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับสอดคล้องกับผลการศึกษาโปรแกรมการจัดการ ตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ การพัฒนาความรู้ การให้คำปรึกษา การจัดการใช้ยา การแก้ไขปัญหาและอุปสรรค และการเตือนผ่านทางโทรศัพท์ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำผลระดับน้ำตาลสะสมเพิ่มขึ้น[9]เพราะ พัฒนาศักยภาพความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงบริการสุขภาพจาก การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจเลือก และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดย ผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ความเข้าใจ นักสุขศึกษาและ พฤติกรรมศาสตร์ นักจิตวิทยา และนักวิทยาศาสตร์การกีฬา ผ่านสื่อการสอนได้แก่ การบรรยาย การสาธิต สอดคล้องการ ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมความรู้แจ้งแตกฉาน ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การศึกษา กึ่งทดลองกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 60 ราย โดยการสุ่มแบบเจาะจงร่วมกับการสมัครใจ ของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมความรอบรู้ ด้านสุขภาพที่สร้างขึ้น ภายหลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง มีความรอบรู้ด้าน สุขภาพดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม และมีระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วและค่าน้ำตาลสะสม หลังการทดลองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.013

**ข้อเสนอแนะ**

1. การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรค เบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในทิศทางที่ดี ขึ้น ดังนั้น ควรนำแผนพัฒนาระบบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไปใช้กับโรงพยาบาลในบริบทที่ใกล้เคียงได้

2. ค่าน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าก่อนและหลัง ไม่แตกต่างกัน ดังนั้น ควรดำเนินการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อ ทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความ รอบรู้ด้านสุขภาพ

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบคุณประชาชนในพื้นที่ดำเนินโครงการทุกท่านใน10ชุมชนที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน และขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

**เอกสารอ้างอิง**

1. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (2563). โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงรายใหม่. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ 25 มีเดียร์ จำกัด.
2. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
3. เพ็ญนภา ศรวิเศษ และ รุจิรา ดวงสงค์ (2566). ผลของโปรแกรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่รักษาด้วยอินซูลิน คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารสุขศึกษา ฉบับที่1 ปีที่46.มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

4. อรุณ จิรวัฒน์กุล (2551). ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. พิมพ์ครั้งแรก; หน้า 157 – 164.
5. Bloom et al., (1956). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain. David McKay Company, New York (1956)
6. Bloom, B. S. (1968). Toward a theory of testing which includes measurement-evaluation-assessment (No. 9). University of California.
7. Best, J. W. (1977). Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc.
8. Tachavijitjaru C. Health Literacy: A key Indicator towards Good Health Behavior and Health Outcomes. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2018; 19(25):1-11.
9. จงรัก สุวรรณรัตน์ และ ธณกร ปัญญาใสโสภณ (2566). การพัฒนารูปแบบระบบความรอบรู้ด้าน สุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ และค่าน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการพยาบาล.95-104.

# การพัฒนาแนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

# The development guidelines of sterile medical devices, Phonphisai hospital network Nongkhai province.

(Received: April 4,2024 ; Revised: April 26,2024 ; Accepted: April 27,2024)

**ลักขณา สุวรรณรอด**[1]
**Lukkhana Suwannarod**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาแนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในหน่วยจ่ายกลาง จำนวน 64 คนได้มาโดยการคัดเลือกแบบเจาะจง. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้แบบประเมินความรู้ จำนวน 30 ข้อโดยมีค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์แอนด์ริชาร์ทสัน (KR-20) เท่ากับ .82 และแบบวัดระดับการปฏิบัติการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ มีค่าความเชื่อมั่นของอัลฟ่าครอนบาช เท่ากับ 0.84 แบบสอบถามเชิงคุณภาพการสนทนากลุ่มและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกมีค่าความสอดคล้อง เท่ากับ 1.00 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง ตุลาคม 2566 ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ วิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาแนวทาง,และประเมินผลการพัฒนาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยค่าสถิติพื้นฐานและสถิติเปรียบเทียบ Paired t-test วิเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า แนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ ได้แก่ 1) โรงพยาบาลแม่ข่ายดูแลสนับสนุนการใช้ครุภัณฑ์เครื่องนึ่งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง 2) จัดระบบรับ-ส่งเครื่องมือเป็นรายวันเพื่อให้มีปริมาณงานเหมาะสม3) โรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นศูนย์กลางในการทำให้ปราศจากเชื้อด้วยวิธีการอบ มีตารางรับ-ส่ง ชุดเครื่องมือปราศจากเชื้อ 4)โรงพยาบาลแม่ข่าย จัดระบบการขนส่งชุดเครื่องมือให้เป็นระบบปิดถูกต้องตามหลักวิชาการ จัดหาชุดอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย และสนับสนุนอุปกรณ์ที่ขาดแคลน 5) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งจัดระบบตรวจสอบและสำรองเครื่องมือการแพทย์ให้หมุนเวียนเพียงพอ เมื่อประเมินความรู้และการปฏิบัติการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อก่อนการพัฒนาแนวทาง พบว่าคะแนนความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 76.60 (Mean=15.30, S.D.=4.18) และหลังการพัฒนา พบว่าความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 90.60 (Mean=25.36, S.D.=1.68). เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้หลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05. การปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 50.00. รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.90 (Mean=2.60, S.D.=0.54). หลังการพัฒนา พบว่าส่วนใหญ่ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 89.06 (Mean=3.89, S.D.=0.34). ผลการเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติ หลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**Abstract**

This action research aimed to Develop guidelines for managing sterile medical equipment in the Phon Phisai hospital network. Nong Khai Province. The sample group consists of A total of 64 professional nurses and personnel working in central distribution units who were recruited through purposive selection. The research tools include A knowledge assessment questionnaire with 30 questions with a Kuder and Richardson reliability value (KR-20) equal to .82. and a measure of the level of practice in handling sterile medical equipment. There is a confidence value of

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

Cronbark's Alpha of 0.84. The qualitative questionnaire, focus group discussion, and in-depth interview have an IOC of 1.00. Data were collected between February and October 2023. Research was conducted in 3 phases, analyzing the situation. Develop guidelines, and evaluate development results. Quantitative data were analyzed using basic statistics and comparative statistics using paired t-tests, and Qualitative data by content analysis

This research found that : Guidelines for managing sterile medical equipment include: 1) The host hospital takes care of and supports the use of steaming equipment at all subdistrict health promotion hospitals. 2) Organize a system for receiving and sending equipment daily to have an appropriate amount of work. 3) The host hospital is the center for sterilization utilizing baking. There is a pick-up and delivery schedule. Sterile tool set 4) Host hospital Organize the tool kit transportation system into a closed system that is correct according to academic principles. Providing a set of personal protective equipment and support equipment that is in short supply. 5) All sub-district health promotion hospitals have organized a system for checking and reserving medical equipment to ensure sufficient circulation. The overall score regarding the knowledge of the samples at Phonphisai Hospital Network Nongkhai province was mostly low before development, 76% (Mean=15.30, S.D.=4.18), and significantly increased after development mostly high, 90.60% (Mean=25.36, S.D.=1.68) with a statistically significant difference at a 0.05 level. Similarly, the practical score for sterile medical devices before development was mostly low, at 50.00%. (Mean=2.60, S.D.=0.54). And improved to a high level after development, 89.06% (Mean=3.89, S.D.=0.34). with a statistically significant difference at a 0.05 level

**Keywords:** Sterile medical devices, Guidelines of sterile medical devices

**บทนำ**

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) ให้ความสำคัญเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) ซึ่งประเทศไทยได้พัฒนาระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยมาโดยตลอด โดยมีเป้าหมายให้มีผลลัพธ์ ของการบริการที่ดีเกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยลดลง[1] โดยการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วยในทุกหน่วยบริการ หน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาลโพนพิสัยมีหน้าที่เป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ปราศจากเชื้อให้กับหน่วยงานบริการทุกหน่วยบริการในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ปลอดภัย จากการทบทวนระบบงานพบปัญหากระบวนงานเจ้าหน้าที่ยังไม่ปฏิบัติ ตามที่กำหนดไว้ตามมาตรฐานและกระบวนการต่างๆจะได้มาตรฐานต้องมีกระบวนการตรวจสอบการมีประสิทธิภาพของแต่ละขั้นตอนเพื่อให้ทุกขั้นตอนได้ตามมาตรฐานที่กำหนดและสามารถรับรองได้ว่าทุกขั้นตอน[2] หน่วยจ่ายกลางของโรงพยาบาลมีหน้าที่ดูแลจัดการอุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมใช้ทันเวลาปลอดภัยด้วยกระบวนการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อที่มีประสิทธิภาพ จึงเป็นหน่วยงานที่สำคัญในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลหน่วยจ่ายกลางยังมีความสำคัญต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือ การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล การทำให้ปราศจากเชื้อที่มีประสิทธิภาพเชื่อถือได้ มีความสำคัญต่อการรักษาพยาบาล หน่วยจ่ายกลางต้องมีการกำหนดนโยบายและขั้นตอนการปฏิบัติเกี่ยวกับกระบวนการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อที่ถูกต้องและทันสมัย และมีการติดตามการปฏิบัติงานของบุคลากรเพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปตามมาตรฐาน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้รับบริการรวมทั้งตัวบุคลากรเอง[2]

โรงพยาบาลโพนพิสัย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ของจังหวัดหนองคาย ขนาด 120 เตียง มีงานหน่วยจ่ายกลางที่รับผิดชอบกระบวนการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์เครื่องมือทาง

การแพทย์สนับสนุนและส่งเสริมงานการพยาบาลหน่วยควบคุมการติดเชื้อและงานจ่ายกลางในโรงพยาบาลให้มีมาตรฐานอีกทั้งให้คำแนะนำ นิเทศ ติดตามและตรวจสอบคุณภาพของงานจ่ายกลางของโรงพยาบาลทั้งเครือข่ายซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาล เฝ้าไร่ รัตนวาปี พิสัยเวชการ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งสิ้น 32 สถานบริการ บทบาทการทำงานของหน่วยจ่ายกลางเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัยต้องมีการนิเทศ ติดตามการดำเนินงานของหน่วยจ่ายกลางภายในในเครือข่าย ซึ่งปัจจุบันดำเนินการจัดการทำให้ปราศจากเชื้อที่แตกต่างกันไปยังไม่มีแนวทางที่เป็นแนวปฏิบัติเดียวกันเพื่อให้ได้มาตรฐานอันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือแพทย์ที่ปราศจากเชื้อตามมาตรฐาน และอีกทั้งพบว่ายังไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักวิชาการส่งผลให้เกิดความไม่พร้อมใช้ของอุปกรณ์การแพทย์ และจากข้อมูลการประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาลแม่ข่าย[3] ตามตัวชี้วัดสำคัญพบว่าอัตราการ Re-sterile คิดเป็นร้อยละ 5.5 ของอุปกรณ์การแพทย์ทั้งหมด จำนวนครั้งของประสิทธิภาพการทำปราศจากเชื้อไม่ผ่าน ร้อยละ 0.7 ของอุปกรณ์การแพทย์ทั้งหมด จำนวนครั้งที่ตรวจพบห่ออุปกรณ์หมดอายุในหน่วยจ่ายกลางร้อยละ 6.2 อุบัติการณ์ที่เครื่องมือ เครื่องใช้ไม่พร้อมใช้งานร้อยละ 5.75 จำนวนครั้งของการค้างจ่ายอุปกรณ์/เครื่องมือร้อยละ 8.7 ความพึงพอใจลูกค้าภายใน (สถานบริการที่เป็นเครือข่าย) ในระดับดี เพียงร้อยละ78.5 จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยในบทบาทพยาบาลผู้รับผิดชอบหน่วยจ่ายกลางของเครือข่ายจึงเห็นความสำคัญที่จะพัฒนาแนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย เพื่อให้ได้แนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย ให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการและบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ และแนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย
2. เพื่อพัฒนาแนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีขั้นตอนดำเนินการวิจัย 3 ระยะ

**ระยะที่ 1** วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ (กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2566) 1) ศึกษาเอกสารแนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ 2) ประเมินความรู้และการปฏิบัติก่อนการพัฒนา 3) สนทนากลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ 4) ประชุมผู้เกี่ยวข้องทบทวนแนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อแบบเดิมระดมความคิดเพื่อวางแผน
แนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ

**ระยะที่ 2** พัฒนาแนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ( เมษายน - กันยายน 2566)

**ระยะที่ 3** ประเมินผลการพัฒนาแนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย เก็บข้อมูลในเดือน ตุลาคม 2566 1) นำแนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ ไปใช้ 2) ประเมินผลเชิงกระบวนการโดยทดสอบความรู้และการปฏิบัติหลังการใช้แนวทางจัดการ

เครื่องมือแพทย์ ปราศจากเชื้อ 3) เปรียบเทียบผลการทดสอบความรู้และการปฏิบัติหลังการใช้แนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ 4) ประเมินผลเชิงผลลัพธ์โดยติดตามตัวชี้วัดตามมาตรฐานงานหน่วยจ่ายกลาง และสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

**ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง**

ดำเนินการศึกษาข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรที่ปฏิบัติงานจ่ายกลาง ในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 64 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่รับผิดชอบงานหน่วยจ่ายกลาง 32 คน และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการทำให้ปราศจากเชื้อ แห่งละ 1 คน ที่สามารถฟัง อ่าน เขียน สื่อสารให้ข้อมูลได้ โดยมีเกณฑ์การแยกคัดออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2566 - ตุลาคม 2566

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

ในการวิจัยทั้ง 3 ระยะ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม หลักการ แนวคิดที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีรายละเอียดต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปมีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List)

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ ถูก-ผิด ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ “ใช่” กับ “ไม่ใช่”

3. แบบสอบถามข้อมูลการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบลิเคอร์ท (Likert) 5 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด เท่ากับ 5 4 3 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ

4. แบบสอบถามความพึงพอใจในการพัฒนาแนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบลิเคอร์ท (Likert) 5 ระดับ ดังนี้ พึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด

5. แบบการสนทนากลุ่ม โดยมีข้อคำถามปลายเปิดในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

6. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีข้อคำถามปลายเปิดในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ มีค่าความสอดคล้องเท่ากับ 1.00 และได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับการวิจัยครั้งนี้จำนวน 30 คน แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ ใช้การวิเคราะห์แบบ คูเดอร์แอนด์ริชาร์ทสัน (KR-20) ได้ความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .82 และแบบประเมินการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .84

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่ม และการการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์เชิงเนื้อหา การตีความ สรุปความ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับแนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเปรียบเทียบ Paired t-test การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเรื่องความพึงพอใจในการพัฒนาแนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ ในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ที่พัฒนาขึ้น โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**จริยธรรมในการวิจัย**

ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย เลขที่ 2/2566

**ผลการวิจัย**

**ระยะที่ 1** วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ (กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2566)

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.60 ส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 39.10 รองลงมาอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 35.90 โดยมีอายุเฉลี่ย 43.28 ปี (SD.= 8.10) การศึกษาจบมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 21.90 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 17.20 สถานภาพ สมรส ร้อยละ 53.10 รองลงมา โสด 23.40 ประสบการณ์การทำงานในหน่วยจ่ายกลาง 0-5 ปี ร้อยละ 56.30 รองลงมา 5-10 ปี ร้อยละ 29.70

2. คะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ โดยรวม ก่อนการพัฒนาเกี่ยวกับการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ ในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 76.60 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 21.90 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 15.30 (SD.= 4.18) คะแนนต่ำสุด 8 คะแนน คะแนนสูงสุด 30 คะแนน

3. การปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ ในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ก่อนการพัฒนา โดยรวม ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้ออยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 50.00 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.90 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.60 (S.D.=.54) คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 1.87 คะแนน คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 5.00 คะแนน

4. ผลการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ในเดือน กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2566 พบว่า ปัญหาเกี่ยวกับการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ ในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย มี 3 ประเด็นหลักดังต่อไปนี้

4.1 ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรับผิดชอบและการประสานงานที่ไม่ชัดเจน สถานที่ตั้งไม่เหมาะสม ขนาดของพื้นที่ไม่เพียงพอ การจัดการโครงสร้างทางกายภาพไม่ชัดเจน ไม่ถูกต้อง การจัดแบ่งพื้นที่และระบบการสัญจรของบุคลากร อุปกรณ์ และอากาศไม่ถูกต้อง พื้นผิวไม่เรียบและมีรอยต่อ แสงสว่างไม่เพียงพอ ไม่เหมาะสมกับอายุของผู้ปฏิบัติงาน อุปกรณ์และเครื่องมือไม่เพียงพอ ตู้เก็บอุปกรณ์ไม่เหมาะสม การแจกจ่ายอุปกรณ์ไม่มิดชิด มีการแช่เครื่องมือที่ใช้งานแล้ว

4.2 กระบวนการ ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานสวมอุปกรณ์ป้องกันไม่ครบถ้วน วิธีการล้างไม่เหมาะสมกับเครื่องมือ ไม่แยกประเภทอุปกรณ์ให้เป็นหมวดหมู่ก่อนการล้าง ไม่คลายล็อกอุปกรณ์ ไม่มีการล้างภายในรูกลวงของอุปกรณ์ชนิดสายยาง ไม่มีการตรวจสอบสภาพและความสะอาดของเครื่องมือก่อนห่อ ชุดอุปกรณ์ไม่เป็น minimum requirement ใช้Transfer forceps ใช้อับสำลี ผ้าห่อไม่สะอาด ชนิดของผ้าห่อไม่เหมาะสม เครื่องมือไม่พร้อมใช้งาน กำหนดอายุชุดเครื่องมือไม่ชัดเจน ติดตัวบ่งชี้ทางคมีภายนอกสั้นเกินไป ป้ายห่อเครื่องมือไม่ชัดเจน ไม่มีการบันทึกข้อมูลเครื่องนึ่งหรือบันทึกไม่สมบูรณ์ ไม่มีข้อมูลการบำรุงรักษาเครื่องนึ่ง ไม่เข้าใจตัวชี้วัดการผ่านขั้นตอนทำให้ปราศจากเชื้อ Re-sterile บ่อย กำหนดวันหมดอายุไม่ชัดเจน ไม่ถูกต้อง เก็บของสะอาดและของปราศจากเชื้อปะปนกัน ตู้เก็บของปราศจากเชื้อไม่มิดชิด ชุดเครื่องมือที่ผานการทำให้ปราศจากเชื้อแล้วมีความชื้น การจัดเรียงเครื่องมือในห้องนึ่งไม่ถูกต้อง

4.3 ตัวชี้วัดผลลัพธ์ ได้แก่ มีการคืนห่อชุดอุปกรณ์ เนื่องจากห่อเครื่องมือไม่ผ่านตัวชี้วัดทางเคมีและชีวภาพ

**ระยะที่ 2** พัฒนาแนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย เก็บข้อมูลในเดือน เมษายน - กันยายน 2566

**วงรอบที่ 1** (ระหว่างเดือนเมษายน – มิถุนายน 2566) วางแผนโดย ประชุมผู้เกี่ยวข้องทบทวนการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อแบบเดิม ระดมความคิดเพื่อวางแผนจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ และดำเนินการ 1. ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย 1) กำหนดนโยบายร่วมกับสหวิชาชีพ (multidisciplinary team) 2) มีแผนภูมิโครงสร้างการปฏิบัติงานและแผนการดำเนินงาน 3) กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบเป็นลายลักษณ์อักษร กำหนดให้หัวหน้าหน่วยจ่ายกลางหรือตัวแทนเป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 4) หน่วยจ่ายกลางควรดำเนินงานแบบครบวงจร 5) จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานได้ครอบคลุมความรับผิดชอบที่ทันต่อปัจจุบันและอิงตามหลักวิชาการ 6) จัดการด้านงบประมาณ โดยจัดสรรอุปกรณ์และเครื่องมือให้เพียงพอ 7) ตั้งในที่เหมาะสม โดยใกล้กับหน่วยบริการสำคัญ เช่น ห้องคลอด ห้องผ่าตัด ห้องฉุกเฉิน และห่างจากสถานที่ทำให้เกิดมลภาวะ เช่น ที่พักขยะ 7) จัดการด้านโครงสร้างทางกายภาพในเรื่องการจัดแบ่งพื้นที่ตามลักษณะงานอย่างชัดเจน 8) จัดแบ่งพื้นที่เป็น 3 ระดับ ให้เหมาะสมกับการสัญจร คือ เขตสกปรก เขตสะอาดและ เขตเก็บของปราศจากเชื้อ โดยระบบการสัญจรระหว่างเขตจัดให้เป็นแบบสัญจรทางเดียว (one way flow) 9) เพดาน ผนังและพื้น เป็นผิวเรียบ ไม่ติดพัดลมเพดาน ให้อากาศไหลเวียนจากเขตสะอาดไปสู่เขตสกปรก 10) จัดการแสงสว่างให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน 11) พนักงานจ่ายกลางควรมีวุฒิการศึกษาขั้นต่ำมัธยมศึกษาปีที่ 6

2. กระบวนการ ประกอบด้วย 1) มีการแบ่งเครื่องมือเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มวิกฤติ กึ่งวิกฤติและไม่วิกฤติ

2) มีแนวทางดำเนินการกับอุปกรณ์หลังใช้งาน 3)มีแนวทางการจัดเก็บและการนำห่ออุปกรณ์ปราศจากเชื้อไปใช้งาน 3) จัดตั้งคณะทำงานเพื่อกำหนดมาตรฐานการจัดชุดเครื่องมือ 4) จัดระบบการประสานงานและการสื่อสาร 4) มีการประเมินเองเพื่อวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 5) จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานแต่ละขั้นตอน ได้แก่ การรับอุปกรณ์ปนเปื้อน การล้าง การจัดเตรียมและห่ออุปกรณ์ การทำให้ปราศจากเชื้อ การจัดเก็บและการแจกจ่าย 6) จัดทำการควบคุมคุณภาพแต่ละขั้นตอน 7) จัดทำแนวทางการบำรุงรักษาครุภัณฑ์ 8) จัดทำแนวทางการพัฒนาบุคลากร โดยต้องรับความรู้ก่อนเข้าปฏิบัติงานและฟื้นฟูความรู้ รวมถึงตรวจสุขภาพ อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

3. ตัวชี้วัดผลลัพธ์ ประกอบด้วย การระบุวิธีการเรียกคืนห่ออุปกรณ์ที่ไม่ได้มาตรฐาน และ ความพึงพอใจของผู้รับผลงาน

เมื่อนำ แนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ไปใช้ พบว่า ช่วงแรกที่ เริ่มนำมาปฏิบัติยังติดขัด ไม่ค่อยไหลลื่น ถึงแม้ว่าผู้ปฏิบัติมีความพยายามที่จะปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ และค้นพบปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ปัญหาที่พบ ได้แก่ 1) ไม่มีเครื่องอบแก๊ส 2) เครื่องนึ่งไอน้ำเป็นชนิดGravity ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้คือห่ออุปกรณ์ที่มีความชื้นสูง 3)การจัดหาวัสดุการตรวจสอบประสิทธิภาพความพร้อมในการการงานของเครื่องนึ่งไอน้ำ 4)การจัดหาวัสดุการตรวจสอบประสิทธิภาพปราศจากเชื้อทั้งทางเคมีภายในที่การจัดซื้อจำนวนน้อยจะทำให้ต้นทุนสูง 5)การตรวจสอบความปราศจากเชื้อทางชีวภาพที่มีค่าใช้จ่ายสูง 6)การจัดซื้อน้ำยาล้าง

เครื่องมือที่การจัดซื้อจำนวนน้อยจะทำให้ต้นทุนสูง 7) การจัดหาชุดอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย 8) ขาดเครื่องมือบางประเภท

จึงมีข้อเสนอขณะสนทนากลุ่มว่า “เราน่าจะมาทบทวนแผนให้ปฏิบัติเหมือนๆกัน และลดขั้นตอนการทำงานลง แต่ให้ได้ประสิทธิภาพมากขึ้น” และนำมาระดมสมอง ทบทวนปัญหาเพื่อหาวิธีการปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกัน ปรับและแก้ไขตามบริบทของแต่ละสถานบริการให้อยู่ในกรอบมาตรฐานที่กำหนดอีกครั้งหนึ่ง และสรุปแนวทางการปฏิบัติ โดยซักซ้อมความเข้าใจกันจนผู้ปฏิบัติเข้าใจและปฏิบัติได้ตรงกันแล้วจึงเริ่มดำเนินการหมุนวงล้อ Step of spiral โดยมีการปรับแผนหมุนวงล้อด้วยกระบวนการใหม่ คือ

**วงรอบที่ 2** (ระหว่าง เดือนกรกฎาคม – กันยายน 2566) 1) แต่ละโรงพยาบาลดูแลทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สนับสนุนการใช้ครุภัณฑ์เครื่องนึ่ง เมื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีปัญหา 2) หากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใดที่เครื่องนึ่งเป็นอุปสรรคมาก ดำเนินการจัดส่งแม่ข่ายให้ดำเนินการให้ โดยจัดชุดหีบห่อให้เรียบร้อย มีการจัดระบบรับเครื่องมือแบ่งเป็นรายวันซึ่งเป็นจัดการภายในหน่วยงานเพื่อให้ปริมาณงานเหมาะสม 3) โรงพยาบาลโพนพิสัย เป็นศูนย์กลาง การทำให้ปราศจากเชื้อด้วยวิธีการอบแก๊ส โดยให้ โรงพยาบาลชุมชนอื่นๆเป็นผู้ประสานงาน รับเครื่องมือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการจัดระบบรับเครื่องมือแบ่งเป็นรายวันซึ่งเป็นจัดการภายในหน่วยงานเพื่อให้ปริมาณงานเหมาะสม มีตารางรับ-ส่งชุดเครื่องมือปราศจากเชื้อประจำสัปดาห์ โดยรับชุดเครื่องมือที่หีบห่อเรียบร้อยแล้วในตอนเช้าหรือหากล่าช้าต้องจัดให้เป็นรอบถัดไปของสัปดาห์นั้นๆ และจัดเวลาสำหรับการส่งออกในตอนบ่ายของทุกวันหรือถ้าตกค้างจากรอบเดิมก็สามารถรับตอนเช้าได้ เพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน สามารถโทรศัพท์สอบถามก่อนเข้ามารับได้ 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งจัดระบบสนับสนุนและสำรองเครื่องมือให้หมุนเวียนเพียงพอในการใช้งาน เมื่อทำการปรับระบบ หากมีการติดขัดให้สื่อสารไปที่โรงพยาบาลแม่ข่าย 5) จัดระบบการขนส่งชุดเครื่องมือให้เป็นระบบปิดถูกต้องตามหลักวิชาการ 6) การจัดหาวัสดุการตรวจสอบประสิทธิภาพปราศจากเชื้อเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลแม่ข่าย แล้วเบิกตามรอบงานพัสดุการแพทย์ 7) การจัดซื้อน้ำยาล้างเครื่องมือเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลแม่ข่าย แล้วเบิกตามรอบงานพัสดุการแพทย์ 8) การจัดหาชุดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลแม่ข่าย แล้วเบิกตามรอบงานพัสดุการแพทย์ 9) เครื่องมือบางประเภทที่ขาดแคลน ให้โรงพยาบาลแม่ข่ายช่วยสนับสนุนตามลำดับ

เมื่อนำผลการดำเนินงานตามวงรอบที่ 2 มาประเมินผลโดยการสนทนากลุ่ม พบว่า เป็นที่พอใจทั้งพยาบาลวิชาชีพและผู้ปฏิบัติงานหน่วยจ่ายกลาง ยังมีประเด็นเล็กๆน้อยๆที่ยังต้องปรับปรุงเพิ่มเติม แต่ไม่ถือว่าเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานตามมาตรฐานของหน่วยจ่ายกลาง เช่น การนำส่งหรือรับของปราศจากเชื้อที่ไม่ตรงเวลาเนื่องจากมีปัจจัยภายนอกมาเกี่ยวข้องซึ่งถือเป็นโอกาสพัฒนาเพิ่มเติมโดยผู้รับผิดชอบต่อไป

**ระยะที่ 3** ประเมินผลการพัฒนาแนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย เก็บข้อมูลในเดือน ตุลาคม 2566

1. คะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ โดยรวม หลังการพัฒนาเกี่ยวกับการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ ในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 90.60 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 9.40 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 25.36 (SD.=1.68) คะแนนต่ำสุด 21 คะแนน คะแนนสูงสุด 30 คะแนน ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการ

เครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ ในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนกำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ ในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย (n=64)

| **คะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ** | **Mean** | **S.D.** | **df** | **t** | **P-value** |
|---|---|---|---|---|---|
| ความรู้ในการล้างเครื่องมือ | | | | | |
| ก่อนพัฒนา | 6.34 | 1.43 | 63 | 17.68 | < 0.001 |
| หลังพัฒนา | 8.77 | .85 | | | |
| ความรู้ในการห่อชุดเครื่องมือ | | | | | |
| ก่อนพัฒนา | 4.73 | 1.12 | 63 | 16.73 | < 0.001 |
| หลังพัฒนา | 6.86 | .35 | | | |
| ความรู้ในการทำให้ปราศจากเชื้อ | | | | | |
| ก่อนพัฒนา | 7.88 | 1.99 | 63 | 19.62 | < 0.001 |
| หลังพัฒนา | 12.36 | .54 | | | |

2. การปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ ในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย โดยรวม หลังการพัฒนา พบว่าส่วนใหญ่มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 89.06 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 10.94 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.89 (S.D.=.34) คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3.27 คะแนน คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 5.00 คะแนน ผลการเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนกำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลค่าเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ ในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย (n=64)

| **คะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ** | **Mean** | **S.D.** | **df** | **t** | **P-value** |
|---|---|---|---|---|---|
| การปฏิบัติในการล้างเครื่องมือ | | | | | |
| ก่อนพัฒนา | 2.61 | .54 | | | |
| หลังพัฒนา | 3.86 | .35 | 63 | 14.17 | < 0.001 |
| การปฏิบัติในการห่อชุดเครื่องมือ | | | | | |
| ก่อนพัฒนา | 2.73 | .86 | | | |
| หลังพัฒนา | 3.84 | .26 | 63 | 15.44 | < 0.001 |
| การปฏิบัติในการทำให้ปราศจากเชื้อ | | | | | |
| ก่อนพัฒนา | 2.96 | .74 | 63 | 17.01 | < 0.001 |
| หลังพัฒนา | 3.95 | .31 | | | |

ผลความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนาแนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจแนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 93.75 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 6.25 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.30 (S.D.=.45) คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3.35 คะแนน คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.88 คะแนน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละ ระดับความพึงพอใจภายหลังการพัฒนาแนวทางการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ ในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย (n=64)

| ระดับความพึงพอใจ | | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|---|
| ระดับดี | ค่าคะแนน 3.67-5.00 คะแนน | 60 | 93.75 |
| ระดับปานกลาง | ค่าคะแนน 2.67-3.66 คะแนน | 4 | 6.25 |
| ระดับน้อย | ค่าคะแนน 1.00-2.66 คะแนน | 0 | 0 |
| Mean=4.30 (S.D.=.45) ,Min : Max 3.35:4.88 | | | |

**สรุปและอภิปรายผล**

1. สถานการณ์แนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคายที่ผ่านมา พบว่า พยาบาลวิชาชีพและผู้ปฏิบัติงานหน่วยจ่ายกลาง ยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อไม่ถูกต้อง การสื่อสารระหว่างวิชาชีพในการปฏิบัติงานยังไม่ชัดเจน ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่และทีมปฏิบัติงาน และการเตรียมสถานที่และการสนับสนุนอุปกรณ์ ไม่เพียงพอ ซึ่งแม้จะเป็นการตอบสนองต่อมาตรฐานงานหน่วยจ่ายกลางภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่แต่ยังไม่ได้ผลลัพธ์ดีเท่าที่ควร ทำให้ต้องได้รับการปรับปรุงให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งต้องอาศัยประสบการณ์และการเรียนรู้ที่เพิ่มขึ้นของพยาบาลผู้รับผิดชอบงานหน่วยจ่ายกลางและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องจึงจะประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับ ทรรศนีย์ นครชัย และชุลีรัตน์ สาระรัตน์ (2561)[4] ที่ศึกษา ผลการพัฒนาระบบบริการทำให้ปราศจากเชื้อเครื่องมือ รักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีโดยให้เอกชนมีส่วนร่วมแบบครบวงจร พบปัญหาการดำเนินงาน 3 ด้านได้แก่ 1) ด้านการบริหารจัดการและระบบ บริการทำให้ปราศจากเชื้อ บุคลากรไม่เพียงพอต่อการให้บริการอีกทั้งขาดความชำนาญในเครื่องมือพิเศษ 2) ด้านกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ พบว่ามีความหลากหลายของกระบวนการผลิต มีความสูญเปล่าของกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ พบความผิดพลาดของกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ การผลิตเครื่องมือปราศจากเชื้อเพื่อสำรองเครื่องมือไว้แจกจ่ายให้หน่วยงานมากเกินความจำเป็น และเทียนทิพย์ บัณฑุพาณิชย์(2563)[5] ศึกษาเรื่อง การพัฒนาการจัดการห่วงโซ่อุปทานของเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทยภายใต้งบประมาณที่จำกัด พบว่า ปัญหาหลักในการดำเนินการของหน่วยจ่ายกลางคือ การบาดเจ็บจากวัตถุมีคม ที่เกิดขึ้นในระหว่างการล้างทำความสะอาด สาเหตุของปัญหา ได้แก่ 1) ขาดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในการ เช็ดและ แช่เครื่องมือแพทย์ที่ใช้แล้ว 2) ปริมาณน้ำยาล้างเครื่องมือผสมเอนไซม์และเครื่องทำความสะอาดเครื่องมือแพทย์ ไม่เพียงพอต่อความต้องการ และ 3) ความต้องการเจ้าหน้าที่เพิ่ม

2. แนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การเตรียมความรู้ความเข้าใจ

ในการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ ทั้งปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ ให้แก่พยาบาลวิชาชีพและผู้ปฏิบัติงานหน่วยจ่ายกลาง โดยผู้วิจัยและคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการงานหน่วยจ่ายกลาง ได้ร่วมกันสร้างคู่มือการปฏิบัติงาน กำหนดบทบาทหน้าที่และทีมปฏิบัติงาน จัดเตรียม ปรับปรุงสถานที่ด้วยความเข้าใจในหลักการและสอดคล้องกับหลักวิชาการตามบริบทของสถานบริการแต่ละแห่ง จัดช่องทางสื่อสารระหว่างการดำเนินการพัฒนา แล้วนำไปปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน และติดต่อสื่อสารกับโรงพยาบาลแม่ข่ายเมื่อมีอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ประเมินความก้าวหน้าและติดตามผลการดำเนินงานจนได้แนวทางที่เหมาะสม โดยเน้นให้ความสำคัญของกระบวนการที่มีมาตรฐาน เป็นไปในทิศทางเดียวกันและใช้ทรัพยากรที่มีอย่างคุ้มค่าคุ้มทุน โดยกำหนดให้หน่วยจ่ายกลางเป็นศูนย์กลางเครื่องมือปราศจากเชื้อครอบคลุมทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการ กำหนดให้มีเวลารับเครื่องมือ เปลี่ยนรูปแบบการห่อเครื่องมือเป็นมาตรฐานขั้นต่ำและอยู่ในรูปแบบเดียวกันทั้งเครือข่าย สำรวจความต้องการใช้เครื่องมือแต่ละประเภทและ กำหนดให้ เบิกจ่ายเครื่องมือทุกวัน รวมทั้งจัดระบบสำรองเครื่องมือร่วมกับหน่วยงานโดยให้สำรองเฉพาะเครื่องมือที่จำเป็นต้องใช้ในแต่ละวัน เพื่อลดการสำรองเครื่องมือปริมาณมากและลดพื้นที่การจัดเก็บ และป้องกันเครื่องมือหมดอายุเมื่อไม่ได้ใช้งาน เน้นการประสานงานและการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการ รวมทั้ง ประเมินผลการดำเนินงาน สอดคล้องกับ ดวงพร พงษ์ศรีลา(2561)[6] ที่ศึกษา ผลของการรับ-ส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์รูปแบบ Jet In Time งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่า กระบวนการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการ แพทย์รูปแบบ Jet In Time สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการรับส่งอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ ด้านความถูกต้อง มีประสิทธิภาพพร้อมใช้งาน และทันเวลา ทำให้เจ้าหน้าที่หน่วยงานและงานจ่ายกลางปฏิบัติตามแนวทางมากขึ้น และเทียนทิพย์ บัณฑุพาณิชย์ (2563)[5] ที่ศึกษา การพัฒนาการจัดการห่วงโซ่อุปทานของเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทยภายใต้งบประมาณที่จำกัด ได้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการประเมินและ พัฒนาการปฏิบัติในโรงพยาบาลที่มีงบประมาณอย่างจำกัดเพื่อผลักดันให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพของประเทศไทย

3. ผลของการพัฒนาแนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย พบว่า ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพและผู้ปฏิบัติงานหน่วยจ่ายกลาง โดยรวม และเมื่อจำแนกรายด้าน หลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งความรู้เป็นแนวทางอย่างหนึ่งของบุคคลในการที่จะนำไปใช้สำหรับการปฏิบัติ การที่บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจดีก็จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องได้ “ความรู้” คือ ส่วนหนึ่งของความสามารถทางพุทธปัญญา (Cognitive Domain) ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ในการวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล สอดคล้องกับ นฤมล พินิจ(2565)[7] ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนาแนวทางการคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ สามารถปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรองโรคที่พัฒนาขึ้น แสดงให้เห็นว่าแนวทางการปฏิบัติคัดกรองโรคนี้มีประสิทธิผลดี ดังนั้นจึงควรนำใช้ ในคลินิกคัดกรองโรคต่อไป และ ประพิมพรรณ เกรียงวัฒนศิริ (2563)[8] ศึกษาเรื่อง การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลเวรตรวจการโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า พยาบาลเวรตรวจการมีความรู้เรื่องแนวทางการปฏิบัติงาน สำหรับพยาบาลเวรตรวจการโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานครเพิ่มขึ้นหลังดำเนินการอยู่ในระดับมาก

การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพและผู้ปฏิบัติงานหน่วยจ่ายกลาง โดยรวม และเมื่อจำแนกรายด้านหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยการปฏิบัติ เป็นความสามารถในการนำความรู้ ความเข้าใจที่มีในเรื่องราว ข้อเท็จจริง วิธีการต่าง ๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน หรือในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรรศนีย์ นครชัย และ ชุลีรัตน์ สาระรัตน์ (2561)[4] ผลการพัฒนาระบบบริการทำให้ปราศจากเชื้อเครื่องมือ รักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีโดยให้เอกชนมีส่วนร่วมแบบครบวงจร มีค่าคะแนนในมีการดำเนินงานตามมาตรฐานสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบบริการ ด้านกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ พบว่า มีการดำเนินงานตามมาตรฐานการทำให้ปราศจากเชื้อภาพรวมก่อนและหลังพัฒนาระบบบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.00$) และพบว่าอัตราการจัดเก็บเครื่องมือรักษาพยาบาลที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อแล้วตามมาตรฐานที่กำหนดเพิ่มขึ้น สามารถลดขั้นตอนการทำงานลงได้ นอกจากนี้ ลดาวัลย์ พลวิเศษและ นภัทร ศรีสร้อย (2562)[9] ได้พัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันเครื่องมือผ่าตัดสูญหายในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลวานรนิวาส พบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัด ทำให้ไม่พบอุบัติการณ์เครื่องมือผ่าตัดสูญหาย

จากการพัฒนาแนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ทำให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าการที่บุคลากรทุ่มเทความพยายามในการพัฒนาแนวทางจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ สามารถยกระดับมาตรฐานตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ สอดคล้องกับ ลดาวัลย์ พลวิเศษและ นภัทร ศรีสร้อย (2562)[9] ที่พบว่าผู้ใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันเครื่องมือผ่าตัดสูญหายในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลวานรนิวาส มีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

**ข้อเสนอแนะ**

1.ควรมีการนำแนวทางการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคายไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง นำไปปรับใช้ในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลอดจนมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านความรู้และความถูกต้องในการปฏิบัติของการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อเพื่อเพิ่มผลลัพธ์ความปลอดภัยของผู้ป่วย

2. ควรมีการศึกษาต่อเนื่องระยะยาวของการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อในเครือข่ายโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคายเพิ่มเติม

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการนำแนวทางการจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ ในพื้นที่หรือเครือข่ายให้มากขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2551). Patien safety gold:SIMPLE. นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ.).
2. การบริหารงานจ่ายกลาง (Central Sterile Supply Management) จาก http://www.cssd-gotoknow.org/2022/06/central-sterile-supply-management.html สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2566
3. สรุปผลการดำเนินงานหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาลโพนพิสัย. (2565). เอกสารอัดสำเนา. อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย: หนองคาย.
4. ทรรศนีย์ นครชัย และ ชุลีรัตน์ สาระรัตน์. (2561). การพัฒนาระบบบริการทำให้ปราศจากเชื้อเครื่องมือรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาล โดยให้เอกชนมีส่วนร่วมแบบครบวงจร. วารสารการพยาบาลสุขภาพ. 1(3), 26-34.

5. เทียนทิพย์ บัณฑุพาณิชย์. (2020). การพัฒนาการจัดการห่วงโซ่อุปทานของเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทยภายใต้งบประมาณที่จำกัด. วารสารพยาบาลตำรวจ. 12(1), 13-27.
6. ดวงพร พงษ์ศรีลา, พลอยนภัส ธนากุลธัญสิทธิ์ และ สมฤดี ชัชเวช. (2561). ผลของการรับ-ส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์รูปแบบ Jet In Time งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. วารสารวิชาการแพทย์ เขต11. 32(4), 1383 – 1396.
7. นฤมล พินิจ (2565). การพัฒนาแนวทางการคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คลินิกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว. Journal of Nursing and Public Health Research.2022, 2(2), 38-54.
8. ประพิมพรรณ เกรียงวัฒนศิริ. (2563). การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานสำาหรับพยาบาลเวรตรวจการ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. 16(1), 65-76.
9. ลดาวัลย์ พลวิเศษและ นภัทร ศรีสร้อย. ( 2562). การพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันเครื่องมือผ่าตัดสูญหายในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลวานรนิวาส. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 6(3), 45-53.

# ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

# Effects of using the nursing practice guideline for children with thalassemia in receiving a blood transfusion in pediatrics ward at Wanonniwat Hospital, Sakon Nakhon Province.

(Received: April 27,2024 ; Revised: April 29,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**วนิดา กาสุริย์**[1]

**Wanida Kasuri**[1]

**บทคัดย่อ**

การศึกษากึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม จำนวน 11 คน และผู้ป่วยโรคเลือดจางธาลัสซีเมียที่เข้ารับเลือดในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ระหว่างวันที่ 17 มกราคม – 16 เมษายน 2567 จำนวน 20 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินทักษะการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล แบบบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ แนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางที่ได้รับเลือด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเปรียบเทียบใช้ Wilcoxon Signed Rank test

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100.00 อายุ 30 ปีขึ้นไป ร้อยละ 63.64 สถานภาพโสด ร้อยละ 54.55 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100.00 ทำงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 63.64 เคยอบรมเรื่องการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด ร้อยละ 45.45 ด้านผลลัพธ์พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (Z=-2.938, p=0.003) และคะแนนความพึงพอใจหลังใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (Z=-2.947, p=0.003) ด้านผลลัพธ์ต่อผู้รับบริการคือไม่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์หลังใช้แนวปฏิบัติ

**คำสำคัญ:** ธาลัสซีเมีย, แนวปฏิบัติการพยาบาล, การให้เลือด

**Abstract**

This quasi-experimental research aimed to study effects of using the nursing practice guideline for children with thalassemia in receiving a blood transfusion in pediatrics ward at Wanonniwat Hospital, Sakon Nakhon Province. The sample were 11 registered nurses who worked in pediatric ward, and 20 cases of the thalassemia children who were treated by blood transfusion in pediatrics ward during on January 17th- April 16th, 2024, purposive sampling of samples. The data collection instrument consist; the questionnaire of demographic, nursing of skills assessment, adverse event recording form, and satisfaction of nursing practice guideline. The experimental instrument was the nursing practice guideline for children with thalassemia.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

The quantitative data were analyzed using descriptive statistics, frequency, percentage, mean and standard deviation. The comparative statistic used Wilcoxon signed rank test.

The results showed; the majority of general characteristic of samples were female (100.00%), age group ≥ 30 years (63.64%), status single (54.55%), graduated with bachelor's degree (100.00%), working period in pediatric ward during 6-10 years (63.64%), had training about nursing care of thalassemia children blood transfusion (45.54%). When comparing nursing skills found significant statistic mean score of nursing skills after using practice guideline higher than before (Z=-2.938, p=0.003), and the satisfaction after using practice guideline higher than before (Z=-2.947, p=0.003), respectively. But not found adverse event after using practice guideline.

**Key word**: thalassemia, nursing practice guideline, blood transfusion.

**บทนำ**

ธาลัสซีเมียเป็นโรคทางพันธุกรรมที่พบบ่อยมากที่สุดในโลกและในประเทศไทย และเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ยังเป็นปัญหาที่ยากต่อการบริหารจัดการเนื่องจากมีลักษณะของโรคที่ซับซ้อนยากต่อการเข้าใจทั้งในบุคลากรทางการแพทย์และในประชาชนทั่วไป[1] สาเหตุเกิดจากความผิดทางพันธุกรรมเนื่องจากการสร้างฮีโมโกลบินที่ผิดปกติ ซึ่งฮีโมโกลบินเกิดจากฮีมรวมกับโกลบิน สำหรับกลุ่มอาการธาลัสซีเมียนั้นพบว่ามีการสร้าง polypeptide ลดลงหรือผิดปกติ ทำให้มีผลต่อการสร้าง globin น้อยลงและหรือสร้าง globin ที่ผิดปกติ เป็นผลให้เม็ดเลือดแดงมีลักษณะผิดปกติและมีอายุสั้น[2] ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซีด ตับโต ม้ามโต ใบหน้าผิดรูปและการเจริญเติบโตล่าช้าได้[3]และอุบัติการณ์ที่พบในประเทศไทยสูงมากประมาณร้อยละ 20.0-30.0 ของประชากรมียีน alpha-thalassemia ร้อยละ 3.0-9.0 มียีน beta-thalassemia และพบยีนของฮีโมโกลบินผิดปกติ 2 ชนิดคือ hemoglobin E (Hb E) โดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 13.0 และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยพบสูงถึงร้อยละ 30.0-40.0 (จิตสุดา บัวขาว, 2560) มีการศึกษาอุบัติการณ์ที่อาจเกิดโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงในเด็กที่เกิดจากคู่เสี่ยงหญิงตั้งครรภ์พบโอกาสเกิดโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงในเด็กที่เกิดจากในคู่เสี่ยง ร้อยละ 23.08 จำแนกเป็น beta-thalassemia/Hb E disease ร้อยละ 61.54 และ beta thalassemia disease ร้อยละ 15.38[4]

การให้เลือดเป็นการรักษาตามมาตรฐานที่สำคัญในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงหรือพึ่งพาเลือด (transfusion-dependent thalassemia: TDT) โดยนัดผู้ป่วยมาให้เลือดเป็นประจำทุก 3-4 สัปดาห์ ในปริมาณ 10-15 ml/kg ต่อครั้ง มีเป้าหมายเพื่อรักษาระดับฮีโมโกลบินของผู้ป่วยให้สูงกว่า 9-10 g/dl[5] เพื่อยับยั้งการสร้างเม็ดเลือดแดงที่ผิดปกติของผู้ป่วยส่งผลให้อาการต่างๆของผู้ป่วยดีขึ้น มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการปกติ ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ภาวะความดันหลอดเลือดแดงสูงในปอด ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติและป้องกันการเกิดหน้าตาแบบธาลัสซีเมีย (thalassemia facies) และม้ามก็จะไม่โตจึงไม่จำเป็นต้องตัดม้ามในอนาคต อย่างไรก็ตาม การให้เลือดประจำอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงอื่นได้ เช่น การติด

เชื้อ ภาวะเม็ดเลือดแดงแตก หรือในระยะยาว อาจทำให้เกิดภาวะเหล็กเกิน (Iron overload) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับยาขับเหล็กร่วมด้วย[6]การให้เลือดตามแผนการรักษานั้นมีกระบวนการซับซ้อน แต่ละขั้นตอนมีความเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อนในการให้เลือด ดังนั้นพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลให้เลือดตามแผนการรักษาตั้งแต่ขั้นเตรียมการจนกระทั่งให้เลือดต้องมีการประเมินและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์และความคลาดเคลื่อนในการให้เลือด[6,7]

มีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงหรือพึ่งพาเลือดส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการที่ใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง อาทิเช่น การศึกษาของปิยนันท์ ไพไทยและคณะ[8] ที่พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด ผลการดำเนินงานดังกล่าวทำให้หน่วยงานมีแนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดอย่างชัดเจน พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยได้มาตรฐานและครอบคลุมมากขึ้นและมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติมากขึ้นและไม่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการให้เลือด และการศึกษาของพนารัตน์ มัชปะโม (2563) พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงหรือชนิดพึ่งพาเลือดประกอบด้วย การจัดตั้งคลินิกธาลัสซีเมียเฉพาะ จัดทำระบบคัดกรอง พัฒนาแนวปฏิบัติ จัดทำระบบประสานงานและระบบ consult แม่ข่าย ลูกข่าย หลังการพัฒนาผลพบว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการตรวจเลือดเป็นประจำเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 86.66 ผู้ป่วยได้รับการตรวจหาภาวะเหล็กเกินทุกราย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาขับเหล็ก และนิตติยา บุตรวงษ์และกิตติพร เนาว์สุวรรณ[9] ได้พัฒนารูปแบบการจัดหาเลือดโดยพัฒนาระบบการเจาะเลือดให้ง่ายและสะดวกกับผู้ป่วยให้เจ็บตัวน้อยที่สุด ลดระยะเวลารอคอยการจ่ายเลือดให้ตรงเวลา และพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลแพทย์ และผลการศึกษาไม่พบผู้ป่วยที่ได้รับเลือดล่าช้า ระดับ Ferritin ไม่เกิน 2,500 ng/ml ผู้ป่วยไม่มีการเกิดปฏิกิริยาหลังรับเลือด จะเห็นได้ว่าการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาให้ความสำคัญกับการพัฒนาแนวทางการพยาบาลหรือรูปแบบการจัดหาเลือดสำหรับผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียตามแผนการรักษาตามบทบาทของพยาบาลเพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพมากขึ้น ลดความเสี่ยงหรือป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย

สถิติการเข้ารับบริการของผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่โรงพยาบาลวานรนิวาส 3 ปีย้อนหลัง จากปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มารับบริการจำนวน 266 คน (1,037 ครั้ง), 242 คน (937 ครั้ง) และ 282 คน (1,037 ครั้ง) ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยที่มารับเลือดตามแผนการรักษาที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมมีจำนวน 103 คน (336 ครั้ง), 91 คน (215 ครั้ง), และ 118 คน (374 ครั้ง) ตามลำดับ ผู้ป่วยรายเก่ามารับเลือดเป็นประจำตามนัดเฉลี่ยประมาณ 25 คนต่อเดือน ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 2-14 ปี การให้บริการคลินิกผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในวันพุธที่ 2 และ 4 ของเดือน ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเพื่อรับเลือดแต่ละครั้งประมาณ 1-2 วัน ส่วนใหญ่เป็นการรักษาโดยการให้เลือดแบบต่อเนื่อง (Transfusion dependent thalassemia : TDT) ผู้ป่วยต้องมารับเลือดตามแผนการรักษา 2-3 ครั้ง

ต่อเดือน และปัญหาที่พบจากการดำเนินงานที่ผ่านมาคือขั้นตอนการบริการการให้เลือดผู้ป่วยมีหลายขั้นตอน รวมทั้งข้อจำกัดด้านอัตรากำลังพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยต้องรอนานและได้รับเลือดล่าช้า มีการเจ็บตัวจากการถูกเจาะเลือดหลายครั้ง อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยเรียนต้องการบริการแบบเบ็ดเสร็จในวันเดียว นอกจากนี้ยังพบว่าเลือดไม่เพียงพอสำหรับที่จะให้ผู้ป่วยจึงได้มีการนัดผู้ป่วยมารับเลือดในสัปดาห์ถัดไป จากปัญหาที่พบทำให้การประชุมระดมสมองของทีมสหวิชาชีพเพื่อพัฒนาแนวทางการให้เลือดผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการแบบเบ็ดเสร็จใน 1 วัน มีปริมาณเลือดเพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่มารับเลือดตามนัดตามแผนการรักษา แต่ยังคงพบปัญหาด้านกระบวนพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับเลือดได้แก่ การพยาบาลให้เลือดผู้ป่วยไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ยังคงพบว่าไม่มีการตรวจสอบข้อมูลทำให้มีการเจาะเลือด G/M ซ้ำ จำนวน 2 คน คือเจาะครั้งแรกและสั่งจองไปที่ห้องเลือด 2 ถุง โดยแพทย์ได้สั่งการรักษาให้เลือด 1 ถุงไปก่อน วันต่อมาให้อีก 1 ถุง แต่ในการสื่อสารในการส่งเวรต่อให้กับพยาบาลที่ขึ้นเวรถัดไปมีการสื่อสารระหว่างทีมพยาบาลไม่ครบถ้วน ทำให้พยาบาลที่ขึ้นเวรถัดไปได้มีการเจาะเลือด G/M ซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยต้องเจ็บหลายครั้งและสูญเสียวัสดุหลายอย่าง จึงได้แก้ไขปัญหาด้วยการส่งเวรอย่างละเอียดทุกขั้นตอนของการให้เลือดหากมีการเว้นระยะห่างของการให้เลือดในเวรถัดไป นอกจากนี้ยังพบว่าการให้เลือดผู้ป่วยมีทั้งการปรับอัตราการหยดของเลือดแบบคาดคะเนและแบบใช้เครื่องปรับหยดแล้วประเมินอาการผิดปกติหลังให้เลือด 1 ชั่วโมง ซึ่งไม่เป็นไปตามมาตรฐานการบริการจึงได้ปรับการปฏิบัติใหม่คือการให้เลือดผู้ป่วยใช้เครื่องปรับการหยดของเลือดทุกรายและประเมินอาการผิดปกติหลังให้เลือด 15 นาที เป็นต้น จากเหตุการณ์ดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม จึงเห็นว่าจำเป็นต้องมีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดสำหรับหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม จึงได้จัดประชุมทีมพยาบาลวิชาชีพเพื่อระดมสมองในการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเด็กโรคโลหิตจางที่ได้รับเลือดและได้รับความอนุเคราะห์จากกุมารแพทย์ประจำหอผู้ป่วยตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมก่อนนำมาใช้อย่างเป็นทางการ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดที่พัฒนาขึ้นจากปัญหาหน้างานที่พบ พร้อมทั้งเป็นการสร้างความตระหนักให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลให้เลือดผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างเคร่งครัดและศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นที่จะส่งผลโดยตรงต่อสุขภาวะและความปลอดภัยของผู้ป่วย

**วัตถุประสงค์การศึกษา**

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

**วัตถุประสงค์เฉพาะ**

1) เพื่อเปรียบเทียบทักษะการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ

2) เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด

3) เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด

**สมมติฐานการศึกษา**

1) พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมมีทักษะการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางที่ได้รับเลือดหลังใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ

2) พยาบาลประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางที่ได้รับเลือดหลังใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ

3) อุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางที่ได้รับเลือดน้อยกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ

## วิธีดำเนินการศึกษา

**รูปแบบการศึกษา**

การวิจัยนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 1 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มี 2 กลุ่ม ได้แก่

1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลวานรนิวาส ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ มีประสบการณ์ในการทำงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมอย่างน้อย 1 ปี ไม่อยู่ในระหว่างลาศึกษาต่อ ลาคลอด หรือลาพักผ่อน และยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกคือ ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทุกขั้นตอนการศึกษา ต้องการถอนตัวออกจากการศึกษา ไม่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 11 คน

2) ผู้ป่วยเด็กโรคเลือดจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดเป็นประจำตามแผนการรักษาของแพทย์ ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้คือ มีอายุระหว่าง 7- 12 ปี มีระดับฮีโมโกลบินน้อยกว่า 9 g/dl จำเป็นต้องได้รับเลือดตามแผนการรักษาโดยมีผู้ปกครองให้ความยินยอม และได้รับเลือดในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมในระหว่างวันที่ 17 มกราคม- 16 เมษายน 2567 เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกคือ ผู้ป่วยมีอาการจากพยาธิสภาพของโรครุนแรงและได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น หรือผู้ป่วยวิกฤตเสียชีวิต หรือผู้ปกครองปฏิเสธหรือขอถอนตัวจากการศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนที่ 2 แบบประเมินทักษะการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางที่ได้รับเลือดในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม มีข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ แบ่งเป็นการพยาบาลระยะก่อนให้เลือด จำนวน 10 ข้อ การพยาบาลขณะให้เลือด จำนวน 16 ข้อ และการพยาบาลระยะหลังให้เลือด จำนวน 2 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 3 ระดับ คือ 0 = ไม่ปฏิบัติ 1= ปฏิบัติไม่ครบถ้วน 2=ปฏิบัติ

ถูกต้องและครบถ้วน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-56 คะแนน การแปลผลอิงเกณฑ์โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1971) แบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้คือ ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนทักษะการทำตามแนวปฏิบัติอยู่ระหว่าง 0-33.6 คะแนน ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนทักษะการทำตามแนวปฏิบัติอยู่ระหว่าง 33.7-44.7 คะแนน และ ระดับสูง หมายถึง คะแนนทักษะการทำตามแนวปฏิบัติอยู่ระหว่าง 44.8-56.0 คะแนน ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า การให้คะแนนกำหนดไว้ตั้งแต่ 1-5 โดย 5 จะเป็นตัวเลขที่แทนความหมายของความคิดเห็นในทางบวกที่สุด และ 1 จะเป็นตัวเลขที่แทนความหมายของความคิดเห็นในทางลบที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 7-35 คะแนน การแปลผลอิงเกณฑ์โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1971) แบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้คือ พึงพอใจน้อย หมายถึง คะแนนความพึงพอใจอยู่ระหว่าง 7-21 คะแนน พึงพอใจปานกลาง หมายถึง คะแนนพึงพอใจอยู่ระหว่าง 22-27 คะแนน และพึงพอใจมาก หมายถึง คะแนนความพึงพอใจอยู่ระหว่าง 28-35 คะแนน ส่วนที่ 4 แบบบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สำหรับผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดก่อนใช้แนวปฏิบัติ 3 เดือนและหลังใช้แนวปฏิบัติ 3 เดือน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินทักษะการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล แบบบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ และแนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางที่ได้รับเลือด มาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเรื่องการดูแลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการให้เลือดเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียมานานกว่า 10 ปี 1 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์รายข้อโดยใช้ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.89-0.93

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญมาแล้ว ได้แก่ แบบประเมินทักษะการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล และแบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล ไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีขนาดและบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลวานรนิวาส จำนวน 30 ชุด เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อถือได้ของเครื่องมือโดยพบว่าแบบประเมินทักษะและแบบประเมินความพึงพอใจได้ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.72 และ 0.70 ตามลำดับ

**ขั้นตอนการศึกษา**

**ขั้นตอนเตรียมการ**

1) ผู้วิจัยทบทวนอุบัติการณ์ วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการให้เลือดเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย และแนวทางแก้ไขปัญหา

2) ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคเลือดจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด และจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางที่ได้รับเลือดหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

3) เขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว จัดประชุมพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่องค์กรและผู้รับบริการจะได้รับจากการศึกษา ทำความเข้าใจและทบทวนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยพร้อมทั้งอธิบายให้เกิดความเข้าใจตรงกันก่อนดำเนินการใช้แนวปฏิบัติ

**ขั้นดำเนินการ**

1) ผู้วิจัยทำการประเมินทักษะการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับเลือดของพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมทั้ง 11 คน ก่อนดำเนินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียโดยสังเกตจากการปฏิบัติงานของแต่ละคนๆละ 1 ครั้ง และให้พยาบาลวิชาชีพประเมินความพึงพอต่อการปฏิบัติการพยาบาลให้เลือดผู้ป่วยก่อนใช้แนวปฏิบัติ

2) ดำเนินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่มารับเลือดประจำที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลวานรนิวาสมีขั้นตอนปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลดังต่อไปนี้

2.1) การพยาบาลระยะก่อนให้เลือด

2.1.1) พยาบาลวิชาชีพประจำการในวันที่มีผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียมารับเลือดตามแผนการรักษา ตรวจสอบจำนวนเด็กที่มารับเลือดประจำ เพื่อเตรียมเตียงและอุปกรณ์ที่ต้องใช้สำหรับให้เลือด ตรวจสอบความพร้อมของ infusion pump

2.1.2) รับคำสั่งการรักษาในระบบ Hosxp และตรวจสอบ standing order สำหรับผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดประจำ

2.1.3) เตรียมอุปกรณ์การเจาะเลือดสำหรับผู้ป่วย ทั้ง syringe และเข็มเจาะ และ EDTA tube ฝาจุกสีม่วง ขนาด 6 ซีซี

2.1.4) ระบุตัวผู้ป่วยก่อนเจาะเลือด โดยถามชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยตอบคำถามเอง ตรวจสอบชื่อและนามสกุลที่ป้ายข้อมือผู้ป่วย และตรวจสอบชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วย HN ให้ตรงกับ sticker ที่ติดหลอดเก็บเลือด แล้วลงชื่อผู้เจาะเลือด วันที่ และเวลาเจาะที่หลอดเก็บตัวอย่างเลือด

2.1.5) การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ คลายความวิตกกังวลและยอมรับการได้รับเลือด โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงเหตุผลและความจำเป็น ขั้นตอนการปฏิบัติและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการได้รับเลือดตลอดจนแนวทางแก้ไข เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ซักถามปัญหา หรือข้อสงสัย และให้ผู้ป่วย/ญาติ ลงนามใบยินยอมการรับเลือดและ/หรือส่วนประกอบของเลือด

2.1.6) เตรียมเลือดเพื่อนำมาให้กับผู้ป่วยเด็กโลหิตจางธาลัสซีเมียที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โดยคำนวณปริมาณเลือดที่เด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียต้องได้รับต่อคนตามน้ำหนักของเด็ก 12-15 cc/kg ตาม standing order และประสานห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลวานรนิวาสเพื่อขอรับเลือดที่ได้เตรียมไว้สำหรับเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ต้องรับเลือดเป็นประจำตามแผนการรักษา เลือดที่ได้เป็น LPRC และให้น้องพนักงานธุรการประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมไปรับเลือดที่ประสานไว้ที่ห้องปฏิบัติการโดยใช้

กระเป๋าเย็นที่เตรียมไว้ พร้อมกับเอกสารรายชื่อผู้ป่วยที่ต้องได้รับเลือด พร้อมกับกับติดบาร์โคด (barcode) ที่ใบขอเลือดสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน

2.1.7) เมื่อได้รับเลือดจากห้องปฏิบัติการ พยาบาลวิชาชีพประจำการหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ทำหน้าที่ตรวจสอบชื่อ-นามสกุล HN AN ชนิดของเลือด หมู่เลือด ปริมาณที่ให้ และ Bag No. ปริมาณและวันหมดอายุ ให้ตรงกัน ทั้งใบคล้องถุงเลือด ฉลากหน้าถุงเลือด และคำสั่งการรักษา ในการตรวจสอบความถูกต้องก่อนให้เลือดคนไข้ ใช้พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เพื่อ Double check ความถูกต้อง พร้อมกับลงลายมือชื่อในเอกสารการตรวจสอบเลือด

2.2) การพยาบาลในระยะให้เลือด

2.2.1) เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมได้แก่ ชุดให้เลือด (blood transfusion set), IV catheter เบอร์ 22-24 G, น้ำยา 2% chlorhexidine in 70% alcohol, ไม้พันสำลี, สายยางรัด, พลาสเตอร์, กรรไกร

2.2.2) ให้เลือดผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพ 2 คน นำเลือดและอุปกรณ์การให้เลือดไปที่เตียงผู้ป่วย

2.2.3) สอบถามชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยตอบเองหรือให้ผู้ปกครองตอบ ตรวจสอบให้ตรงกับใบคล้องเลือด

2.2.4) ตรวจสอบใบคล้องเลือดและป้ายข้อมือให้ตรงกัน

2.2.5) ก่อนให้เลือด ตรวจสอบสัญญาณชีพผู้ป่วยและบันทึกไว้เป็น baseline

2.2.6) ต่อชุดให้เลือดเข้ากับถุงให้เลือด แขวนถุงเลือดสูงประมาณ 3-4 ฟุตจากระดับหัวใจ หลังจากนั้น เปิด clamp ให้เลือดผ่านที่กรองและสายยาง ไล่ฟองอากาศออกจนหมด และตรวจสอบถุงเลือดไม่ให้มีรอยรั่วซึม

2.2.7) เลือกตำแหน่งจะให้เลือด ทำความสะอาดผิวหนังด้วยน้ำยา 2% chlorhexidine in 70% alcohol แล้วแทงเข็มเข้าหลอดเลือดดำ ในผู้ป่วยเด็กฉีด 0.9% NSS ประมาณ 2 ซีซี เข้าหลอดเลือดดำที่แทง เพื่อทดสอบว่าเลือดไม่รั่วซึมหรือแตกก่อนให้เลือด

2.2.8) ฉีดยา Lasix 10 mg/kg ทาง IV ก่อนให้เลือด

2.2.9) ต่อชุดให้เลือดเข้ากับเข็ม และให้เลือดผ่าน infusion pump ให้เสร็จภายใน 4 ชั่วโมง

2.2.10) วัดและบันทึกสัญญาณชีพก่อนให้เลือดและหลังให้เลือด 15 นาที หลังจากนั้นวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง

2.2.11) สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเมื่อเริ่มให้เลือด เช่น ผู้ป่วยกระสับกระสาย เจ็บแน่นหน้าอก ปวดหลัง หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวลดลง เป็นต้น

2.2.12) หยุดให้เลือดทันทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ รีบรายงานให้แพทย์ทราบทันที และอยู่กับผู้ป่วย ให้มั่นใจว่าสามารถแก้ไขได้

2.2.13) ให้ออกซิเจน สารละลายทางหลอดเลือดดำ ยาขับปัสสาวะและยาแอนตี้ฮีสตามินตามแผนการรักษา

2.2.14) ส่งถุงเลือดที่เหลือพร้อมใบคล้องเลือด และชุดให้เลือดที่เสียบคาอยู่ในถุงเลือด พร้อมทั้งเจาะเลือดผู้ป่วยจากแขนอีกข้างหนึ่งและกรอกข้อมูลในใบ request การ investigate transfusion reaction กลับคืนไปในหน่วยคลังเลือด

2.2.15) วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาทีx4 ครั้ง ทุก 30 นาที x2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าจะปกติ

2.2.16) บันทึกอาการผิดปกติในแบบบันทึกทางการพยาบาลและบันทึกTransfusion Reaction

2.3) การพยาบาลหลังให้เลือด

2.3.1) หลังให้เลือดหมด 3 ชั่วโมง เจาะเลือดตรวจ HCT ตามแผนการรักษา

2.3.2) ก่อนกลับบ้าน ให้ความรู้เด็กและผู้ปกครองเรื่องการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ให้ใบนัดพบแพทย์ ลงข้อมูลการให้เลือด ยาและนัดครั้งต่อไปในสมุดประจำตัวผู้ป่วยธาลัสซีเมีย ตามแผนการรักษา พร้อมกับให้ Home Medicine (folic acid 1x1 oral pc, MTV 1x1 oral pc, Deferiprone (GPO L1) หรือ Deferasirox (Exjade))

3)หลังดำเนินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด 3 เดือน ประเมินทักษะการปฏิบัติจากการสังเกตของผู้วิจัยและให้พยาบาลวิชาชีพความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพอีกครั้ง

4)ผู้วิจัยจดบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการให้เลือดผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียก่อนใช้แนวปฏิบัติ 3 เดือน และหลังใช้แนวปฏิบัติ 3 เดือน

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ผลการศึกษาต่อไป

**การเก็บรวบรวมข้อมูล:** เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 17 มกราคม – 16 เมษายน 2567 ใช้เวลา 3 เดือน

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov Smirnov test (KS test) พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวไม่เป็นไปตามปกติจึงใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้คือ ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ ใช้สถิติเปรียบเทียบ Wilcoxon signed rank test

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

โครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารเลขที่ SKN REC 2024-009

**ผลการศึกษา**

**ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม**

พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100.00 อายุ 30 ปีขึ้นไป ร้อยละ 63.64 ($\bar{X}$=31.55 ปี, S.D.=4.61 ปี, Max=39 ปี, Min=26 ปี) สถานภาพโสด ร้อยละ 54.55 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100.0 ประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 63.64 ส่วนประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมอยู่ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 63.64 เคยอบรมเรื่องการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด ร้อยละ 45.45

**ทักษะการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด**

ก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดพบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีทักษะการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.91 รองลงมาคือมีทักษะการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 9.09 ตามลำดับ หลังใช้แนวปฏิบัติพบว่าทักษะการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูงทุกคนคิดเป็นร้อยละ 100.00

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดโดยใช้สถิติ Nonparametric ด้วยเทคนิค Wilcoxon Signed Rank test พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติงานหลังใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 รายละเอียดดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

| ตัวแปร | n | Mean rank | Sum of Ranks | Z | p |
|---|---|---|---|---|---|
| ก่อนใช้แนวปฏิบัติ Negative Ranks | 0 | 0.00 | 0.00 | -2.938 | 0.003* |
| หลังใช้แนวปฏิบัติ Positive Ranks | 11 | 6.00 | 66.00 | | |
| Ties | 0 | | | | |
| Total | 11 | | | | |

* p<.01

**ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด**

ก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดพบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 72.73 และพึงพอใจต่อการปฏิบัติในระดับปานกลาง ร้อยละ 27.27 หลังใช้แนวปฏิบัติพบว่าความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับพึงพอใจมากทุกคนคิดเป็นร้อยละ 100.00

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดโดยใช้สถิติ Nonparametric ด้วยเทคนิค Wilcoxon Signed Rank test พบว่าคะแนนความพึงพอใจหลังใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด

| ตัวแปร | n | Mean rank | Sum of Ranks | Z | p |
|---|---|---|---|---|---|
| ก่อนใช้แนวปฏิบัติ Negative Ranks | 0 | 0.00 | 0.00 | -2.947 | 0.003* |
| หลังใช้แนวปฏิบัติ Positive Ranks | 11 | 6.00 | 66.00 | | |
| Ties | 0 | | | | |
| Total | 11 | | | | |

* p<.01

**อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางที่ได้รับเลือด**

พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางที่ได้รับเลือดคือการพยาบาลก่อนการให้เลือดโดยมีการเจาะเลือด G/M ซ้ำ 2 ราย แต่ไม่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์หลังใช้แนวปฏิบัติ

**สรุปและอภิปรายผล**

การให้เลือดถือเป็นการรักษามาตรฐานที่สำคัญในผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียกลุ่ม Transfusion dependent thalassemia (TDT) ซึ่งจำเป็นที่จะทำให้ผู้ป่วยเด็กเจริญเติบโตได้อย่างเหมาะสมมีคุณภาพชีวิตที่ดีใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ และป้องกันการเกิดหน้าตาธาลัสซีเมียและม้ามก็จะไม่โตจึงไม่จำเป็นต้องตัดม้ามในอนาคต แต่สิ่งที่ต้องแลกมาในระยะราวคือภาวะเหล็กเกิน พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดจึงจำเป็นต้องมีทักษะการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัยทั้งในระยะก่อนให้เลือด ระยะให้เลือด และระยะหลังให้เลือด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษาพบว่าหลังใช้แนวปฏิบัติทำให้พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมซึ่งเป็นผู้มีบทบาทในการให้เลือดเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย มีทักษะและความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งหลังใช้แนวปฏิบัติไม่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ในการให้เลือดเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับการศึกษาของปิยนันท์ ไพไทย, พิชัย บุญมาศรีและระพีพรรณ นันทะนา[8]ที่พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดที่พัฒนาขึ้นทำให้พฤติกรรมการพยาบาลในการให้เลือดของพยาบาลวิชาชีพครอบคลุมตามมาตรฐานมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังทำให้ไม่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการให้เลือด และการศึกษาของต่างประเทศที่พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลทำให้พยาบาลมีการประเมิน เฝ้าระวังสัญญาณชีพ และให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มารับเลือดครอบคลุมทั้งระยะก่อนให้เลือด ระหว่างให้เลือด และหลังให้เลือดได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Albolwafa et al., 2018) และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการพัฒนาทักษะการพยาบาลในการให้เลือดทำให้พยาบาลมีทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีความรู้ความรู้ในระดับการนำไปใช้สูงขึ้น[10]

ผลการศึกษานี้ทำให้เห็นว่าการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลทำให้พยาบาลมีทักษะการปฏิบัติงานสูงขึ้น สามารถอธิบายได้ว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ ดังนั้นแนวปฏิบัติจึงเป็นสิ่งที่จะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ซึ่งโดยทั่วไปแล้วแนวปฏิบัติจะสร้างขึ้นสำหรับการดูแลเฉพาะโรคหรือเฉพาะปัญหา[11]อีกทั้งการมีแนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดมีความชัดเจน ง่ายต่อการนำไปใช้ ช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้นตลอดจนทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างปลอดภัย ไม่พบอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการให้เลือดในผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย เป็นการยืนยันถึงคุณภาพบริการที่เกิดจากทักษะการปฏิบัติของพยาบาลที่สูงขึ้น

กล่าวโดยสรุป การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด ทำให้พยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานส่งผลให้มีทักษะการปฏิบัติงานสูงขึ้น และส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ

**ข้อเสนอแนะ**

1) สามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปประยุกต์ใช้สำหรับผู้ป่วยกลุ่มต่างๆที่จำเป็นต้องได้รับเลือด เป็นการขยายผลการใช้แนวปฏิบัติให้เกิดประโยชน์จากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

2) ควรมีการศึกษาผลการปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดต่อเนื่องระยะยาว ศึกษารายละเอียดผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการให้มากขึ้น เพื่อยืนยันถึงประสิทธิผลที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติได้อย่างแท้จริง

## เอกสารอ้างอิง

1. จิตสุดา บัวขาว (บรรณาธิการ). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียในเวชปฏิบัติทั่วไป. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์;2560.
2. ชาญชัย ไตรวารี. การให้เลือดในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต 2564,31(2),125-127.
3. สุภานัน เลาหสุรโยธิน. โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย[อินเตอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2566]. แหล่งข้อมูล https://ped.md.chula.ac.th/wp-content/uploads/2021/09/32_CUPA2021-ebook.pdf
4. กิจการ ตุ้ยดา. การศึกษาอุบัติการณ์ที่อาจเกิดโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงในเด็กที่เกิดจากกลุ่มเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่. วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา 2565,2(2),1-10.
5. Cappellini MD, Cohen A, Eelftheriou A, Piga A, Porter J, Taher A. In: nd R, editor. Guidelines for the Clinical Management of Thalassemia. Nicosia(CY);2008.
6. วิปร วิประกษิต. ธาลัสซีเมีย: การดูแลรักษาโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแบบบูรณาการ (Comprehensive Management for Thalassemia). วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต 2556,23(4),303-320.
7. Viprakasit V, Tanphaichitr VS, Chinchang W, Sangkla P, Weiss MJ, & Higgs DR. Evaluation of Alpha. Hemoglobin Stabilizing Protien (AHSP) as a genetic modifier in patients with beta thalassemia. Blood 2004,103(9):3296-3299.
8. ปิยนันท์ ไพไทย, พิชัย บุญมาศรีและระพีพรรณ นันทะนา. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด หอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรมทั่วไป โรงพยาบาลเลย. ชัยภูมิเวชสาร 2563,40(1),34-43.
9. นิตติยา บุตรวงษ์และกิตติพร เนาว์สุวรรณ. การพัฒนารูปแบบบริการเพื่อจัดหาเลือดสำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคเลือดจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดโรงพยาบาลน้ำโสม. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์ 2566,13(1),79-94.
10. วิไลพร มาลีเจริญและประณีตศิลป์ เชาวน์ลักษณ์สกลุ. ผลการพัฒนาทักษะการพยาบาลในการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดสำหรับพยาบาลเริ่มทำงานใหม่[อินเตอร์เน็ต]. 2565[เข้าถึงเมื่อ 26 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://www.chiangmaihealth.go.th/document/220310164688258160.pdf
11. ฉวีวรรณ ธงชัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. วารสารสภาการพยาบาล 2548,20(2),63-76.

# ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม.

# The Effectiveness of a Fall Prevention Program for the Elderly at Chuen Chom Sub-district, Chuen Chom District, MahaSarakham Province.

(Received: April 25,2024 ; Revised: April 29,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**ปิยานุช งานหมั่น[1]ชนะพล ศรีฤๅชา[2]วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา[3]**
**Piyanuth Nganmun[1] Chanaphol Sriruecha[2] Veena Israngura na Ayudhya[3]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม ประยุกต์ใช้แนวคิดของทฤษฎี PRECEDE Framework เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง จำนวน 52 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling ) รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน Paired Sample t-test ค่าความเชื่อมั่น 95%

การศึกษาวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.3) อายุส่วนใหญ่ อายุ 67 ปี (ร้อยละ 19.2) รองลงมาอายุ 68 ปี (ร้อยละ 15.4) และน้อยที่สุดอายุ 61 ปี (ร้อยละ 3.8) ส่วนใหญ่มีสถานะภาพสมรส/คู่ (ร้อยละ 78.8) การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 88.5) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 80.8) มีรายได้แต่ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 50)รองลงมา คือ มีรายได้และเพียงพอ (ร้อยละ 34.6) ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาไม่มีประวัติการหกล้ม (ร้อยละ 98.1) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75) มีผู้ดูแลในครอบรัว (ร้อยละ 51.9) กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่ปฏิบัติเป็นประจำ ได้แก่ เดินเกาะราวหรือใช้ไม้เท้า เมื่อต้องเดินบนพื้นลาดหรือต่างระดับ หรือการใช้ห้องน้ำ มีการจัดเครื่องใช้ในบ้านให้เป็นระเบียบไม่วางเกะกะกีดขวางการเดิน จัดให้มีแสงสว่างอย่างเพียงพอภายในบ้านโดยเฉพาะบริเวณทางเดินบันไดและในห้องน้ำ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}$ = 2.61, SD=0.36 ) หลังได้รับได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 2.80, SD=2.20) ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม ค่าคะแนนเฉลี่ย 0.19 คะแนน (95%CI = 2.19 ถึง 3) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความความพึงพอใจ อยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X}$ = 4.73, SD=0.14)

**คำสำคัญ :** โปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

**ABSTRACT**

This research is a quasi-experimental study with the objective of investigating the effectiveness of the falls prevention program for elderly people in Chun-Chom sub-district, Chun-Chom district, Maha Sarakham province. It applies the concepts of the PRECEDE Framework to compare the fall prevention behaviors of the elderly before and after receiving the falls prevention program. The experimental group consists of 52 individuals selected according to specified criteria through simple random sampling. Data

[1] สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย
[2] รองศาสตราจารย์ ดร.
[3] รองศาสตราจารย์

collection is conducted through questionnaires, and data analysis is performed using descriptive statistics and paired sample t-tests with a 95% confidence level.

The research study found that the majority of the sample group were female (67.3%), with a mean age of 67 years (19.2%), followed by 68 years (15.4%), and the lowest age being 61 years (3.8%). Most of them were married/cohabiting (78.8%), with the highest level of education being primary school (88.5%), and predominantly engaged in agriculture (80.8%). Half of the group had insufficient income (50%), while 34.6% had sufficient income. Over the past 6 months, the majority of the sample group had no history of falls (98.1%), no chronic diseases (75%), and had caregivers in their families (51.9%).The experimental group exhibited regular fall prevention behaviors such as using handrails or walking sticks when walking on sloping or uneven surfaces or in the bathroom. They organized household items neatly to avoid obstructing walking paths and ensured adequate lighting, especially in stairwells and bathrooms. The average score for fall prevention behaviors was good, at 2.61, with a standard deviation of 0.36 before receiving the falls prevention program for the elderly. After receiving the program, the average score increased to 2.80, with a standard deviation of 2.20. The average score for fall prevention behaviors significantly increased by 0.19 points (95% CI = 2.19 to 4.87), with a statistically significant difference at the 0.05 level (p-value < 0.001). Furthermore, the average satisfaction score after receiving the falls prevention program for the elderly in Chun-Chom sub-district, Chun-Chom district, Maha Sarakham province, was very high in the experimental group, with a mean score of 4.73 and a standard deviation of 0.14.

**Keywords:** Elderly fall prevention program

**บทนำ**

ประชากรโลกได้เปลี่ยนผ่านสู่ประชากรสูงวัย กลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว เช่น ประเทศสมาชิกในยุโรป อเมริกาเหนือ ได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้ว ในขณะที่บางประเทศในเอเชีย เช่น ญี่ปุ่นได้เข้าสู่สังคมสูงวัยระดับเต็มที่แล้วเช่นกัน ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มสังคมสูงวัยของกลุ่มประเทศอาเซียนเป็นอันดับที่ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของไทยที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมาทำให้ประเทศเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงวัยตั้งแต่ประมาณปี 2543-2544 คือ มีประชากรอายุ 60 ปี คิดเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด นอกจากสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นแล้ว ยังมีอีกตัวบ่งชี้ หนึ่งที่แสดงถึงการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยแล้ว นั่นคือ “ดัชนีการสูงวัย” (Aging index) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้ประชากรวัยเด็กลดลงอย่างรวดเร็วจนนำมาสู่การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรสูงอายุซึ่งมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ปี 2558-2573 จะเห็นว่าภาพรวมประเทศไทยอยู่ในสถานการณ์ “สังคมสูงวัย” (aged society) และในอีก 10 ปี ข้างหน้าจะเริ่มเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (completed aged society) ประชากรสูงอายุในอาเซียน ในปี 2021 อาเซียนจะมีประชากรรวมทั้งหมด 671 ล้านคนอาเซียนเป็นสังคมสูงอายุแล้วคือ มีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 11 ของประชากรทั้งหมด“ผู้สูงอายุวัยปลาย” ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากก 7.6 ล้านคน ในปี 2020 เป็น 8.6 ล้านคน ในปี 2021 ซึ่งเท่ากับเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 13 ในปี 2021 ประเทศสมาชิกอาเซียน 7 ประเทศ เป็นสังคมสูงอายุแล้ว คือมีอัตราผู้สูงอายุ เกินร้อยละ 10 ได้แก่ สิงคโปร์ (ร้อยละ 22) ไทย (ร้อยละ 19) เวียดนาม (ร้อยละ 13) มาเลเซีย (ร้อยละ 11) อินโดนีเซีย เมียนมา และบรูไน (ร้อยละ 10) [1]

ประชากรสูงอายุในไทย ในปี 2564 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.7 ล้านคน ประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างเร็ว ในปี 2564 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมดประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่าง

สมบูรณ์” ภายในปี 2565 นี้ ในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรรวมของประเทศไทยจะเพิ่มช้าลง อัตราเพิ่มประชากรจะลดต่ำลงจนถึงขั้นติดลบ แต่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประชากรยิ่งมีอายุสูงยิ่งเพิ่มขึ้นเร็ว ในขณะที่ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี ผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มด้วยอัตรา ถึงร้อยละ 7 ต่อปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.),2565) ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ในขณะที่แนวโน้มผู้สูงอายุอยู่คนเดียวหรืออยู่ลำพังกับคู่สมรสเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีผลต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อายุยิ่งสูงยิ่งเจ็บป่วย โดยเฉพาะเจ็บป่วยด้วยโรคไร้เชื้อ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือไขมันในเลือดสูง ซึ่งโรคเหล่านี้ล้วนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ทำให้มีภาวการณ์พึ่งพา ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและระยะยาว

จังหวัดมหาสารคาม มีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป แบ่งเป็น เพศชาย จำนวน 57,953 คน เพศหญิง 72,220 คน รวมประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 130,173 คน จากรายงานสถานการณ์และแนวโน้มสังคมผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2556-2573 พบว่า จังหวัดมหาสารคาม มีดัชนีสูงวัย ในปี พ.ศ. 2558, 2563, 2568 และ พ.ศ. 2573 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 97.92 ,131.15 ,165.54 และ 190.92 ตามลำดับ ซึ่งกล่าวได้ว่าจังหวัดมหาสารคาม เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 โดยมีดัชนีสูงวัย อยู่ในช่วงร้อยละ 120-199.9[1] ปัญหาสุขภาพที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและอาจนำไปสู่ความพิการได้คือการพลัดตกหกล้ม ซึ่งการพลัดตกหกล้มนี้อาจเกิดได้หลายสาเหตุ ทั้งจากสภาพร่างกายของผู้สูงอายุเอง ศักยภาพในการควบคุมการเคลื่อนไหวที่ถดถอยตามอายุและสภาพแวดล้อมทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน การล้มเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการบาดเจ็บและการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้สูงวัย และคิดเป็นร้อยละ 20-40 ของสาเหตุการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลในกลุ่มคนที่ มีอายุ 65 ปีขึ้นไป คนกลุ่มนี้ล้มอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการล้มในผู้สูงวัยส่วนมาก ไม่รุนแรง อย่างไรก็ตาม พบว่าร้อยละ 20-30 ของการล้มเป็น สาเหตุการบาดเจ็บที่รุนแรง เช่น กระดูกหัก หรือการบาดเจ็บของศีรษะและสมอง และยังส่งผลต่อเนื่องทำให้เกิดความบกพร่องด้านการทรงตัวและการเคลื่อนไหว ซึ่งทำให้ระดับการทำกิจกรรมและความสามารถในการใช้ชีวิตโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นลดลง อีกทั้งยังเสียความมั่นใจในการเดินหรือทำกิจกรรมเนื่องจากกลัวล้ม นอกจากนี้พบว่าการล้มเป็นสาเหตุหลักของอาการกระดูกหักในผู้สูงวัย โดยเฉพาะกระดูกสะโพก และยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงวัยต้องย้ายจากบ้าน และชุมชนไปอยู่ในสถานพักฟื้นคนชราการจัดการปัญหาการล้มในผู้สูงวัยที่ดีที่สุด คือ การตรวจประเมินเพื่อจัดการความเสี่ยง และการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันการล้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคต การพลัดตกหกล้มเป็นการล้มลง การทรุดตัวลง เนื่องจากการเสียสมดุลในการทรงตัว[2] ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งการพลัดตกหกล้มหากเกิดขึ้นจะส่งผล กระทบต่อผู้สูงอายุในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผลกระทบจากการได้รับบาดเจ็บทำให้สูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะมีผลกระทบด้านจิตใจตามมา โดยในผู้สูงอายุที่มีการพลัดตกหกล้มจะรู้สึกขาดความเชื่อมั่นและไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ เรียกว่าความกลัวการพลัดตกหกล้ม (fear of falling) พบร้อยละ 33 หลังการพลัดตกหกล้ม ทำให้สูญเสียการรับรู้ ความสามารถของตนเอง (self efficacy) หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน และ สูญเสียความมั่นใจในการดำรงชีวิต ถือว่าเป็นภาวะคุกคามทางด้านจิตใจ ในระยะยาวอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้เอง การเข้าสังคมจะลดลง จนเกิดการแยกตัว ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล เครียด และมีภาวะซึมเศร้าตามมาได้ การพยากรณ์

การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุของกรมควบคุมโรค จากการวิเคราะห์ข้อมูลมรณบัตร พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุสูงกว่าทุกกลุ่มอายุกว่า 3 เท่า และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ได้เพิ่มขึ้นกว่า 3 เท่า ขณะที่กลุ่มอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี เพิ่มขึ้น 2 เท่าในช่วงระยะเวลา 8 ปี โดยเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มสูงกว่าเพศหญิง 3 เท่า ทั้งนี้ ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มสูงกว่าเพศชายกว่า 1.6 เท่า และจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ยังพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีการพลัดตกหกล้มสูงกว่าเพศชาย 1.5 เท่า โดยเพศหญิง ร้อยละ 55 หกล้มในบ้านและบริเวณบ้าน ขณะที่เพศชายส่วนใหญ่ร้อยละ 60 หกล้มบริเวณนอกบ้าน ขณะเดินทางและในสถานที่ทำงาน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 60 ลื่น สะดุด หรือก้าวพลาด บนพื้นระดับเดียวกัน และมีเพียงร้อยละ 5 ที่ตกหรือล้มจากขั้นบันได จากการคาดการณ์ในภาพรวมของประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 จะมีผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) พลัดตกหกล้ม จำนวน 3,030,900-4,714,800 คน และระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564 มีผู้สูงอายุพลัดตกหกล้ม ปีละประมาณ 3,030,900-5,506,000 คน ซึ่งในจำนวนนี้จะมีผู้เสียชีวิต จำนวน 5,700-10,400 คนต่อปี จากผลกระทบของการหกล้มที่กล่าวถึงข้างต้นจึงกล่าวได้ว่าการป้องกันการหกล้มเป็นวิธีการที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุอย่างมาก ซึ่งการป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุนั้นต้องสามารถลดอัตราการเกิดการหกล้มและลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการหกล้มได้[1]

PRECEDE Framework (Green & Kreuter, 1999) เป็นกระบวนการวิเคราะห์ปัจจัยภายในตัวบุคคล และภายนอกตัวบุคคล ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน PRECEDE Framework เป็นคำย่อ มาจากPredisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation เป็นกระบวนการวิเคราะห์ เพื่อการวางแผนการดำเนินงานสุขศึกษา มีแนวคิดว่าพฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย กำหนดกลวิธีในการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับโดยเริ่มจากผลผลิตที่ต้องการหรืออีกนัยหนึ่ง คือ คุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์แล้วพิจารณาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งขั้นตอนที่ 4 เป็นการวิเคราะห์ศึกษาเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ ความเชื่อ ส่วนปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สิ่งอำนวยความสะดวก สิ่งแวดล้อมต่างๆและปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นกระบวนการใช้ปัจจัยหลักมาใช้ในการวินิจฉัยและประเมินผลการดำเนินงานสุขศึกษา เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ กรอบแนวคิด PRECEDE Framework มาใช้ พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่จัดขึ้นทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไปในทางที่ดีขึ้น ดังนั้นโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุจึงมีความสิ่งสำคัญเพื่อเป็นแนวทางการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม[3]

อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม มีประชากรทั้งหมด 16,857 คน และมีประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่จริง จำนวน 4,212 คน (ร้อยละ 25) ซึ่งเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) กล่าวคือประชากร

สูงอายุมากกว่า ร้อยละ 20 จากการคัดกรองผู้สูงอายุ 10 เรื่อง ปีงบประมาณ 2566 มีผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองด้านการเคลื่อนไหว 3,715 คน และพบผู้สูงอายุที่พบความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม 572 คน คิดเป็นร้อยละ 18.19 และเมื่อเปรียบเทียบกับภาพรวมของจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งพบผู้สูงอายุเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม คิดเป็นร้อยละ 9.79 จะเห็นได้ว่าอำเภอชื่นชมมีอัตราผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าในระดับจังหวัด ซึ่งอาจแสดงว่าประชากรผู้สูงอายุอำเภอชื่นชมมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการหกล้ม ในขณะเดียวกันจากรายงานสถิติการหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลชื่นชมที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ย้อนหลัง 3 ปี (2564-2566) พบว่า ผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บจากการหกล้มมารับการรักษาในโรงพยาบาลชื่นชม คิดเป็นร้อยละ 18.18, 19.26, 33.04 ตามลำดับ จากรายงานดังกล่าวจะเห็นได้ว่าตัวเลขมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งหากมีการหกล้มเกิดขึ้นผลกระทบจากการหกล้มของผู้สูงอายุอาจ มีความรุนแรงและถือว่าเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขดังที่กล่าวไว้ข้างต้น ซึ่งส่งผลในระยะยาวต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และอาจนำไปสู่การชีวิตเสียชีวิตได้[3]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาการหกล้มของผู้สูงอายุ เพราะเมื่อผู้สูงอายุหกล้มจะมีความรุนแรงส่งผลกระทบทั้งทางด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ รวมถึงส่งผลต่อครอบครัวของผู้สูงอายุเอง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมป้องกันการหกล้ม เนื่องจากที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ในอำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของทฤษฎี PRECEDE Framework เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามศักยภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม

**วัตถุประสงค์เฉพาะ**

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการใช้โปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม

**สมมติฐานการวิจัย**

คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้ม

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นผู้ที่มีสุขภาพดี (Healthy ageing) สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามศักยภาพ มีทักษะป้องกันการหกล้มได้อย่างพอเพียง

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ที่สนใจสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายวางแผนการดำเนินงานของโปรแกรมในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการในการลดความเสี่ยงจากปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest Posttest Design)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-69 ปี ทั้งชายและหญิง ที่อาศัยในพื้นที่ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 526 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุมีอายุตั้งแต่ 60-69 ปี ทั้งชายและหญิง ที่อาศัยในพื้นที่ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 52 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยสุ่มหมู่บ้านในเขตตำบลชื่นชมจากทั้งหมด จำนวน 11 หมู่บ้าน สุ่มมา 1 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านหนองหว้า หมู่ที่ 3 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60-69 ปี ทั้งหมด 60 คน จากนั้นใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน (Keicie & Morgan,1970) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 52 คน โดยพิจารณาเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่

1. ผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60-69 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
2. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม
3. สามารถฟัง พูด สื่อสารได้
4. สามารถลุกนั่งได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์หรือบุคคลช่วย
5. สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ทุกครั้ง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่

1. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ทุกครั้ง
2. มีปัญหาสุขภาพรุนแรงในช่วงระยะเวลาที่มีการดำเนินกิจกรรมจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้
3. ไม่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมต่อไปจนจบสิ้นการทดลอง

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติหกล้ม โรคประจำตัว ผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 9 ข้อ เป็นคำถามทั้งแบบปิด (Close End) แบบให้เลือกคำตอบและแบบเปิด (Open End) โดยการเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ส่งต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิดที่ให้ผู้ประเมินตอบว่า “ใช่”และ“ไม่ใช่” ทั้งหมด 20 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ ความเชื่อ ต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ

2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ช่วยเหลือ จำนวน 5 ข้อ

3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 5 ข้อ

ข้อคำถามเป็นข้อความทางบวก ให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว ลักษณะคำตอบ เป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ

| ระดับ | คะแนน | ความหมาย |
|---|---|---|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง | 5 | ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดของตนเองมากที่สุด |
| เห็นด้วย | 4 | ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดของตนเอง |
| ไม่แน่ใจ | 3 | ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดของตนเองทั้งเห็นด้วยและไม่เห็นด้วย |

| | | |
|---|---|---|
| ไม่เห็นด้วย | 2 | ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดของตนเอง |
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | 1 | ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดของตนเองมากที่สุด |

การแปลผลคะแนนรายด้านและโดยรวมใช้ค่าเฉลี่ยรายข้อ โดยจัดลำดับคะแนน นำคะแนนที่ได้มากำหนดเป็นอันตรภาคชั้น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การคำนวณการแบ่งระดับคะแนนของเบส (Best, 1977) ดังนี้

| คะแนนรายด้าน | คะแนน | ระดับ |
|---|---|---|
| ค่าคะแนน | 18.34 – 25.00 | สูง |
| ค่าคะแนน | 11.67 – 18.33 | ปานกลาง |
| ค่าคะแนน | 5.00 – 11.66 | ต่ำ |

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม อันตรายผลกระทบ ความรุนแรงจากการหกล้ม ประโยชน์ อุปสรรคของการมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นท่านกระทำสม่ำเสมอหรือทุกวัน

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึงข้อความในประโยคนั้นท่านกระทำนานๆครั้งหรือน้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึงข้อความในประโยคนั้นท่านไม่เคยกระทำเลยหรือจำไม่ได้

โดยเป็นข้อคำถามทางบวก เกณฑ์การให้คะแนนแบบสัมภาษณ์แต่ละข้อพิจารณา ดังนี้

| การปฏิบัติ | คะแนน |
|---|---|
| ปฏิบัติทุกครั้ง | 3 |
| ปฏิบัติบางครั้ง | 2 |
| ไม่ปฏิบัติเลย | 1 |

การแปลผลพิจารณาตามเกณฑ์ โดยใช้เกณฑ์ของ (Bloom, 1975) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

| ค่าเฉลี่ย | ความหมาย |
|---|---|
| 1.00 -1.66 | มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับต้องปรับปรุง |
| 1.67-2.34 | มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับพอใช้ |
| 2.35-3.00 | มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับดี |

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 โปรแกรมจัดโปรแกรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยจัดโปรแกรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 40 นาทีรวมทั้งสิ้น 3 สัปดาห์[4] ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นในผู้สูงอายุ การตรวจประเมินการทรงตัวและความเสี่ยงในการหกล้ม โดยใช้แบบบันทึกการคัดกรอง ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 1 ชั่วโมง ได้แก่

1. การทดสอบสมดุลร่างกายด้วยการยืน บนขาข้างเดียว (Single Leg Stance) โดยการเลือกสถานที่ทดสอบที่มีความเหมาะสม พื้นราบ โล่ง ไม่มีสิ่งกีดขวาง ผู้ประเมินคอยสังเกตอยู่ข้างๆคอยประคองเมื่อผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือ

วิธีทดสอบ ให้ผู้สูงวัยยืนตรง มือเท้าเอวยกขาข้างหนึ่ง ขึ้นจากพื้น และพยายามยืนบนขาข้างเดียวให้ได้เป็นเวลา 10 วินาที

| คะแนน | การปฏิบัติตัว |
|---|---|
| 4 | สามารถยกขาข้างหนึ่งขึ้นจากพื้นได้ด้วยตนเอง และยืนบนขาข้างเดียวได้นานเกินกว่า 10 วินาที |
| 3 | สามารถยกขาข้างหนึ่งขึ้นจากพื้นได้ด้วยตนเอง และยืนบนขาข้างเดียวได้นาน 5-10 วินาที |
| 2 | สามารถยกขาข้างหนึ่งขึ้นจากพื้นได้ด้วยตนเอง และยืนบนขาข้างเดียวได้นาน 3-5 วินาที |
| 1 | พยายามยกขาข้างหนึ่งขึ้นจากพื้นด้วยตนเอง แต่ยืนบนขาข้างเดียวด้วยตนเองโดยที่ไม่มีเครื่องช่วยได้ไม่ถึง 3 วินาที |

0 ไม่สามารถยืนขาเดียวได้ หรือต้องช่วยประคองเพื่อป้องกันการล้ม

การแปลผล หากยืนได้น้อยกว่า 5 วินาที แปลว่ามีความเสี่ยงต่อการล้ม และหากพบว่ามีความผิดปกติในการทดสอบข้างใดข้างหนึ่ง ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการล้มเช่นกัน

2. กิจกรรมการทดสอบสมดุลร่างกายด้วยวิธีเอื้อมมือ (Functional Reach Test)

วิธีทดสอบ

1. ติดสายวัดที่ผนัง โดยให้อยู่สูงจากพื้น 1.5 เมตร ทั้งนี้สามารถปรับความสูงได้ตามความสูงของผู้สูงวัย โดยให้สายวัดอยู่ในระดับไหล่ของผู้เข้ารับการทดสอบ

2. ท่าเตรียม

(1) ผู้สูงวัยยืนตรง เท้าแยกไม่เกินความกว้างของไหล่ จากนั้นหันไหล่ด้านที่ถนัดเข้าหาผนังโดยให้มีระยะห่างเล็กน้อยไม่ให้สัมผัสผนัง

(2) ยกแขนข้างถนัดขึ้นทางด้านหน้าลำตัวสูงระดับไหล่ หรือทำมุม 90 องศา

(3) บันทึกค่าเริ่มต้นที่ตำแหน่งปลายนิ้วยื่นไปได้

3. ให้ผู้สูงวัยพยายามเอื้อมมือไปด้านหน้าให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยไม่หมุนตัว
หรือขยับเท้า

4. บันทึกระยะห่างจากจุดเริ่มต้นมากที่สุดที่ปลายนิ้วยื่นไปได้
การแปลผล หากเอื้อมมือได้ระยะทางน้อยกว่า 6 นิ้ว หรือ 15 เซนติเมตร แปลว่ามีความเสี่ยงต่อการล้ม

3. กิจกรรมการทดสอบสมดุลร่างกายด้วยการนั่ง ลุก ยืน เดิน (Timed Up and Go Test: TUG) โดยให้ผู้สูงอายุ นั่ง ลุก ยืน เดิน ค่อยๆทำไปช้าๆ ผู้ประเมินคอยสังเกตอยู่ข้างๆ เมื่อผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือ และไม่รบกวนการทดสอบ

วิธีทดสอบ

1. วางวัตถุสำหรับเดินอ้อมไว้ทางด้านหน้าของเก้าอี้ ห่างจากเก้าอี้ 3 เมตร

2. ให้ผู้สูงวัยนั่งที่เก้าอี้ เท้าทั้งสองวางบนพื้น จากนั้นให้ลุกขึ้น โดยพยายามไม่ใช้มือพยุง แล้วออกเดินไปข้างหน้าเป็นระยะทาง 3 เมตร อ้อมวัตถุที่วางไว้แล้วเดินวกกลับมานั่งเก้าอี้ตัวเดิมอีกครั้ง โดยให้ผู้สูงวัยเดินด้วยความเร็วที่มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

3. ผู้ตรวจประเมินจับเวลาที่ใช้ในการเดินตั้งแต่เริ่มลุกขึ้นยืน จนกระทั่งกลับมานั่งเก้าอี้อีกครั้ง

4. ระหว่างการทดสอบ ผู้ตรวจประเมินเดินตามไปข้างๆ เพื่อป้องกันอันตรายจากการล้ม (โดยไม่รบกวนจังหวะการเดิน) หากผู้สูงวัยใช้เครื่องมือช่วยเดิน ให้ทำการบันทึกชนิดของเครื่องช่วยนั้นไว้ด้วย
การแปลผล หากใช้เวลาเดินมากกว่า 20 วินาที แปลว่า มีความเสี่ยงต่อการล้ม

ครั้งที่ 2 กิจกรรมการสร้างการรับรู้เรื่องการหกล้ม บทบาทของครอบครัวและสารสนเทศเพื่อการป้องกันการหกล้ม โดยการอภิปรายให้ความรู้ แนะนำและสาธิตการใช้สารสนเทศรูปแบบต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์เพื่อป้องกันการหกล้ม ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 1 ชั่วโมง

ครั้งที่ 3 การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านสู่พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการอภิปรายให้ความรู้ แนะนำการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน (คู่มือการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอาย กรมอนามัย ,2558) ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 1 ชั่วโมง โดยให้ผู้สูงอายุทำบันทึกการประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมสำรับที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย,2564) จำนวน 6 ข้อ โดยให้ใส่เครื่องหมาย √ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับลักษณะบ้านของท่าน

การประเมินผล

คำตอบ “ไม่ใช่/ไม่มี” มากกว่า 1 ข้อขึ้นไป มีความเสี่ยง ท่านควรปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

ครั้งที่ 4 กิจกรรมการเสริมสร้างทักษะการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการอภิปรายให้ความรู้ สาธิตการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้ม และให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 1 ชั่วโมง

ครั้งที่ 5 การส่งเสริมการใช้ไม้เท้าพยุงกายและอุปกรณ์ช่วยเดิน โดยการอภิปรายให้ความรู้ สอนสาธิตการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยเดินโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 1 ชั่วโมง

หมายเหตุ การป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นขณะใช้โปรแกรม โดยตลอดการทำการทดลอง ทั้ง 3 กิจกรรมจะมีผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยดูแลให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลา รวมทั้งมีการจัดสถานที่ให้มีความปลอดภัย เหมาะสม ต่อการทำกิจกรรม มีจุดปฐมพยาบาลและหากผู้สูงอายุมีอาการไม่พึงประสงค์หรือมีความผิดปกติเกิดขึ้นทางผู้วิจัยจะทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและรีบนำส่งโรงพยาบาลหากอาการไม่ดีขึ้น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจ ต่อโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาความพึงพอใจต่อโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนไว้ 5 ระดับ ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก

4 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจดี

3 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย

1 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนค่าเฉลี่ย แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ตามแนวทางของ Likert ได้กำหนดเกณฑ์ประเมินไว้ (Likert, 1967) ดังนี้

| ค่าเฉลี่ย | หมายถึง |
|---|---|
| 3.67 – 5.00 | ระดับความพึงพอใจระดับดีมาก |
| 2.34 – 3.66 | ระดับความพึงพอใจระดับปานกลาง |
| 1.00 – 2.33 | ระดับความพึงพอใจระดับน้อย |

3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.3.1. ความตรงของเครื่องมือ (Content Validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความ เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องและขอบเขต เนื้อหา ความรัดกุมในการใช้ภาษา การตีความหมายของข้อความ รวมทั้งข้อแนะนำและข้อเสนอแนะ กำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 3 ระดับ โดยแต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้

| | | |
|---|---|---|
| 1 | หมายถึง | เห็นด้วย |
| -1 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วย |
| 0 | หมายถึง | ไม่แน่ใจ |

ผลการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิได้เท่ากับ 0.68 โดยคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยวิธี Item Objective Conguence Index ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ ยอมรับได้คือ เท่ากับหรือมากกว่า .05 ขึ้นไป(สมนึก ภัทธิยธนี, 2544)

$$IOC = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนผู้เชี่ยวชาญ}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด}}$$

3.3.2 ความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการปรับปรุงจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลอง (Try Out) ใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่คนละช่วงเวลา จำนวน 30 ราย ที่รพ.สต.บ้านโคกกลาง ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปหาความเที่ยง (Reliability) โดยส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องนำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้ การคำนวณของคูเดอร ริชารดสัน (Kuder-Richardson) แบบ KR-20 สวนของพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ นำมาวิเคราะห์หาคาความเที่ยง ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยความเที่ยงของเครื่องมือที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป (Cronbach, 1970) ผลการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ได้เท่ากับ 0.8

**จริยธรรมในการวิจัย**

ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย โครงการวิจัยเลขที่ CASHE6610 รับรอง ณ วันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ.2567

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistis) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired Sample t-test ค่าความเชื่อมั่น 95%

**ผลการวิเคราะห์ข้อมูล**

1.ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองโดยส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.3) อายุ 67 ปี (ร้อยละ 19.2) ส่วนมากมีสถานะภาพสมรส/คู่ (ร้อยละ 78.8) รองลงมาคือสถานะภาพหม้าย (ร้อยละ 21.2) มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 88.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 80.8 มีรายได้แต่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 50 มีรายได้และเพียงพอ ร้อยละ 34.6 ช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีประวัติการหกล้ม ร้อยละ 98.1 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75 มีผู้ดูแลในครอบครัว ร้อยละ 51.9 รองลงมา คือ ไม่มีผู้ดูแล (ร้อยละ 48.1)

2. พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม เท่ากับ 2.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.36 หลังได้รับได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ค่าคะแนน เฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม เท่ากับ 2.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.20 อีกทั้งยังพบอีกว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม ค่าคะแนนเฉลี่ย 0.19 คะแนน (95%CI=2.19 ถึง 4.87) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001)

3. ระดับความพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความความพึงพอใจ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านวิทยากร 2) ด้านสถานที่ 3) ด้านความรู้ความเข้าใจ 4) ด้านการนำความรู้ไปใช้ อยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ยที่ 4.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.14

**สรุปและอภิปรายผล**

1. ลักษณะทางประชากร

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.3) ซึ่งเป็นส่วนใหญ่

ของผู้สูงอายุในชุมชนนี้ สอดคล้องกับโครงสร้างประชากรของผู้สูงอายุไทย ส่วนหนึ่งเป็นผลจากผู้สูงอายุหญิงอายุยืนกว่าผู้ชาย จากการที่คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น ในขณะที่จำนวนเด็กเกิดใหม่ลดลง ส่งผลให้ประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลงไปด้วย ส่วนมากมีสถานะภาพสมรส/คู่ (ร้อยละ 78.8) ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 88.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 80.8 มีรายได้แต่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการหกล้ม ร้อยละ 98. ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75 มีผู้ดูแลในครอบครัว ร้อยละ 51.9 รองลงมา คือ ไม่มีผู้ดูแล (ร้อยละ 48.1) โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไปนี้ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องด้วยแบบแผนของสังคมไทยที่ครอบครัวนั้นมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ แต่ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้แบบแผนการอยู่อาศัยร่วมกันในครอบครัวของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป

2. พฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

จากสมมติฐานที่ตั้งไว้ ข้อที่ 1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุภายหลังได้รับโปรแกรมป้องกันการหกล้มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้ม

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลอง ในภาพรวมพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 2.61, SD =0.36) หลังการทดลองในภาพรวมพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีเช่นกัน ($\bar{x}$ = 2.80, SD =0.20) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างหลังการทดลองและก่อนการทดลอง มีค่าเท่ากับ 0.19 95%CI =2.19-4.87 P-value ‹ 0.001 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับ การศึกษาความเสี่ยงความกลัวการหกล้มและแนวทางการจัดการป้องกันการพลัดตกหกล้มผู้ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ[5]

**ข้อเสนอแนะ**

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแผนนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการหกล้มให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจะประสบผลสำเร็จได้นั้น ต้องให้ครอบครัวและญาติมีความรู้ที่ถูกต้องในการป้องกันการหกล้มควบคู่กันไปด้วย เพื่อให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหา นำไปสู่ความร่วมมือในการดำเนินการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุต่อไป

3. ควรมีกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยจัดกลุ่มเจ้าหน้าที่คอยดูแลให้คำแนะนำเปิดโอกาสให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ที่เคยหกล้มและปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ดีอยู่แล้วเป็นตัวอย่าง

4. ควรมีการให้คำแนะนำให้ผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้าน เพื่อป้องกันการหกล้มที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุนั้น ควรให้ครอบครัวและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในขณะที่อยู่บ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่แท้จริง ทำให้ผลการวิจัยมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

2. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการทำวิจัยเชิงเปรียบเทียบสองกลุ่มในการศึกษา คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของ 2 กลุ่ม

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557). สถานการณ์และแนวโน้มสังคมผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556-2573.(พิมพ์ครั้งที่ 1).กรุงเทพฯ:ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
2. ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542.กรุงเทพฯ:นานมีบุ๊คส์ พับลิเคชั่น.
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2564.(พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ:บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
4. อารีรัตน์ สุพุทธิธาดา,รัมภา บุญสินสุข,และ ไพลวรรณ สัทธานนท์. (2559). คู่มือการดูแลผู้สูงวัย: เดินดี ไม่มีล้ม.(พิมพ์ครั้งที่ 1).นนทบุรี:สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
5. สุรินทร์รัตน์ บัวเร่งเทียนทอง,อรทัย ยินดี. (2564). การศึกษาความเสี่ยงความกลัวการหกล้มและแนวทางการจัดการป้องกันการพลัดตกหกล้มผู้ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ.วชิรสารการพยาบาล, ปีที่ 23 (ฉบับที่ 2),30-43.

# การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

# The Development of Health Literacy and Colorectal Cancer Prevention of Village Health Volunteers at Phralap Subdistrict, Mueang District, Khon Kaen Province.

(Received: April 26,2024 ; Revised: April 28,2024 ; Accepted: April 30,2024)

**ศิริโสภา ภูสีน้ำ[1] วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา[2] นฤมล สินสุพรรณ[2]**
**Sirisopha Phooseenam[1] Veena Isarankura Na Ayudhya[2] Narumon Sinsupan[2]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Planning) 2) ลงมือปฏิบัติตามแผน (Action) 3) สังเกตการณ์ (Observation) 4) สะท้อนกลับ (Reflection) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังการพัฒนาในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 44 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่ เดือนกันยายน 2566 ถึง มกราคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ 1) แบบสอบถาม 2) คู่มือ สื่อการสอนและการสาธิต 3) ใช้การสังเกตและสอบถาม 4) การติดตามการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลจากการประเมินจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินด้านความรอบรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงก่อนและหลังการอบรมพัฒนา แบบประเมินด้านทักษะการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงก่อนและหลังการอบรมพัฒนา และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนาใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัยพบว่าการพัฒนาความรอบรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง และทักษะการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่าหลังการพัฒนามีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนา และเมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 (P-Value < .001) และผลการประเมินด้านความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมอบรมพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

**คำสำคัญ :** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

**ABSTRACT**

This research is action research based on the concept of Kemmis and Mc. Taggart consisting of: The four stages are 1) Planning, 2) Implementing the Plan (Action) 3) Observe (Observation) 4) Reflection. The objective is to develop knowledge in the areas of health and colorectal cancer prevention among health volunteers in the community before and after development in the health volunteer team of Phra Lap Sub-district, Mueang District, Khon Kaen Province. The sample includes 44 specifically targeted individuals, selected as a focused sample group. The study duration spans from September 2023 to January 2024. The research tools include 1) Questionnaires, 2) Manuals for teaching and demonstration, 3) Observation and inquiry, and 4) Monitoring the sample group's activities post-development. Data analysis involves evaluating information from general data questionnaires, knowledge assessment before and after colorectal cancer training, skills assessment for promoting health knowledge on colorectal cancer prevention before and after training, and satisfaction assessment. Data analysis uses mean values, percentages, standard deviations, and a Paired t-test for statistical significance at a 0.05 level.

[1] สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย
[2] รองศาสตราจารย์

The research results indicate that the development of knowledge regarding colorectal cancer and the skills to promote health knowledge on colorectal cancer prevention among health volunteers in Phra Lap Sub-district, Mueang District, Khon Kaen Province, yielded higher average scores after the development compared to before. When testing the difference in average scores, there was a statistically significant difference at a confidence level 0.05 (P-Value < .001). Additionally, the satisfaction assessment of the sample group participating in the development training revealed the highest level of satisfaction.

**Keyword :** Health literacy, Preventing colorectal cancer, Village health volunteers

**บทนำ**

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงจัดเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิต โดยในปี พ.ศ. 2561 ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก มีผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงรายใหม่มากกว่าหนึ่งล้านเจ็ดแสนคน หรือประมาณร้อยละ 10.20 จากสถิติพบว่าในปี พ.ศ. 2559 สหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และตรงจัดเป็นลำดับที่ 4 ของประเทศ โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และตรง 134,490 คนต่อปี และในปีเดียวกันพบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตถึง 49,190 ราย จากมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง[1] สำหรับในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ 139,206 คนต่อปี และในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต 84,073 คนต่อปี โดยโรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกในประเทศไทย ได้แก่ 1) มะเร็งตับและท่อน้ำดี 2) มะเร็งเต้านม 3) มะเร็งปอด 4) มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง และ 5) มะเร็งปากมดลูก[2] ซึ่งโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และตรงที่พบเป็นอันดับ 4 ในประเทศไทยนั้นพบในเพศชาย ร้อยละ 10.90 และเพศหญิง ร้อยละ 9.50 โดยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคมากเป็นอันดับ 3 ในเพศชายพบ 18.7 คน ต่อชายไทยแสนคน และในเพศหญิง พบ 13.3 คนต่อหญิงไทยแสนคน ในปี พ.ศ.2560 และที่จังหวัดขอนแก่นในปีเดียวกัน พบอันดับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และตรงรายใหม่ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 389 คน คิดเป็นร้อยละ 14.1[3] โดยมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในเพศชาย พบอุบัติการณ์การเกิดโรคมากเป็นอันดับ 3 จำนวน 195 คน และเพศหญิงพบมากเป็นอันดับที่ 5 จำนวน 171 คน ผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่เริ่มต้น บางคนปฏิเสธที่จะเข้ารับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมหลังจากตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (fit test) พบผลเป็นบวก ทำให้ได้รับการรักษาโรคล่าช้า โรคมะเร็งจึงลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียง อันเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต นอกจากนั้นยังพบว่ามักมีประวัติญาติสายตรงป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง และมีพฤติกรรมรับประทานเนื้อและอาหารปิ้งย่างเป็นประจำ[4] จากการศึกษาของบัลลังก์ มุ้ยเผือก[5] พบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง เป็นมะเร็งที่มีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ อายุมาก มีญาติ พี่น้องเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือเป็นมะเร็งที่เกี่ยวข้อง เช่น มะเร็งรังไข่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งกระเพาะอาหาร อาการและอาการแสดง คือ การขับถ่ายอุจาระผิดปกติ มีมูกเลือดในอุจาระ บางรายมีอาการลำไส้อุดตันเฉียบพลัน ลำไส้แตกทะลุจากมะเร็ง และจากการศึกษาของ วรุตม์ โล่ห์ศิริวัฒน์[6] พบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง พบมากในผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป แต่ก็สามารถเกิดได้กับทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะพบในผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง จะมีโอกาสเสี่ยงมากกว่าคนทั่วไป ซึ่งบุคคลในครอบครัวนั้นเป็นญาติสายตรงลำดับแรก ได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง และบุตร

ในเขตตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กำหนดเป้าหมาย อายุ 50-70 ปี เพื่อเข้ารับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (fit test) ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 2,645 คน มีผู้เข้ารับการตรวจเพียง 124 คน ร้อยละคัดกรอง 4.69 และในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 2,821 คน มีผู้เข้ารับการตรวจเพียง 21 คน ร้อยละคัดกรอง 0.74[3]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ[12] ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลและเป็นการธำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) เป็นความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ รู้วิธีการค้นหา และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่ง 2) ทักษะความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) เป็นความสามารถจำเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพและวิเคราะห์แนวทางปฏิบัติได้ 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) คือ สามารถสื่อสารข้อมูลสุขภาพให้ผู้อื่นเข้าใจและยอมรับได้ 4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) เป็นการใช้เหตุผลวิเคราะห์ผลดีและผลเสีย เพื่อการปฏิบัติหรือหลีกเลี่ยงการปฏิบัติด้านสุขภาพ 5) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) คือ สามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผน การปฏิบัติตนได้และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) เป็นความสามารถตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอได้[7]

ประเทศไทยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุข และมีบทบาทในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะได้รับการเสริมสร้างศักยภาพในด้านการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพในเบื้องต้นสำหรับประชาชนในท้องถิ่นซึ่งก็สอดคล้องกับการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการอบรมเพิ่มความรู้ให้ อสม. ทั่วประเทศตามหน้าที่และภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข มีหลักเกณฑ์ การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อที่ได้รับการคัดเลือกเข้ามาใหม่ จะทำการอบรม ให้ความรู้ ฝึกฝน ฝึกปฏิบัติทักษะในด้านต่าง ๆ ตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ มีความรู้ความสามารถและปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนการอบรมได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ ภายใต้หลักสูตรมาตรฐานการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม) มีทั้งส่วนของการให้ความรู้ทางทฤษฎี และการฝึกปฏิบัติให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งมีการประเมินผลการอบรมว่าสามารถพัฒนาให้ อสม. ใหม่ทุกคนมีความรู้และสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพ ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี จะได้รับการฝึกอบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุข ตามมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานตามประกาศที่คณะกรรมการกลางกำหนด การพัฒนาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และตรงจะเป็นแนวทางให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคมะเร็งเม็งลำไส้ใหญ่และตรง สามารถประชาสัมพันธ์เผยแพร่ สื่อสาร ความรู้ในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ถูกต้องให้แก่ประชาชน และเข้าถึงระบบบริการเพื่อการรักษาอย่างทันท่วงที[8]

ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงก่อนและหลังการพัฒนาระดับความรอบรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้กลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเหล่านี้นำความรู้ที่ได้รับจากการพัฒนาความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะ ประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ สื่อสารเรื่องโรคมะเร็งเม็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแก่ประชาชนในพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึง

เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพเพื่อส่งเสริม ป้องกัน และรักษาสุขภาพตนเองได้ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีคุณภาพ และก่อประโยชน์แก่สังคม

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถนำความรู้และแนวปฏิบัติการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่รับผิดชอบ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

**สมมติฐานการวิจัย**

1. หลังการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็งเม็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าด้านความรอบรู้ก่อนการพัฒนา

2. หลังการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็งเม็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น มีค่าเฉลี่ยด้านทักษะสูงกว่าก่อนการพัฒนา สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน และสามารถนำความรู้ไปเผยแพร่/ถ่ายทอด แก่ประชาชนกลลุ่มเสี่ยงได้เพิ่มขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[9] หลักการทำ PAOR Spiral Cycle ดำเนินการวิจัย เป็น 1 วงรอบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) เริ่มจากการศึกษาสถาณการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในชุมชน เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และตรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ และเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถนำความรู้และแนวปฏิบัติการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และตรงแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่รับผิดชอบ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) เป็นการนำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในการวางแผนดำเนินการให้ความรู้และแนวปฏิบัติการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และตรง แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่รับผิดชอบ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

ขั้นที่ 3 ขั้นสังเกตการ (Observation) เป็นการสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ

ขั้นที่ 4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflecting) โดยทำการประเมินผลกระบวนการแก้ปัญหาหรือปฏิบัติการณ์ของผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา รวมเป็น 1 วงรอบ เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และตรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บ้านหนองไฮโพธิ์ชัย ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 48 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บ้านหนองไฮโพธิ์ชัย ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 44 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ใช้

วิธีการเปรียบเทียบตารางสำเร็จรูปของเครจซีและมอร์แกน ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนประมาณ 44 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดการวิจัย นำมาสร้างเครื่องมือประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และประสบการณ์ทำงาน

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรอบรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำรา และการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการของโรค การคัดกรองโรค และการดูแลรักษา เป็นแบบทดสอบแบบเลือกตอบ จำนวน 15 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ช่วงคะแนน 0-15 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพด้านโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ทักษะความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) ทักษะการจัดการตนเอง และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก และการใช้สารเคมีหรือยา โดยใช้แบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 2 หมายถึง ทำได้ถูกต้อง

คะแนน 1 หมายถึง ทำได้ถูกต้องบางส่วน

คะแนน 0 หมายถึง ทำไม่ได้

โดยมีข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ ช่วงคะแนนระหว่าง 15-45 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจการเข้าร่วมกิจกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 4.51-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.41-4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 2.61-3.40 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปาน

ค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1.81-2.60 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00-1.80 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยมาก

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กำหนดจุดมุ่งหมาย เนื้อหาขอบเขตและกิจกรรมการพัฒนานำเครื่องมือมาปรับปรุงและนำใช้โดยการทดสอบเครื่องมือ ดังนี้

1. ความตรงของเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรงตามเนื้อหา (Content validity) ตรงตามเกณฑ์ (Criterion validity) และตรงตามแนวคิด (Construct validity) นำมาปรับปรุงแก้ไข ได้สอดคล้องวัตถุประสงค์ (Index of Objective Congruence: IOC) 0.91

2. การหาความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) จะพิจารณาตามเกณฑ์ 3 ประการ ได้แก่ความคงที่ (Stability) ความสอดคล้องกัน และความทัดเทียมกันของการวัด(Equivalence) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ในบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง หรือความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

5.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 การเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการวิจัยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ Paired t- test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมทางการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย จังหวัดขอนแก่น หมายเลข CASHE660012 เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัยและประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ และสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ขณะดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ขอยุติการเข้าร่วมวิจัยและถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะทำในภาพรวมไม่เปิดเผยรายบุคคล

**ผลการศึกษา**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (จำนวน 38 คน ร้อยละ 86.4) เพศชาย จำนวน 6 คน (ร้อยละ 13.6) อายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (จำนวน 18 คน ร้อยละ 40.9) รองลงมามีอายุระหว่าง 70-79 ปี (จำนวน 13 คน ร้อยละ 29.5) มีอายุระหว่าง 50-59 ปี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 25.0) มีอายุระหว่าง 40-49 ปี และอายุระหว่าง 80-89 ปี จำนวนเท่ากัน (1 คน ร้อยละ 2.3) ระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา (จำนวน 25 คน ร้อยละ 56.8) รองลงมาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (จำนวน 9 คน ร้อยละ 20.5) และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 6 คน (ร้อยละ 13.6) และน้อยที่สุดระดับปริญญาตรี (จำนวน 4 คน ร้อยละ 9.1) สถานภาพส่วนใหญ่สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน (จำนวน 40 คน ร้อยละ 90.9) รองลงมาสถานภาพหย่า/หม้าย (จำนวน 2 คน ร้อยละ 4.5) และสถานภาพโสด จำนวน 2 คน (ร้อยละ 4.5) ศาสนา ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (จำนวน 44 คน ร้อยละ 100) อาชีพปัจจุบัน ส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกร (จำนวน 25 คน ร้อยละ 56.8) รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ (จำนวน 11 คน ร้อยละ 25.0) รับจ้างทั่วไป จำนวน 5 คน (ร้อยละ 11.4) น้อยที่สุดค้าขาย (จำนวน 3 คน ร้อยละ 6.8) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 11-20 ปี (จำนวน 26 คน ร้อยละ 59.1) รองลงมามีประสบการณ์ 1-10 ปี (จำนวน 14 คน ร้อยละ 31.8) ประสบการณ์ 21-30 ปี และ 31-40 ปี จำนวนเท่ากัน (2 คน ร้อยละ 4.5)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างด้านความรอบรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงก่อนการอบรมและหลังการอบรม พบว่าด้านความรอบรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงก่อนการอบรมของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 7.86 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน (S.D. = 1.231) และหลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ย 13.32 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน (S.D. = .740) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการอบรมสูงกว่าค่าคะแนนก่อนการอบรม เมื่อทดสอบ
ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 (P-Value <.001) (ดังตารางที่ 2)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างด้านทักษะการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงก่อนการอบรมและหลังการอบรม พบว่าด้านทักษะการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงก่อนการอบรมของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 23.07 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน (S.D. = .974) และหลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ย 30.00

คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน (S.D. = .000) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการอบรมสูงกว่าค่าคะแนนก่อนการอบรม เมื่อทดสอบ
ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 (P-Value <.001) (ดังตารางที่ 3)

ส่วนที่ 4 ผลการประเมินความพึงพอใจของอาสามัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเข้าอบรม พบว่าหลังอบรม มีความพึงพอใจเกือบทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 100 ยกเว้นด้านสถานที่ความสะอาด ร่มรื่น ปลอดภัยและสวยงาม มีความพึงพอใจระดับมาก ร้อยละ 84.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 15.9 โดยมีค้าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด คือ การใช้เวลาถ่ายทอดความรู้ที่เหมาะสม (ร้อยละ 100 $\bar{x}$=4.98) รองลงมา คือ การถ่ายทอดความรู้ชัดเจนและมีเนื้อหาครบถ้วนครอบคลุมทุกกิจกรรม จำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 100 $\bar{x}$=4.95) สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน และคาดว่าสามารถนำความรู้ไปเผยแพร่/ถ่ายทอดได้ จำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 100 $\bar{x}$=4.84)

สรุปได้ว่า จากการประเมินผลการพัฒนาการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่าหลังการพัฒนามีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และทักษะสูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการอบรมพัฒนา เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 (P-Value <.001) และผลการประเมินด้านความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมอบรมมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจระดับมากที่สุด

**สรุปและอภิปรายผล**

จากการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามคำถามในการวิจัยได้ดังนี้

ผลของการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แก่ประชาชนที่ในพื้นที่รับผิดชอบ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นก่อนและหลังการพัฒนาเป็นอย่างไร

จากคำถามการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่า การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[9] ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอน ตามหลัก P-A-O-R Spiral Cycle ได้ดำเนินการวิจัยเป็น 1 วงรอบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 (Planning) ออกแบบโปรแกรม/กิจกรรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง วิเคราะห์ปัญหา สร้างโปรแกรม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จัดทำคู่มือ และสื่อต่าง ๆ เพื่อใช้ในโปรแกรม ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติการตามแผน (Action) นำโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง โดยนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ Health literacy[7] โดยประยุกต์ใช้ในโปรแกรม 6 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งลำไส้ตรง 2. ด้านความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งลำไส้ตรง 3. ด้านการสื่อสาร โดยสามารถสื่อสารให้ประชาชนที่ตนเองรับผิดชอบเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และตรงได้ถูกต้องเหมาะสม 4. ด้านการตัดสินใจ โดยสามารถวิเคราะห์ ถึงผลดี-ผลเสีย เพื่อช่วยเพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจ 5. ด้านการจัดการตนเอง สามารถดำเนินการตามเป้าหมายเพื่อนำไปปฏิบัติหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง และ 6. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ

สามารถประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ สื่อสาร ความรู้ในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง โดยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ Health literacy ได้อธิบายไว้ว่า เป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อเกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคล และเป็นการธำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 ทักษะได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ทักษะความรู้ ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) ทักษะการจัดการตนเอง และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถจำแนกออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียน ที่จำเป็นต่อความเข้าใจและปฏิบัติในชีวิตประจำวัน 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและการมีพุทธิปัญญา รวมทั้งทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 3) ระดับวิจารณญาณ ได้แก่ การใช้ทักษะความคิดทางความรอบรู้ด้านสุขภาพนี้ จะทำให้เกิดแรงจูงใจจากปัจจัยนำเข้าส่งผลให้มีการตัดสินใจเลือกที่จะหาวิถีทางในการดูแลสุขภาพของตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเอง ครอบครัว ชุมชนสุขภาพ ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในเชิงเปรียบเทียบและควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณญาณเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล และการมีส่วนร่วมผลักดันสังคม[7] ขั้นตอนที่ 3 สังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) มีการนิเทศติดตามภายหลังให้อบรมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ทักษะการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงทุก 1 สัปดาห์ พร้อมลงเยี่ยมประชาชนที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้านรับผิดชอบ แล้ววัดผลลัพธ์ ได้แก่ 1) ความรอบรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงตรง 2) ทักษะการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง และ 3) วัดความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรม ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผล (Refection) การพัฒนาโปรแกรม วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนแก้ไขปัญหา[12]

ตามคำถามการวิจัยครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น หลังการพัฒนามีค่าคะแนนเฉลี่ย ด้านความรอบรู้และทักษะสูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนา โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน และคาดว่าสามารถนำความรู้ไปเผยแพร่/ถ่ายทอดได้อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 100, $\bar{x}$=4.84) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งข้อที่ 1. หลังการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นมีค่าเฉลี่ยด้านความรอบรู้สูงกว่าก่อนการพัฒนา และข้อที่ 2. หลังการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นค่าคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะสูงกว่าก่อนการพัฒนา สามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน และสามารถนำความรู้ไปเผยแพร่/ถ่ายทอดแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอำพิกา คันทาใจ, เดชา ทำดี, และศิวพร อึ้งวัฒนา[10] ได้ศึกษาผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ การปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำในการ

ป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าระดับคะแนนความรู้ การปฏิบัติการคัดกรองการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายหลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์สูงกว่าก่อนเรียนรู้เชิงประสบการณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P <.001) และภายหลังได้รับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.003, p3.001,P<.001) ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภิสรา สุวรรณชาติ และธิดารัตน์ นิ่มกระโทก[11] พบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคน (ร้อยละ 100) มีความเห็นว่า บุคลากรสาธารณสุขควรสอนหรือให้ความรู้แก่ประชาชนที่อยู่ในวัยหนุ่มสาวซึ่งยังไม่เจ็บป่วย เพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักและมีความรู้เพียงพอที่จะนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง หัวข้อที่ควรสอนมากที่สุดคือ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค CRC (ร้อยละ 67.4) รูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ต้องการมากที่สุด คือ การไปศึกษาดูงาน (ร้อยละ 35.5) มีความเห็นว่าควรจัดกิจกรรมให้ความรู้ครึ่งวัน (ร้อยละ 81.2) ควรจัดกิจกรรมในวันหยุดนอกเวลาราชการ (ร้อยละ 92.0) และกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก (ร้อยละ 82.6) ต้องการสื่อวีดิทัศน์สำหรับเรียนรู้ด้วยตนเอง

ผลของความสำเร็จในดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาดังกล่าวนี้ โดยรวมถือได้ว่าเป็นประโยชน์มากในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลบ้านเพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่จะได้นำความรู้ที่ได้รับจากการพัฒนานี้ไปเป็นแนวทางปฏิบัติจนเกิดประสบการณ์และทักษะความรอบรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง รวมทั้งสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการพัฒนานี้ไปถ่ายทอดให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลอื่น ๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันซึ่งจะเป็นผลดีในการช่วยเหลือประชาชนที่ตนรับผิดชอบ เพื่อให้ประชาชนได้เข้ารับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเป็นประจำทุกปี ลดความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่แลลำไส้ตรง และลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงลงได้

**ข้อเสนอแนะ**

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทักษะความรอบรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง การป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 (P-Value <. 001) และผลการประเมินด้านความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมอบรมคะแนนเฉลี่ยมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุขควรสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม เพื่อเพิ่มทักษะ ความมั่นใจ และเพิ่มประสบการณ์ ในการป้องกันการเกิดโรค การส่งตรวจคัดกรองโรค ในพื้นที่ ชุมชน และประชาชน ที่ตนเองรับผิดชอบได้ตามนโยบายที่กำหนดขึ้น

2. ควรนำข้อเสนอแนะต่าง ๆ มาถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และดำเนินการวิจัยรอบที่ 2 และ 3 ต่อไปโดยศึกษารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพประชาชนในกลุ่มโรคสำคัญ ๆ ที่พบบ่อยในชุมชน เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) การจัดการตนเอง (Self-management) ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรค และลดภาวะแทรกซ้อนของโรคให้กับประชาชนและผู้ป่วยในชุมชนได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis& MC Taggart (1988) ตามหลักการ P-A-O-R Spiral Cycle ดำเนินการวิจัยเป็น 1 วงรอบ เพื่อพัฒนาโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการ

ป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ดังนั้นควรศึกษาเพิ่มเติมในวงรอบที่ 2 และ 3 ต่อไป

2. ควรนำกระบวนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงไปปรับใช้ในกลุ่มโรคมะเร็งอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ และสามารถนำไปปฏิบัติกับประชาชนในชุมชนที่ตนรับผิดชอบ ได้แก่ โรคมะเร็งเต้านม และโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

## เอกสารอ้างอิง

1. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล, ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง. (2561). มะเร็งลำไส้ (Colorectal cancer). [ออนไลน์]. https://www.rama.mahidol.ac.th/ cancer_center/th/colorectal (สืบค้นเมื่อ 20 เม.ย.2566)
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2564). แผนยุทธศาสตร์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2562 – 2565. กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข; 26-74.
3. รายงานทะเบียนมะเร็ง ศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลขอนแก่น. (2565). สถิติผู้ป่วยเข้ารับบริการด้วยโรคลำไส้ใหญ่และตรง. กลุ่มงานสาสนเทศ โรงพยาบาลขอนแก่น.
4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2561). โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงและให้ความรู้การใช้ชุดน้ำยาตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ. [ออนไลน์]. https://www.nci.go.th/th/File_download/ D_index/ptu/ (สืบค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2566).
5. บัลลังก์ มุ้ยเผือก. (2553). มะเร็งลำไส้ใหญ่และตรง. ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. Journal of Medicine and Health Sciences, 17(1), April 2010.
6. วรุตม์ โล่ห์สิริวัฒน์. (2564). มะเร็งลำไส้ใหญ่รู้ทันป้องกันได้. โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์. [ออนไลน์]. https://www.siphhospital.com/th/news/article/share/932. (สืบค้น เมื่อ 5 พฤษภาคม 2566).
7. รุ่งพร ภู่สุวรรณ์, นฤมล จันทร์สุข, และศรัณญา ดั่นคุ้ม. (2563). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 10(1), มกราคม – เมษายน; 133-145.
8. อมรภรณ์ พุทโธ. (2562). บทบาทของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลหมูม่น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารอานามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 4(1), มกราคม – เมษายน.
9. Kemmis & McTaggart (1988). Action research. [ออนไลน์]. https://pongmed.wordpress.com/2013/08/26/par1/ (สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2566).
10. อำพิกา คันทาใจ, เดชา ทำดี, และศิวพร อึ้งวัฒนา. (2564). ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ การปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 31(1), มกราคม – ธันวาคม.
11. ศุภิสรา สุวรรณชาติ และธิดารัตน์ นิ่มกระโทก. (2565). ระดับความรู้และความต้องการข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชน. วารสารสุขภาพการศึกษาพยาบาล, 28(1), มกราคม – มิถุนายน; 1-14.
12. WHO, 1998 นิยามขององค์การอนามัยโลก. (2541). ความแตกฉานด้านสุขภาพ. (สวรส.). (สืบค้นเมื่อ 22 เมษายน 2566).