ECH Journal

of environmental and community health

VOL.9 NO.3 May - June 2024

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม – มิถุนายน 2567

ISSN : 2672-9717

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม – มิถุนายน 2567 VOL. 9 NO. 3 May – June 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านโรคติดต่อและไม่ติดต่อในพื้นที่ ตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี 1
จรรยา คุณภาที

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม 11
ฐาปริมนต์ วงศ์รัตนจิรากุล

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายต่อความรู้ความวิตกกังวลและการเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร 21
ชยุต ทองวงศา

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ในโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม 30
ศิรินาฎ เนืองนอง ,วรรณ์นิภา แสนสุภา ,พจนาท ยางธิสาร

การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน สู่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร 40
นิจวรรณ หนองขุ่นสาร ,วิชชุดา กิตติวราฤทธิ์

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 49
อภิรักษ์ วัฒนวิกกิจ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแท้งคุกคามในหญิงตั้งครรภ์และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ 59
กนกวรรณ ยลถวิล

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดต่อความรู้และความตั้งใจในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด 67
รำไพ จันทวงษ์ ,นัยนา ราชบุตร

กระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ .. 78
พนม ขันธบูรณ์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร 88
รัตติยา แสดคง

ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือ เพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของนักเรียน ชั้นอนุบาล โรงเรียนบ้านหนองพอกน้อย ตำบลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร 98
ภัคจิรา เหลาพรม

ผลของโปรแกรมการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์โดยแนวคิดลีนต่อประสิทธิภาพการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลหนองคาย 109
อิฏฐิวรรณ พิมพศักดิ์ ,นงนุช ลานอุ่น

การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินในช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานอุดรธานี 119
ปรีชา เศษสมบูรณ์

รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงในสถานบริการสาธารณสุขที่โอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น . 130
วรวุฒิ จันทิ

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอสไอวี/เอดส์ ร่วมโรควัณโรคเยื่อหุ้มปอด 141
กุลจิรา ยืนยงค์

การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดและมีภาวะช็อคจากการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก: กรณีศึกษา 149
ภีมวัชร์ จันทร์ช่างทอง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวัง 157
ภาสิริ ริยะกุล ,ชลธิชา แก้วอนุชิต ,ศุภกฤต โสภิกุล ,กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกฝ่าเท้าหักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด : กรณีศึกษา 167
ปิยวรรณ วัดพ่วงแก้ว

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม – มิถุนายน 2567 VOL. 9 NO. 3 May – June 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

คุณภาพการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของผู้รับบริการ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร 174
สุลัดดา สุวรรณวิเศษ ,ชลธิชา แก้วอนุชิต และศุภกฤต โสภิกุล

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันก่อนการส่งต่อช่องทางด่วน : กรณีศึกษา 184
ฐิติพร ชนมนัส

ลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นวัณโรคปอดในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี 195
ยุวลี ฉายวงศ์ ,วิยะดา เปาวนา ,จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ์ ,ประภัสสร ศรีแสงจันทร์

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้ง สถาบันราชประชาสมาสัย 206
ศิริรัตน์ ภูโอบ ,อำนาจ โกสิงห์

ผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบตีกอายุรกรรม (ราชาวดี) โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร 215
วารุณีย์ อุดม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังชุมชนนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี 223
อรอนงค์ นิลพัฒน์

ผลของการใช้โปรแกรมกิจกรรมเสริมการรักษาสี่เสาสร้างสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน - 131 ปริมาณสูง ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี 231
ประภานันท์ กิติราช ,ชลการ ทรงศรี ,ภรณ์ทิพย์ อนันตกุล ,ยุพิณ คำกรุ ,กาญจนา หล้าบา

ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ต่อมลูกหมากโต งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย 240
พยอม เกียงแก้ว ,ลิกิจ โหราฤทธิ์

การพัฒนารูปแบบปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน 251
นิพนธ์ กุลนิตย์

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี 262
นิพนธ์ กุลนิตย์

รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี 273
ปรัชญา สุนา ,อารี บุตรสอน

ผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายเบาหวานต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ตึกอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร 283
ภัคภิญญา ใจดี ,วิไลวรรณ พรหมจรรย์

การพัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้การจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม 291
ธนัญญา แสนบรรดิษฐ

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม 297
อารีรัตน์ แพงยอด

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม 308
อนุชิต ขันทะชา ,วราลี วงศ์ศรีชา ,วนัสนันท์ ไตรยราช

ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม 318
นันทยา นนเลาพล ,สิโรนี ฟองแก้ว ,พรสวรรค์ นาวงหา ,ไขพร อุ่นเทียมโสม ,พจมาน นาวงศ์หา และมนันยา มณีประกรณ์

ผลของการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ D-METHOD ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการและระดับเฟอร์ริตินในผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาการให้เลือด 327
สุมนา แจ้งวัง ,เกศกัญญา ไชยวงศา ,ศิรินุช เปรมโต

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม – มิถุนายน 2567 VOL. 9 NO. 3 May – June 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม โรงพยาบาลสกลนคร 337
จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี

ผลของการพัฒนารูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง โรงพยาบาลอุดรธานี 346
อัญชลี ถิ่นสอน ,พรพันธ์ คณาศรี ,รัชนี เจริญเพ็ง ,จุฬาภรณ์ ศรีโท ,ปานวดี มณีศรี

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นต่ออาการปวดและบวมของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดดามเหล็ก กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี 356
พรพันธ์ คณาศรี ,อัญชลี ถิ่นสอน ,ธิดารัตน์ จำปาวงศ์ ,อัจฉรา คำมะทิตย์

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลอุบลรัตน์ 368
พวงเพชร จันทร์บุตร ,เยาวลักษณ์ มัคคะน้อย ,นิภา ไทโส ,คณรัตน์ เดโฟเซซ์ ,รัชนี พจนา ,สุรดา โพธิ์ตาทอง ,วราลักษณ์ กองสิน

ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกาย(Timed Up and Go, 30 second chair stand, 4 stage balance) ในผู้สูงอายุ 376
คณรัตน์ เดโฟเซซ์ ,วราลักษณ์ กองสิน ,รัชนี เจริญเพ็ง ,พวงเพชร จันทร์บุตร

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบางปลาม้า 385
พัชรมนต์ ไกรสร

การสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะ 3 คลินิกอายุรกรรม งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย 395
ศิริวรรณ สิงหศิริ ,เพ็ญจันทร์ โฮมหงษ์ ,นงค์นุช โฮมหงษ์

ผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร 402
เกษร บัวขันธ์

ประสิทธิภาพของการส่งเสริมความรู้ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร 410
ลัดดาวัลย์ นรสาร

ผลของการให้คำปรึกษารายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินรายใหม่ 420
วาสนา แสนมหาชัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้นในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาชนิดกินต่อการเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ในโรงพยาบาลปะทิว จังหวัดชุมพร 429
ลำเนาว์ ใจโต

ผลของโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร 439
อมาวสี ทองโมทย์

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน 450
วัชราพร ดวงแก้ว ,อรทัย ธรรมป๊อก ,ธนิตา จิตนารินทร์ ,อัญชลี ศรีสุตา ,มาลีวรรณ เกษตรทัต

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย 462
วไลพร หงส์พันธ์

การประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 471
บุญญพร เหล่าสุวรรณ

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลคำตากล้า จังหวัดสกลนคร 480
อรัญญา วงศ์สวัสดิ์ ,วัลภา เฟื่อยงาราช

ประสิทธิภาพของถ่านดัดแปลงสภาพจากกะลามะพร้าวชนิดต่างกันในการดูดซับสีโรดาห์มีนบี 489
วัสมาส พุ่มจันทร์ ,อัญชลี เจริญวัย ,สมเจตน์ ทองดำรงธรรม ,สิทธิชัย ใจขาน และจิราภรณ์ หลาบคำ

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม – มิถุนายน 2567 VOL. 9 NO. 3 May – June 2024

สารบัญ

รายงานการวิจัย หน้า

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสมบูรณ์ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ 498
วีรวัฒน์ รัศมี

ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อลดการบาดเจ็บบริเวณจมูกในทารกแรกเกิดที่ได้รับออกซิเจนแรงดันบวกอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม 507
ไพรวัลย์ ไชยโกษี

ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียเก้า ตำบลคำน้ำแซบ อำเภอวารินชำราบจังหวัดอุบลราชธานี 518
เกียรติศักดิ์ วิจักษณกุล

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน เขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝั่งแดง จังหวัดนครพนม 528
กรรธิมา ฝาระมี ,รินทร์หทัย ธนพรสิทธิกูล ,ผกาพรรณ อังคนาวราพันธุ์ ,อุเทน สุทิน

การผลิตถ่านอัดแท่งจากตะกอนน้ำเสียจากกระบวนการผลิตเครื่องปรุงรสและถ่านกะลามะพร้าว 538
ประยุกต์ เดชสุทธิกร ,ธรรมวัฒน์ อุปวงษาพัฒน์ ,รจฤดี โชติกาวินทร์ ,ธีรยุทธ เสงี่ยมศักดิ์ ,อารีรัตน์ แต้มรู้ ,จิดาภา รัตนประเสริฐ ,ธัญญพร เต็นประโคน ,ศิริวรรณ บรรเลงทรัพย์ และสุกัญญา นาเมือง

รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 548
จรรยาพร ผลยังส่ง ,แดนวิชัย สายรักษา ,สัญญา เคณาภูมิ

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 27 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน พฤษภาคม – มิถุนายน 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านโรคติดต่อและไม่ติดต่อ ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายต่อความรู้ความวิตกกังวลและการเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสู่ห้องผ่าตัด พัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล การเกิดภาวะแท้งคุกคามในหญิงตั้งครรภ์และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม การคุมกำเนิดต่อความรู้และความตั้งใจในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด การดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วม การฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนสำหรับพยาบาลวิชาชีพ การส่งเสริมการล้างมือ เพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก การรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์โดยแนวคิดลีน การจัดการภาวะฉุกเฉินในช่องทางเข้าออกประเทศ การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง ผู้ป่วยวัณโรคเยื่อหุ้มปอดในผู้ป่วยเอดส์ การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดและมีภาวะช็อคจากการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก การจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวง ผู้ป่วยกระดูกฝ่าเท้าหักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด การให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของผู้รับบริการ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันก่อนการส่งต่อช่องทางด่วน ลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นวัณโรคปอด การพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้ง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบตึกอายุรกรรม พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กิจกรรมเสริมการรักษาสี่เสาสร้างสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ต่อมลูกหมากโต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง การวางแผนจำหน่ายเบาหวานต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การดูแลโดยใช้การจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่เข้ารับการฟอกเลือด การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กระบวนการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ D-METHOD ส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน การประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ การจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นต่ออาการปวดและบวมของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก การดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง การจัดการตนเองในการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกาย การวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้นในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

ECH Journal

of environmental and community health

VOL.9 NO.3 May - June 2024

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม – มิถุนายน 2567

ISSN : 2672-9717

PART I

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม – มิถุนายน 2567 VOL. 9 NO. 3 May – June 2024 **Part 1**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านโรคติดต่อและไม่ติดต่อในพื้นที่ ตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี 1
จรรยา คุณภาที

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม 11
ฐาปริมนต์ วงศ์รัตนจิรากุล

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายต่อความรู้ความวิตกกังวลและการเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร 21
ชยุต ทองวงศา

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ในโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม 30
ศิรินาฎ เนืองนอง ,วรรณ์นิภา แสนสุภา ,พจนาท ยางธิสาร

การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน สู่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร 40
นิจวรรณ หนองขุ่นสาร ,วิชชุดา กิตติวราฤทธิ์

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 49
อภิรักษ์ วัฒนวิกกิจ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแท้งคุกคามในหญิงตั้งครรภ์และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ 59
กนกวรรณ ยลถวิล

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดต่อความรู้และความตั้งใจในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด 67
รำไพ จันทวงษ์ ,นัยนา ราชบุตร

กระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ 78
พนม ขันธบูรณ์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร 88
รัตติยา แสดคง

ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือ เพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของนักเรียน ชั้นอนุบาล โรงเรียนบ้านหนองพอกน้อย ตำบลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร 98
ภัคจิรา เหลาพรม

ผลของโปรแกรมการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์โดยแนวคิดลีนต่อประสิทธิภาพการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลหนองคาย 109
อิฏฐิวรรณ พิมพศักดิ์ ,นงนุช ลานอุ่น

การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินในช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานอุดรธานี 119
ปรีชา เศษสมบูรณ์

รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงในสถานบริการสาธารณสุขที่โอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น . 130
วรวุฒิ จันที

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอสไอวี/เอดส์ ร่วมโรควัณโรคเยื่อหุ้มปอด 141
กุลจิรา ยืนยงค์

การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดและมีภาวะช็อคจากการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก: กรณีศึกษา 149
ภีมวัชร์ จันทร์ช่างทอง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวัง 157
ภาสิริ ริยะกุล ,ชลธิชา แก้วอนุชิต ,ศุภกฤต โสภิกุล ,กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกฝ่าเท้าหักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด : กรณีศึกษา 167
ปิยวรรณ วัดพ่วงแก้ว

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม – มิถุนายน 2567 VOL. 9 NO. 3 May – June 2024 **Part 1**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

คุณภาพการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของผู้รับบริการ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร 174
สุลัดดา สุวรรณวิเศษ ,ชลธิชา แก้วอนุชิต และศุภกฤต โสภิกุล

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันก่อนการส่งต่อช่องทางด่วน : กรณีศึกษา 184
ฐิติพร ชนมนัส

ลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นวัณโรคปอดในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี 195
ยุวลี ฉายวงศ์ ,วิยะดา เปาวนา ,จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ์ ,ประภัสสร ศรีแสงจันทร์

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้ง สถาบันราชประชาสมาสัย 206
ศิริรัตน์ ภูโอบ ,อำนาจ โกสิงห์

ผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบตีกอายุรกรรม (ราชาวดี) โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร 215
วารุณีย์ อุดม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังชุมชนนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี 223
อรอนงค์ นิลพัฒน์

ผลของการใช้โปรแกรมกิจกรรมเสริมการรักษาสี่เสาสร้างสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน - 131 ปริมาณสูง ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี 231
ประภานันท์ กิติราช ,ชลการ ทรงศรี ,ภรณ์ทิพย์ อนันตกุล ,ยุพิณ คำกรุ ,กาญจนา หล้าบา

ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ต่อมลูกหมากโต งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย 240
พยอม เกียงแก้ว ,ลิกิจ โหราฤทธิ์

การพัฒนารูปแบบปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน 251
นิพนธ์ กุลนิตย์

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี 262
นิพนธ์ กุลนิตย์

รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี 273
ปรัชญา สุนา ,อารี บุตรสอน

ผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายเบาหวานต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ตึกอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร 283
ภัคภิญญา ใจดี ,วิไลวรรณ พรหมจรรย์

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 27 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน พฤษภาคม – มิถุนายน 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านโรคติดต่อและไม่ติดต่อ ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายต่อความรู้ความวิตกกังวลและการเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสู่ห้องผ่าตัด พัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล การเกิดภาวะแท้งคุกคามในหญิงตั้งครรภ์และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม การคุมกำเนิดต่อความรู้และความตั้งใจในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด การดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วม การฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนสำหรับพยาบาลวิชาชีพ การส่งเสริมการล้างมือ เพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก การรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์โดยแนวคิดลีน การจัดการภาวะฉุกเฉินในช่องทางเข้าออกประเทศ การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง ผู้ป่วยวัณโรคเยื่อหุ้มปอดในผู้ป่วยเอดส์ การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดและมีภาวะช็อคจากการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก การจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวง ผู้ป่วยกระดูกฝ่าเท้าหักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด การให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของผู้รับบริการ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันก่อนการส่งต่อช่องทางด่วน ลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นวัณโรคปอด การพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้ง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบตึกอายุรกรรม พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กิจกรรมเสริมการรักษาสี่เสาสร้างสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ต่อมลูกหมากโต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง การวางแผนจำหน่ายเบาหวานต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การดูแลโดยใช้การจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่เข้ารับการฟอกเลือด การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กระบวนการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ D-METHOD ส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน การประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ การจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นต่ออาการปวดและบวมของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก การดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง การจัดการตนเองในการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกาย การวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้นในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านโรคติดต่อและไม่ติดต่อในพื้นที่ตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

Development of Health literacy and health behavior of village health volunteers (VHVs) regarding communicable and non-communicable diseases in Ban Muang Subdistrict, Ban Dung District, Udon Thani Province.

(Received: May 25,2024 ; Revised: May 28,2024 ; Accepted: May 29,2024)

จรรยา คุณภาที[1]
JANYA KUNPHATEE[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) เพื่อประเมินผลรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านโรคติดต่อและไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตพื้นที่ตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 82 คน ทำการสุ่มเลือกรายชื่อของอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อเป็นตัวแทนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random sampling) ดำเนินการทดลองโดยให้กลุ่มเป้าหมายได้รับกิจกรรมการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติ จำนวน 4 กิจกรรม ระยะเวลา 12 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าโดยใช้สถิติ Independent Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงร้อยละ 56.10 อายุเฉลี่ย 56.34 ปี (Min=37 ปี , Max=84 ปี , S.D.=9.21) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 80.50 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ37 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 75.60 รายได้เฉลี่ย7,148 บาท/เดือน(Min=1,200 บาท , Max=50,000 บาท , S.D.= 6,881.16) ระยะเวลาการเป็น อสม.เฉลี่ย 19.82 ปีโดยเป็น อสม. มากกว่า 30 ปี ร้อยละ 30.49 (Min=1ปี,Max=46 ปี,S.D.= 11.92) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี (X= 22.3,S.D=3.06) ระดับพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ (X=6.41,S.D.=5.05) ภายหลังการเข้าร่วมรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านโรคติดต่อและไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรอบรู้สุขภาพดีกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมและคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ(p-value<0.05) ยกเว้นพฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุข,ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Abstract

The purpose of this Quasi Experimental Research: A single-group study measuring results before and after One Group Pretest-Posttest Design to evaluate the health literacy and health behavioral development model of communicable and non-communicable diseases among village health volunteers. In Ban Muang Subdistrict, Ban Dung District, Udonthani Province.The sample was public health volunteers. In Ban Dung District, Udonthani Province, 82 people randomly selected a list of public health volunteers to represent the sample using a systematic randomization method. Conduct experiments by providing the target audience with educational activities and practical exercises, including 12 Weeks. Data were collected using questionnaires and data were analyzed using statistics of percentage, mean, standard deviation. Analyze the difference in values using the Independent Paired t-test, determining the statistical significance level at the level of 0.05.

The result of the study found that Female 56.10%, average age 55.87 years (Min=20 years,Max=84years,S.D.=10.8541)Marital status 80.50%,primary school education 37%. Occupation: Agriculture,75.60

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

percent,average income 7,148 baht/month(Min=1,200baht, Max=50,000 baht, S.D.= 6,881.16), average duration of being a village health volunteer is 19.82 years, with more than 30 years of being a village health volunteer, 30.49 percent (Min =1 year, Max=46 years, S.D.= 11.92) The overall level of health literacy is at a good level. (X=22.3,S.D=3.06) The overall level of health behavior is at a fair level. (X=6.41,S.D.=5.05) After participating in the model for developing health literacy and health behavior regarding communicable and non-communicable diseases of village health volunteers (VHVs), it was found that there was an average score of Health knowledge and the average score in health behavior was significantly better than before entering the program (p-value<0.05), except for smoking behavior.

Keywords : Public Health Volunteers, Health Literacy

บทนำ

กลุ่มโรค NCDs (Noncommunicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติ ของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปีพ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปีพ.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 หรือเรียกว่า “การเสียชีวิต ก่อนวัยอันควร”มากถึง 15 ล้านคน โดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง โดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยนั้น กลุ่มโรคไม่ติดต่อยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศทั้งในมิติ ของจำนวนการเสียชีวิต และภาระโรคโดยรวม ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ระดับโลก จากการรายงานข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข[1] ระหว่างปีพ.ศ. 2557-2561 พบอัตราการเสียชีวิต มีสาเหตุมาจาก โรคไม่ติดต่อที่สำคัญ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรไทย โดยในปีพ.ศ. 2561 โรคไม่ติดต่อ ที่เป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรกได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 123.3 47.1 และ 31.8 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารมื้อหลักที่มีรสหวาน เค็มเพิ่มขึ้น การสูบบุหรี่ การดื่มสุราลดลงเล็กน้อยกิจกรรมทางกายที่ลดลง[2]

ในการคัดกรองสุขภาพกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไปในพื้นที่ตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี พบว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ปี 2563-2566 คิดเป็นร้อยละ 41.70 38.63 39.85 และ 30.91 ตามลำดับ[3] สำหรับวัณโรคในประเทศไทยพบว่าจังหวัดอุดรธานีเป็นจังหวัดที่ติด 1 ใน 10 ของประเทศที่มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำสูง โดยปี 2564 พบ 834 ราย[4] รายงานจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่รอบ 1 ต.ค. 2565-31 ธ.ค. 2565 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียน 816 ราย (ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย 2,223 ราย) (ข้อมูลรายงานโปรแกรม NTIP วันที่ 27 ก.พ. 2566) ส่วนในพื้นที่ รพ.สต. บ้านม่วง ปี 2566 จำนวนผู้ป่วยวัณโรค 28 คน ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 707 คน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลที่จะทำให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองและตัดสินใจได้อย่างมีเหตุผล ปัจจุบันการสาธารณสุขไทยให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (Health Literacy :

HL) เพิ่มมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี เป้าหมาย คือประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน และตามนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทั้งหมด 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ป้องกันโรคด้วยตนเอง การคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการจัดบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีสามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพรวมถึงสนับสนุนการร่วมตัดสินใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ทำให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ โดยมีเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชากรไทยวัยทำงานของกองสุขศึกษา ปี 2565 พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของกลุ่มวัยทำงาน ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี คิดเป็นร้อยละ 53.46 รองลงมาระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 36.46 ระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 5.52 และระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 4.56 ระดับพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behaviors) พบว่า กลุ่มวัยทำงาน ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพ ระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 47.88 รองลงมาระดับดี คิดเป็นร้อยละ 22.63 ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 17.00 และระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 12.50 กลุ่มวัยทำงาน ร้อยละ 84.21 มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองระดับพอใช้ขึ้นไป หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพได้เล็กน้อยถึงได้ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ กลุ่มวัยทำงานร้อยละ 67.63 มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองระดับดีขึ้นไป หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เพียงพอถึงได้ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ[5]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นพื้นฐานต่ำจะมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเข้านอนโรงพยาบาลบ่อยขึ้นและมีอัตราการตายสูงขึ้น แต่ถ้ามีความรอบรู้ระดับพื้นฐานสูงเพียงพอจะทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี[6] อาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทที่สำคัญในการเผยแพร่สารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพ การให้คำแนะนำและส่งเสริมพฤติกรรมที่ดี เป็นผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (change agent) สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้ชุมชนที่มีความรู้ด้านสุขภาพมีส่วนสำคัญในการสร้างสังคมที่มีสุขภาพดี ช่วยลดภาระทางด้านค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากบุคคลในชุมชนมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น มีมาตรการการป้องกันและค้นหาการรักษาที่เหมาะสม ความรู้ทั้งหลายเหล่านี้จะทำให้ชุมชนสามารถรับมือกับความท้าทายด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ[7] ดังนั้นจึงมีความสนใจที่จะทำโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพโรคติดต่อและไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและประชาชนในชุมชนได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ด้านโรคติดต่อและไม่ติดต่อในเขตพื้นที่ตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

2. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผล ก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 104 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี โดยคำนวณตามสูตรของ weiers (2005:350) ได้จำนวน 82 คนที่มีประชากรจำนวนที่แน่นอน ดังนี้

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

เมื่อ n คือ ขนาดตัวอย่าง

N คือ จำนวนประชากรที่ใช้ในการคำนวณวิจัย

Z คือ ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 0.05 เท่ากับ 1.96

P คือ ค่าสัดส่วนของประชากรเท่ากับ 0.50

e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้กำหนดเท่ากับ 0.05

จากสูตรข้างต้นนำมาใช้ในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา โดยในการศึกษาครั้งนี้มีประชากรซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 104 คน สามารถนำมาแทนค่าในสูตรได้ดังนี้

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (104 \times 0.5) \times (1-0.5)}{(0.05)^2 \times (104-1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times (1-0.5)}$$

$$n = \frac{3.841 \times 52 \times 0.5}{(0.0025 \times 103) + (3.841 \times 0.5 \times 0.5)}$$

$$n = \frac{99.866}{0.2575 + 0.96025}$$

$$n = 82.025$$

การสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มเลือกรายชื่อของอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อเป็นตัวแทนกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random sampling) ตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเทียบสัดส่วน (Quota Sampling) จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข โดยในแต่ละหมู่บ้านจะมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข 104 คน แล้วทำการเทียบสัดส่วนจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหมด เพื่อเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขทุกคน มีโอกาสได้รับคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างเท่าๆกัน

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มเลือกรายชื่อ อสม. เพื่อเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) ด้วยวิธีดังนี้ 1) นำข้อมูลรายชื่อ อสม.มาเรียงลำดับรายชื่อตามตัวอักษร จาก ก ถึง ฮ 2) คำนวณระยะห่างของการเลือกตำแหน่งตัวอักษร โดยใช้สูตร

$$K = N1/n1$$
$$= 104/82$$
$$= 1$$

3) สุ่มหยิบรายชื่อตามตัวอักษร ตำแหน่งที่ 1 เป็นตัวอย่างที่ 1 หลังจากนั้นนับตำแหน่งตัวอักษรตามลำดับที่ K แล้วเลือก รายชื่อที่ได้เป็นตัวอย่างที่ 2 4) หยิบรายชื่อโดยมีระยะห่าง = K ไปจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1.)เป็น อสม. ในเขตพื้นที่ตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี 2) เข้าร่วมเป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 6 เดือนในวันที่เข้าร่วมการศึกษา 3) อ่านออก เขียนได้ เข้าใจภาษาไทย 4) สมัครใจ เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้สมัครใจเข้าร่วมศึกษามีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน 2) ผู้สมัครใจเข้าร่วมศึกษาย้ายออกจากพื้นที่ ไม่สามารถติดตามได้

เครื่องมือในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1. รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขด้านโรคติดต่อและไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การอบรมให้ความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ องค์ประกอบ 6 ข้อ เข้าถึง เข้าใจ ซักถาม ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บอกต่อ,

ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พื้นฐานปฏิสัมพันธ์ วิจารณญาณ,ประโยชน์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กิจกรรมที่ 2 การอบรมให้ความรู้ ได้แก่ การเสริมสร้างสภาวะทางร่างกายด้วยการดูแลสุขภาพเบื้องต้น (3อ 2ส),การประเมินภาวะสุขภาพของตนเองและวางแผนสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม,ฝึกการประเมินภาวะสุขภาพจิต 2Q 9Q,การฝึกปฏิบัติทักษะการแปรสัญลักษณ์รูปภาพ กราฟ ตาราง / การบันทึกข้อมูลทางการบริการ / การใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง /การอ่านแผ่นพับความรู้ / ฉลากยา ฉลากอาหาร

กิจกรรมที่ 3 การอบรมให้ความรู้ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคโรคติดต่อในชุมชน โรคระบบทางเดินหายใจ โรคไข้เลือดออก โรควัณโรค,ความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง ภาวะอ้วนลงพุง,ฝึกทักษะกิจกรรมออกกำลังกาย แอโรบิค บาสโลบ,กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กิจกรรมที่ 4 การอบรมให้ความรู้ ได้แก่ บทบาทอสม.กับการเป็นผู้นำสุขภาพชุมชน / กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมและการจัดการสุขภาพชุมชน,เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การร่วมประชุม รร.อสม. ประชุม พชต. ประชุมกองทุนสุขภาพท้องถิ่น LTC.

2.แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนวัยทำงานสำหรับหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในตำบลจัดการคุณภาพชีวิต กองสุขศึกษา[5] โดยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
มี 4 องค์ประกอบ จำนวน 36 ข้อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การป้องกันวัณโรค และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำนวน 24 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำโปรแกรมที่ออกแบบให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและแก้ไข แบบประเมินผลใช้เครื่องมือมาตรฐานจากกองสุขศึกษา จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ ส่วนการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ใช้การศึกษาของนิสา ปัญญา[9] เรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม หมอประจำบ้าน และพบว่ามีค่าความเที่ยงของเครื่องมือมีค่าเท่ากับ 0.96

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูลที่ได้ จากการศึกษาและรายงานค่าสถิติเป็น ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่า ต่ำสุด (Minimum) สถิติเชิงอนุมาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการให้ความรู้ และหลังการให้ความรู้ ในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ใช้วิธีการ วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบ Dependent Paired t-test โดยพิจารณาค่า P-value ที่มีค่าน้อยกว่า 0.05 หรือมี นัยสำคัญทางสถิติ (Significantly และรายงานผลเป็นค่า Mean differences, P-value และ 95% Confidence Interval

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการUDREC 6667 ลงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงร้อยละ 56.10 อายุเฉลี่ย 56.34 ปี (Min=37 ปี , Max=84 ปี , S.D.=9.21)สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.50 จบการศึกษาระดับ

ประถมศึกษา ร้อยละ 37.80 รองลงมามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 34.10 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 75.60 รองลงมา รับจ้าง ร้อยละ 13.40 รายได้เฉลี่ย7,148บาท/เดือน โดยมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือนร้อยละ 43.90 รองลงมามากกว่า 15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 26.83 (X=7,148 บาท, Min=1,200 บาท , Max=50,000 บาท , S.D.= 6,881.1645) ระยะเวลาการเป็น อสม.เฉลี่ย 19.82 ปี โดยเป็น อสม. มากกว่า 30 ปีร้อยละ 30.49 รองลงมา 20–29 ปี ร้อยละ 24.39(Min=1ปี,Max=46 ปี,S.D.= 11.9255)

2. สถานะความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. สถานะความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ =22.34) แยกรายข้อ พบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ =23.54) ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ =23.80) การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ =24.02) การตัดสินใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี (X=23.43) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ =23.10) การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x}$ =16.12)

3. ระดับพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ระดับพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x}$ =6.41) แยกรายข้อพบว่าพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x}$ =3.06) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 7.59) พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x}$ =3.42) พฤติกรรมด้านการป้องกันวัณโรคอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x}$ =4.37) พฤติกรรมด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล อยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x}$ =2.58) พฤติกรรมด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x}$ =4.35)

4. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ภายหลังการเข้าร่วมรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. พบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานีก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. (n=82)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	23.55	3.33	25.65	1.99	8.621	.00*
ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	23.80	3.69	25.62	2.03	7.294	.00*
การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ	24.02	3.95	25.73	2.29	6.79	.00*
การตัดสินใจด้านสุขภาพ	23.43	3.98	25.40	2.04	6.605	.00*
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	23.10	4.07	25.59	2.31	6.077	.00*
การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ	16.12	3.06	25.29	2.29	7.489	.00*

p-value<0.05, Paired Sample T-test

5.การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม หลังเข้าร่วมรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอสม. ภายหลังการเข้าร่วมรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. พบว่า ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันวัณโรค การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลและการป้องกันโควิดเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) (ตารางที่ 2) ยกเว้นการสูบบุหรี่

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานีก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
การบริโภคอาหาร	16.12	3.06	19.33	1.89	20.444	.00*
การออกกำลังกาย	7.59	1.80	9.26	.73	9.408	.00*
การสูบบุหรี่	3.42	1.85	3.57	0.55	.691	.492
การป้องกันวัณโรค	4.37	.49	13.18	1.12	9.689	.00*
การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	2.58	1.26	12.02	.22	11.161	.00*
การป้องกันการติดเชื้อโควิด-19	34.35	.935	39.21	2.44	15.838	.00*

p-value<0.05, Paired Sample T-test

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า สถานะความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =22.34) แยกรายข้อ พบว่าการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดี $\bar{X}$ =23.54) ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =23.80) การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =24.02) การตัดสินใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =23.43) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =23.10) การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X}$ =16.12) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อสม. มีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจเพื่อการวิเคราะห์ ประเมินและจัดการตนเองยกเว้นด้านการบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ (2564)[10] ที่พบว่าความรอบรู้ของ อสม. ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จังหวัดกระบี่ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับ นิสา ปัญญา(2563)[9] พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. หมอประจำบ้าน เขตสุขภาพที่ 10 ในภาพรวมพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมากและสอดคล้องกับการศึกษาของกัลยาณี ตันตรานนท์และคณะ[11] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงาน ตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง สอดคล้องกับจิตติยา ใจคาและคณะ (2564) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน พบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 44.31 สอดคล้องกับประภัสสร งำแสงใส และคณะ (2557)[12] ได้ศึกษากรณีศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน พบว่าขาดทักษะในการอ่านและแปลความข้อมูลสาธารณสุขจากสื่อสิ่งพิมพ์ ซึ่งศักยภาพของ อสม. ในการให้ความรู้แก่ชุมชนอาจด้อยลง หากมีความฉลาดทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังขาดความมั่นใจในการ

แนะนำความรู้แก่เพื่อนบ้าน ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุและระดับการศึกษาเป็นสิ่งที่ควรพิจารณาประกอบด้วยในกระบวนการสรรหา อสม. เพราะมีความสัมพันธ์ต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ ซึ่งมีความจาเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม.ระดับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X}$ = 6.41) แยกรายข้อพบว่าพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}$ =3.06) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =7.59) พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X}$ = 3.42) พฤติกรรมด้านการป้องกันวัณโรคอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X}$ =4.37) พฤติกรรมด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล อยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X}$ =2.58) พฤติกรรมด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X}$ =4.35) ซึ่งขวัญเมือง แก้วดำเกิง(2554)[6] พบว่า การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นพื้นฐานต่ำจะมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเข้านอนโรงพยาบาลบ่อยขึ้นและมีอัตราการตายสูงขึ้น แต่ถ้ามีความรอบรู้ระดับพื้นฐานสูงเพียงพอจะทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง) ในฐานข้อมูลสถานะสุขภาพของประชาชนคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและการผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ที่ติดอยู่ใน 10 อันดับของประเทศสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณรัตน์ รัตนวรางค์ และคณะ (2561)[13] ได้ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพโดยรวม อยู่ระหว่าง 17-92 คะแนน จากคะแนนเต็ม 96 คะแนน ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 6.0 เท่านั้น ที่มีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 94.0 เป็นกลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพในระดับไม่เพียงพอและก้ำกึ่ง เมื่อพิจารณาความฉลาดทางสุขภาพจำแนกตามองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพทั้ง 6 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะด้านความรู้ความเข้าใจและการแปลความหมาย อยู่ในระดับถูกต้องสูง ร้อยละ 66.9 ในขณะที่ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการ อยู่ในระดับก้ำกึ่ง ร้อยละ 42.4 การสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยง อยู่ในระดับก้ำกึ่ง ร้อยละ 60.6 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 44.5 การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 62.0 และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ อยู่ในระดับก้ำกึ่ง ร้อยละ 48.9 และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การประกอบอาชีพ การมีโรคร่วม และระยะเวลาที่เป็นเบาหวานกับความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า อายุ ระดับการศึกษาการประกอบอาชีพ รายได้ และระยะเวลาที่เป็นเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับเบญจวรรณ บัวชุ่ม(2562)[14] ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า มีพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 36.77 และระดับพอใช้คือมีพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องเล็กน้อย ร้อยละ 9.87 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจิตติยา ใจคาและคณะ(2564)[15] ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน พบว่า อสม. มีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ที่พึงประสงค์ ออกกำลังกาย ร้อยละ 62.87 คลายเครียดด้วยการพักผ่อนมากที่สุด ร้อยละ 86.83 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 90.12 และไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 56.59 นอกจากนี้ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ เชิงบวกกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r= 0.12, p<.05$) ซึ่งจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจะพบว่า อสม. มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.80 ส่งผลให้การปฏิบัติตัวในระดับที่ไม่ดีได้

ภายหลังการเข้าร่วมรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. พบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของ เบญจวรรณ ถนอมชยธฎัช และคณะ[16] พบว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองและสังคมจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม.ในระดับมาก ร้อยละ 72.0 และรัฐพล อินทรวิชัยและคณะ[17]ได้จัดโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการป้องกันโควิด-19 พบว่า อสม มีการปฏิบัตตามบทบาทเพิ่มขึ้น

ภายหลังการเข้าร่วมรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. พบว่า ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันวัณโรค การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลและการป้องกันโควิด เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) ยกเว้นการสูบบุหรี่ สอดคล้องกับ พิศมัย สุขอมรรัตน์, (2562)[18] น่าจะเนื่องมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับการอบรมและปลูกฝังให้ปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อในเรื่องของการล้างมือและการใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการส่งเสริมให้กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ เพื่อป้องกันการติดเชื้อต่างๆ และมีแนวทางสาหรับการส่งเสริมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในชุมชน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับประชาชน แต่ในขณะเดียวกันปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขหลายด้านเช่น ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟู และติดตามดูแล รวมทั้งภาระที่ต้องรับผิดชอบทางบ้าน การทำงาน ประกอบอาชีพ การเลี้ยงดูครอบครัวตนเอง การทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเกษตรกร อาสาสมัครป้องกันฝ่ายพลเรือน เป็นต้น ทำให้มีเวลาไม่เพียงพอในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการนำโปรแกรมไปขยายในกลุ่ม อสม. พื้นที่อื่นๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อไป เพื่อให้สามารถนำไปถ่ายทอดต่อแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. กลุ่มที่สูบบุหรี่ควรมีการประเมินภาวะการเสพติดบุหรี่และความตั้งใจในการเลิกบุหรี่เพื่อจัดการเข้าสู่โปรแกรมการเลิกบุหรี่

2. ควรมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องหลังการพัฒนารอบ 6 เดือนและ 1 ปี เพื่อติดตามผลของการใช้รูปแบบการพัฒนาอย่างยั่งยืน

3. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก
3อ. 2ส. ของ อสม.

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน ที่กรุณาตอบแบบสอบถาม และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี และท่านอื่นๆ ที่ได้กรุณาให้ความสะดวก ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. รายงานข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. กรมควบคุมโรค. 2562.รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562.

3. HDC.ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD). เข้าถึงได้จาก: http://udn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php ออนไลน์ 20 ธันวาคม 2566.
4. กองวัณโรค,2564. รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรคประเทศไทย ออนไลน์ www.tbthailand.org. ออนไลน์ 27 กุมภาพันธ์ 2566.
5. กองสุขศึกษา. รายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พ.ศ. 2565.กรุงเทพฯ.2565.
6. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, ดวงเนตร ธรรมกุล. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงวัย.วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2558;9(2):1-8.
7. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือ อสม. ยุคใหม่. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2562.
8. Nutbeam D. The evolving concept of Health literacy. Soc Sci Med. 2008;67:2072-8.
9. นิสา ปัญญา.ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. หมอประจำบ้าน เขตสุขภาพที่ 10. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึง เมื่อ 13ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. หมอประ.pdf (moph.go.th)
10. จุฑาภรณ์สว่างเมฆ.ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม) หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบจังหวัดกระบี่. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2565;6(3):121-129
11. กัลยาณี ตันตรานนท์ อนนท์ วิสุทธิ์ธนานนท์ เดชา ทำดี.(2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชน ตำบลท่าวังตาล อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พยาบาลสาร 46 (4) 49-58
12. ประภัสสร งาแสงใส, ปดิรดา ศรีเสียน, สุวรรณา ภัทรเบญจพล. กรณีศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน. ว.เภสัชศาสตร์อีสาน 2557;9:82-7.
13. วรรณรัตน์ รัตนวรางค์. วิทยา จันทร์ทา. ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท. The Journal of Baromarajonani College of Nusing, Nakhonratchasima.2561;24(2):34-51.
14. เบญจวรรณ บัวชุ่ม.ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลป่าจิ้ว อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย.ารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.2563;16(3): 49-58.
15. จิตติยา ใจคาและคณะ.ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลาพูน. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ 2564;8(2):1-24.
16. เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, รัถยานภิศ รัชตะวรรณ, บุญประจักษ์ จันทร์วิน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตัวเองและสังคมจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ 2564; 6(12):360-75.
17. รัฐพล อินทรวิชัย,บรรจบ แสนสุข,สวิณีย์ ทองแก้ว,ประเสริฐ ประสมรักษ์,กรกวรรษ ดารุนิกร.ผลการพัฒนาศักยภาพและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดยโสธร. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี 2566;21(1):23-36.
18. พิศมัย สุขอมรรัตน์,พิณญาดา อาภัยฤทธิ์. ประเมินผลการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามนโยบายชุมชนสร้างสุข : “สุขกาย สุขใจ สุขเงิน” [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึง เมื่อ 13ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.hed.go.th/linkHed/387

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

Development of a model for organizing nursing services for patients undergoing anesthesia. In One day surgery to Borabue Hospital. Maha Sarakham Province

(Received: May 23,2024 ; Revised: May 26,2024 ; Accepted: May 27,2024)

ฐาปริมนต์ วงศ์รัตนจิรากุล[1]
Thaparimont Wongratanajirakul[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จำนวน 66ราย เครื่องมือใช้แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกตามระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัดแบบติดตามอาการภายใน 24 ชั่วโมงหลังจำหน่าย และแบบประเมินความพึงพอใจ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการตอบแบบสัมภาษณ์ การประชุมระดมสมองและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา : รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นการปรับรูปแบบบริการทางวิสัญญี สามารถจัดตั้งคลินิกเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดโดยวิสัญญีแพทย์และพยาบาล และมีหอผู้ป่วยรองรับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ สามารถผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเพิ่มขึ้นจากสัปดาห์ละ 2 รายเป็นสัปดาห์ละ 5 - 7 ราย ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีลดลงเหลือร้อยละ 6.06 เพิ่มระบบติดตามผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงหลังจำหน่ายกลับบ้าน และความพึงพอใจในการรับบริการทางวิสัญญี อยู่ในระดับดีมาก

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดบริการ การระงับความรู้สึก การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

Abstract

This study aimed to develop a service management model and study the results of the developed model. Method: This research is action research . Conducted from July 2022 to June 2023, carried out in 5 steps: 1) Study and analyze the problem. Using the concept of Six building blocks 2) Design and develop a model Using system theory, 3) putting the model to test, 4) improving the model, 5) putting the model into practice. Summarize and follow up and evaluate results. The sample consisted of 18 service providers and 66 same-day surgery patients. The instrument used an interview form. Preoperative, intraoperative, and postoperative periodic recording of symptoms within 24 hours after discharge. and satisfaction assessment form Data were collected by answering interviews. Brainstorming sessions and focus groups Quantitative data were analyzed using descriptive statistics. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Result: The developed model is an adjustment to the anesthesia service model. A pre-surgery preparation clinic can be established by anesthesiologists and nurses. And there is a ward to support same-day surgery care patients. Able to perform same-day surgery, increasing from 2 cases per week to 5 - 7 cases per week. Anesthesia complications decreased to 6.06%, adding a patient follow-up system within 24 hours after discharge home. and satisfaction in receiving anesthesia services It is at a very good level. Conclusion: The format has been developed. Able to control the patient's condition and reduce spoon insertion The patient was finally safe and returned home.

Keywords : service organization model anesthesia Same day surgery

[1] งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

ปัจจุบันการพัฒนาระบบสาธารณสุขทั่วโลกได้มีการพัฒนาสาธารณสุขระบบต่างๆ มากมายโดยให้ความสำคัญและความสะดวกสบายแก่ผู้ป่วยและผู้รับบริการให้เกิดความปลอดภัยสูงสุด (Healthcare System with Quality and Safety for all) จึงมีการปรับปรุงระบบให้ตอบสนองการให้บริการแก่ผู้รับบริการมากยิ่งขึ้นรัฐบาลจึงได้ประกาศแผนยุทธศาสตร์ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข สะท้อนถึงความตระหนักและให้ความสำคัญในปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นการพัฒนาระบบบริการ การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (Same Day Surgery หรือ One Day Surgery ODS) ซึ่งมีแนวโน้มการบริการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากมีข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นถึงความคุ้มค่าและประโยชนที่จะได้รับทั้งในแง่ของผู้ให้บริการและประชาชนผู้รับบริการและที่ผ่านมา ความปลอดภัย (Safety) ของผู้รับบริการการผ่าตัดแบบวันเดียว กลับถือเป็นเป้าหมายสำคัญของการให้บริการเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเหมาะสม[1]

ในการผ่าตัดแบบ ODS ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการระงับความรู้สึก ซึ่งอยู่ภายใต้การให้บริการทางวิสัญญี เป็นการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการผ่าตัด สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้กำหนดความปลอดภัยจากการให้บริการทางวิสัญญี safe anesthesia ภายใต้หัวข้อ safe surgery เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกแนวทางการจัดการเมื่อเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ ดังนั้นการคัดเลือกวิธีการทางวิสัญญีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยหรือหัตถการการผ่าตัดจึงมีความสำคัญ ซึ่งเป้าประสงค์ของการให้การรักษาทางวิสัญญี ในผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ คือ สามารถควบคุมสภาวะของผู้ป่วยในระหว่างการผ่าตัดหรือหัตถการได้ผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนน้อย และฟื้นตัวได้ไวกลับสู่ภาวะปกติอย่างรวดเร็ว จึงต้องอาศัยความใส่ใจในการเลือกวิธีการระงับปวด การป้องกันการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนและการให้สารน้ำ ในการคัดเลือกวิธีการทางวิสัญญียังขึ้นกับวิธีการผ่าตัดหรือหัตถการ และสภาวะของผู้ป่วยเพื่อให้การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยปลอดภัยและ มีความพึงพอใจเป็นสิ่งสำคัญ[2]

โรงพยาบาลบรบือ เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 ขนาด 120 เตียง ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการผ่าตัดทางศัลยกรรมทั่วไปแบบ ODS เมื่อเดือน ตุลาคม พ.ศ.2565 โดยเริ่มจาก Case Breast mass ทำผ่าตัด Wide excision ผลการดำเนินงานพบจำนวนผู้ป่วย 3 รายในเดือนแรกซึ่งมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลขนาด M2 เหมือนกัน อาจเนื่องมาจากยังไม่มีรูปแบบการบริการที่ชัดเจนยังคงใช้รูปแบบเดียวกับการรับผู้ป่วยผ่าตัดทั่วไป ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยไม่ได้มาพบวิสัญญีพยาบาลทุกรายเพื่อประเมินปัญหา ทำให้ผู้ป่วยขาดการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด บางรายต้องงดการผ่าตัด ในระหว่างการผ่าตัดยังใช้การดมยาสลบแบบผู้ป่วยผ่าตัดทั่วไปทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ช้าพบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดทำให้ไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้ภายในวันเดียวตามเกณฑ์ วิสัญญีพยาบาลไม่สามารถติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดได้ครบถ้วนเนื่องจากผู้ป่วยกลับบ้านก่อนและลืมขอเบอร์ติดต่อผู้รับบริการ นอกจากนี้การสื่อสารความเข้าใจนโยบายการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในระดับผู้ปฏิบัติยังไม่ทั่วถึงทั้งนี้โรงพยาบาลบรบือมีนโยบายจะเปิดบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเพิ่มในกลุ่มโรค Wide excision breast mass Hemorrhoid banding Circumcision ซึ่งแนวโน้มการผ่าตัดจะมีเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยในบทบาทของวิสัญญีพยาบาลจึงได้ตระหนักถึงความสำคัญในการให้บริการด้านการระงับความรู้สึก ในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เพื่อให้มีการดูแลครอบคลุมตั้งแต่ระยะเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดทั้งร่างกายจิตใจ ดูแลการให้ยาระงับความรู้สึก ในขณะผ่าตัดและหลังการผ่าตัดในห้องพักฟื้น ตลอดจนการเยี่ยมหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับก่อน

จำหน่าย จึงมีการพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานเป็นมาตรฐานเดียวกัน เป้าหมายสำคัญเพื่อลดอัตราการติดเชื้อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (re-admission) ระยะเวลาในการฟื้นสภาพน้อยลง ลดค่าใช้จ่าย ลดความแออัดภายใต้การทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และทำงานอย่างเป็นระบบลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยและญาติเพิ่มความพึงพอใจต่อการบริการและส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่เหมาะสมของโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น ในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่เหมาะสมของโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบ ODS ภายใต้การระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลบรบือ การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566 ดำเนินการ 3 วงรอบ โดยมี 5 ขั้นตอนการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ ดังนี้

วงรอบที่ 1 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2565)

ขั้นที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาของการดำเนินงาน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาในช่วงแรกของการดำเนินงานจากแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก ในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด Six building blocks ขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ ระบบบริการ (service delivery) กำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce) ระบบข้อมูลสารสนเทศ (information system) การจัดการระบบเวชภัณฑ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ (medicines, medical products, technology, intervention) การจัดการงบประมาณ (financing) และผู้นำและการอภิบาลระบบ (leadership and governance) ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาและโครงสร้างจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นกลุ่มผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดแบบ ODS ได้แก่ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล ศัลยแพทย์ พยาบาลประจำห้องผ่าตัด พยาบาลแผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก พยาบาลประจำหอผู้ป่วย รวม 30 คน นำมาวิเคราะห์ข้อมูลจัดเป็นหมวดหมู่ ดำเนินการช่วงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565

ขั้นที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบการจัดบริการ เป็นการออกแบบและพัฒนากระบวนการทำงาน ผ่านการประชุมระดมสมองโดยนำข้อคำถามปลายเปิดตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบเข้ามาประยุกต์ใช้ ได้แก่ (1) ข้อมูลนำเข้า (input) เป็นข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 (2) กระบวนการทำงาน (Process) ใช้แผนภูมิกระบวนการไหลของงาน (Flow chart) มาเป็นตัวกำหนดขั้นตอนตามลำดับก่อนหลัง และ (3) ผลผลิต (output) วัดจากตัวชี้วัดที่กำหนดตามแบบจัดเก็บตัวชี้วัด

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากตัวแทนคณะกรรมการพัฒนาระบบ ODS โรงพยาบาลบรบือ จำนวน 18 ราย หลังจากนั้นนำรูปแบบการจัดบริการที่พัฒนาขึ้นปรึกษาและผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จนได้ฉันทามติจากผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ดำเนินการช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2565

ขั้นที่ 3 การทดลองรูปแบบครั้งที่ 1 เริ่มดำเนินการตามรูปแบบการจัดบริการที่พัฒนาขึ้นใช้ระยะเวลา 3 เดือน ติดตามปัญหาและผลการดำเนินงาน โดยใช้แบบประเมินการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด แบบบันทึกขณะผ่าตัดของวิสัญญี ระยะหลังผ่าตัด ใช้แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน และแบประเมินระดับความเจ็บปวด (Pain rating scale)

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 5 ราย

วงรอบที่ 2 (มกราคม- กุมภาพันธ์ 2566)

ขั้นที่ 4 การทดลองรูปแบบครั้งที่ 2 หลังจากใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น นำข้อปัญหาที่ได้มาปรับปรุงระบบบริการ โดยใช้การสนทนากลุ่มประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ชุดเดิม จากขั้นตอนที่ 2 มาร่วมในการสนทนากลุ่ม รวมจำนวน 18 ราย ใช้เวลา 60 นาที โดยใช้คำถามปลายเปิดตามขั้นตอนการให้บริการและผลการจัดเก็บตัวชี้วัด หลังจากนั้นนำข้อมูลผลสรุปที่ได้ผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จนได้ฉันทามติจากผู้เชี่ยวชาญทุกท่านและดำเนินการทดลองใช้รูปแบบครั้งที่ 2 หลังปรับปรุงใช้ระยะเวลาอีก 1 เดือนในการทดลองดังกล่าว

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS ในเดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 จำนวน 5 ราย

วงรอบที่ 3 (มีนาคม- มิถุนายน 2566)

ขั้นที่ 5 การนำรูปแบบไปใช้จริง เป็นการศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้การระงับความรู้สึก ที่มารับการผ่าตัดแบบ ODS เก็บข้อมูลโดยใช้ระบบลงทะเบียนการทำหัตถการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One day surgery system) ใช้แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยแต่ละระยะของการให้การระงับความรู้สึก ได้แก่ ระยะก่อนระงับความรู้สึกใช้แบบประเมินผู้ป่วยเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด (Pre anesthetic evaluation record) ระยะขณะการระงับความรู้สึก ใช้แบบบันทึกระหว่างการระงับความรู้สึก ระยะหลังการระงับความรู้สึก ใช้แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน แบบประเมินระดับความเจ็บปวด แบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการของวิสัญญีในการผ่าตัดแบบ ODS และแบบประเมินอาการหลังจำหน่าย 24 ชั่วโมงแรก ปรับปรุงมาจากแบบประเมินความพึงพอใจของกองการพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จำนวน 66 คน ในช่วง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือใช้แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกตามระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัดแบบติดตามอาการภายใน 24 ชั่วโมงหลังจำหน่าย และแบบประเมินความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการขออนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 13/2565

ผลการวิจัย

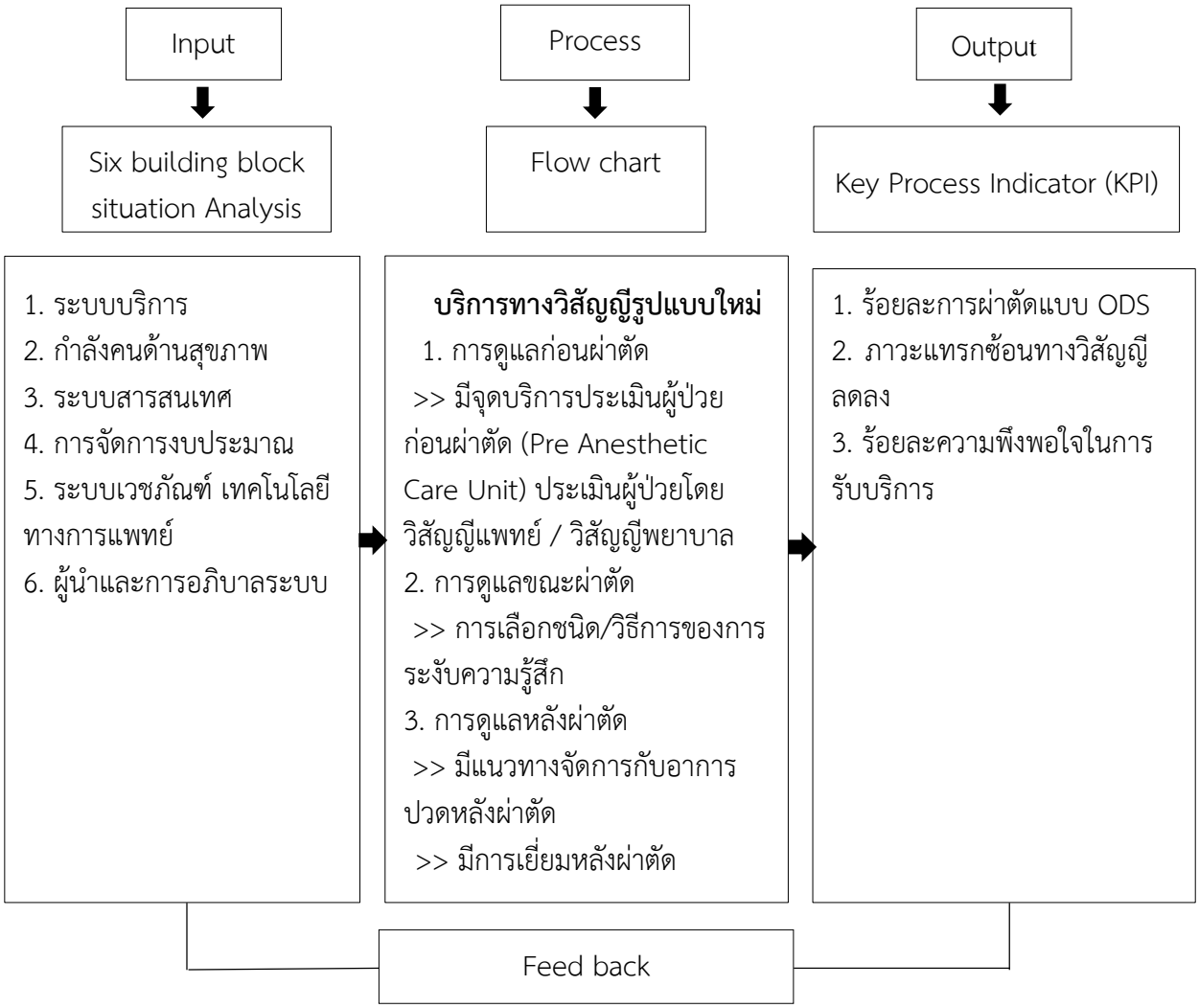
ผลการศึกษาขั้นที่ 1

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดำเนินงานโดยใช้กรอบแนวคิด Six building blocks ขององค์การอนามัยโลก โดยมีผู้ให้สัมภาษณ์และแสดงความคิดเห็นทั้งสิ้น 30 คน ได้แก่ วิสัญญีแพทย์จำนวน 2 คน วิสัญญีพยาบาล จำนวน 6 คน ศัลยแพทย์ จำนวน 6 คน พยาบาลประจำห้องผ่าตัด จำนวน 9 คน พยาบาลแผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก จำนวน 3 คน พยาบาลประจำหอผู้ป่วยแผนกละ 2 คน โดยเฉลี่ยมีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 12.5 ปี ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.66) อายุระหว่าง 30 -39 (ร้อยละ 73.33) ผลการวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิด Six building blocks (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์รูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัด

Six building blocks	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
1.ระบบบริการ (service delivery)	<u>ภาพรวมขั้นตอนการรับบริการ</u> - รูปแบบและขั้นตอนบริการไม่ชัดเจน ดำเนินการตามรูปแบบการผ่าตัดผู้ป่วยทั่วไป , ขาดผู้ดูแลรับผิดชอบการจัดบริการ <u>การเตรียมผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด</u> - ไม่มีแนวทางชัดเจนในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการระงับความรู้สึก , วิสัญญีพยาบาล ขาดการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบ ODS <u>การดูแลผู้ป่วยระยะขณะผ่าตัด</u> - การเลือกใช้ยาและวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดผ่าตัดแบบ ODS และผู้ป่วยผ่าตัดไม่แตกต่างกัน <u>การดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด</u> - การติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดไม่ครบถ้วน เนื่องจากผู้ป่วยกลับบ้านก่อน <u>การจำหน่ายผู้ป่วย</u> - ไม่มีระบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วย , ไม่มีการประเมินความพึงพอใจในการรับบริการ
2.กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	- ไม่มีอัตรากำลังแยกเฉพาะผู้ป่วย ODS
3.ระบบสารสนเทศ (Information)	- ขาดความสมบูรณ์ของการบันทึกในระบบ ODS system
4.การจัดการงบประมาณ (Financing)	- งบประมาณรวมกับการบริหารจัดการอื่นๆ ไม่ได้จัดสรรแยกเฉพาะเรื่องการจัดการผู้ป่วยในการผ่าตัดแบบ ODS
5.ระบบเวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ (medical products vaccines & technologies)	- รวมกับการบริการแบบปกติ ไม่มีการจัดสรรแยกเฉพาะหน่วย
6.ผู้นำแบะการอภิบาลระบบ (Leadership/Governance)	- ผู้บริหารให้ความสำคัญกับการดำเนินงานผ่าตัดแบบ ODS และสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณะสุข

ขั้นที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบการจัดบริการ นำปัญหาที่ได้จากขั้นที่ 1 เข้าสู่การระดมสมองเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล กระบวนการทำงาน (Process) ใช้แผนภูมิกระบวนการไหลของงาน (Flow chart) มีการปรับรูปแบบบริการทางวิสัญญี มีจุดบริการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (Pre Anesthetic Care Unit : PACU) เพื่อประเมินความเสี่ยงโดยใช้ American Society of Anesthesiologists classification (ASA class) โดยวิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล ขณะผ่าตัดมีการปรับใช้ยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยเลือกใช้ยาที่หลับเร็ว ตื่นเร็ว และลดโอกาสเกิดผลข้างเคียง ทำให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันผ่าตัด



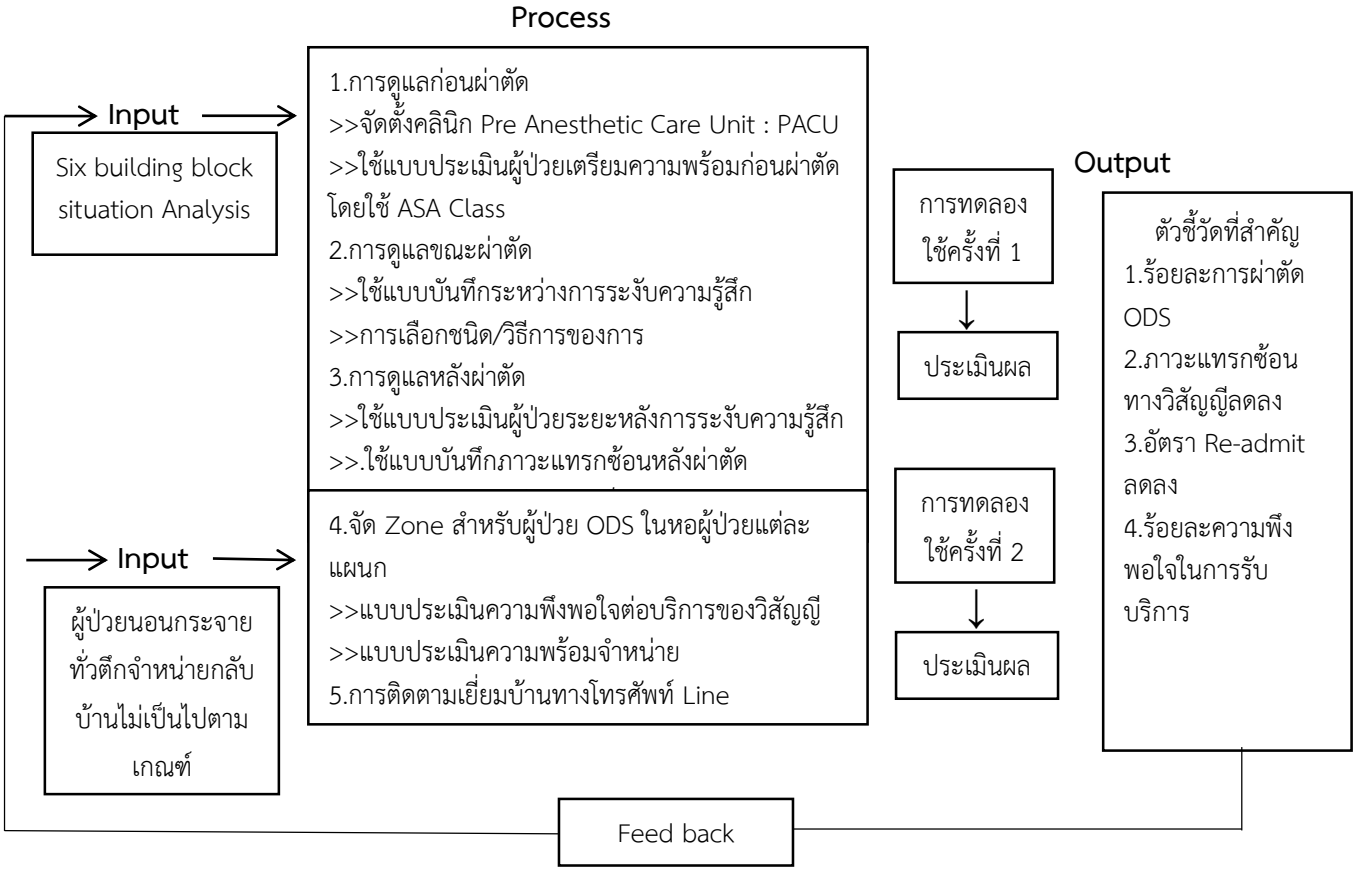
ภาพที่ 1 การออกแบบและพัฒนารูปแบบการจัดบริการตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ

ขั้นที่ 3 การทดลองรูปแบบครั้งที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS จำนวน 5 ราย อัตราการเลื่อน/งดผ่าตัดลดลง เหลือ 0 ไม่พบความเสี่ยงระหว่างการให้การระงับความรู้สึก ในการเฝ้าระวังและให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อฟื้นตัวจากผลของการระงับความรู้สึกและการจัดการความปวดที่ห้องพักฟื้น ไม่พบความเสี่ยงระหว่างการให้การระงับความรู้สึกค่าคะแนนความปวดที่ห้องพักฟื้น (Pain score 1-3) จำนวน 3 ราย มีภาวะความดันโลหิตสูง 2 รายปวดแผลผ่าตัดมาก ต้องนอนโรงพยาบาลต่ออีก 1 วัน จากการวิเคราะห์หาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงหลังผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยผู้ป่วยรายแรกลืมรับประทานยาลดความดันโลหิต ส่วนรายที่สองผู้ป่วยไม่ได้ถือยาลดความดันโลหิตมาด้วยในวันที่มาพบวิสัญญีแพทย์เพื่อประเมินก่อนผ่าตัดและผู้ป่วยลืมถือยามาในวันที่ทำการผ่าตัดจึงไม่ได้รับประทานยาลดความดันโลหิต จึงมีการปรับปรุงรูปแบบที่พัฒนาขึ้น แล้วนำไปใช้เป็นระยะเวลา 1 เดือนต่อมา

ขั้นที่ 4 การทดลองรูปแบบครั้งที่ 2 เพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยลืมรับประทานยาลดความดันโลหิตและลืมนำยาเดิมมาในวันผ่าตัดด้วย จึงมีการปรับปรุงระบบติดตามผู้ป่วย โดยเพิ่มช่องทางการติดต่อกับผู้ป่วย ด้วยการขอเบอร์โทรศัพท์และการใช้ Application line มอบหมายให้วิสัญญีพยาบาล 1 คนทำหน้าที่เป็น admin การติดตามและให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนและหลังให้การระงับความรู้สึก หลังการพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยเข้ารับการ

ผ่าตัดแบบ ODS จำนวน 5 ราย อัตราการเลื่อน/งดผ่าตัดลดลงเหลือ 0 หลังผ่าตัด ไม่พบความเสี่ยงระหว่างการให้การระงับความรู้สึก

ขั้นที่ 5 การนำรูปแบบไปใช้จริง การนำรูปแบบไปใช้จริง ผลลัพธ์หลังจากการนำรูปแบบการจัดบริการไปใช้จริงเป็นระยะเวลา 9 เดือน พบว่า มีผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมากขึ้นจำนวน 66 คน ได้รูปแบบดังนี้



ภาพที่ 2 รูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับนำไปใช้จริง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.15) เพศชาย (ร้อยละ 34.85) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี (ร้อยละ 48.48) อายุ 30-39 ปี (ร้อยละ 21.21) อายุ 20-29 ปี (ร้อยละ 18.18) และอายุมากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 12.12) ส่วนใหญ่สถานภาพโสด (ร้อยละ 54.55) สมรส (ร้อยละ 28.79) และหย่าร้าง (ร้อยละ 16.67) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 31.82) ปริญญาตรี (ร้อยละ 22.73) ไม่ได้เรียน (ร้อยละ 9.09) และสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 4.55) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 39.39) พนักงานประจำ (ร้อยละ 27.27) ข้าราชการ (ร้อยละ 15.15) รับจ้าง (ร้อยละ 12.12) และไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 6.06) และส่วนใหญ่มีประสบการณ์การจัดการความปวด (ร้อยละ 69.70) มีประสบการณ์การจัดการความปวด (ร้อยละ 30.30)

จากข้อมูลผู้ป่วยระยะก่อนและระหว่างได้รับการระงับความรู้สึกในระบบแบบวันเดียวกลับ ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการประเมินจากวิสัญญีพยาบาลทุกราย ไม่พบความเสี่ยงระหว่างการให้การระงับความรู้สึกที่ได้รับการแก้ไขและภาวะฟื้นตัวช้าหลังได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกจะเห็นได้ว่าระยะหลังการพัฒนารูปแบบ การปรับปรุงรูปแบบและนำรูปแบบไปใช้จริง อาการไม่พึงประสงค์/ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยลดลง(ร้อยละ 40 ร้อยละ 20 และ ร้อยละ 10.60) สำหรับอาการไม่พึงประสงค์/ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด ได้แก่ อาการปวดแผลระดับปานกลาง รองลงมาคือ อาการปวดแผลระดับมากที่สุ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการจัดบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ แบบเดิมกับพัฒนาใหม่

ขั้นตอน	จัดบริการผ่าตัดแบบ ODS แบบเดิม	จัดบริการผ่าตัดแบบ ODS ที่พัฒนา	ผลลัพธ์จากการพัฒนา
ศูนย์ประสานงาน	ยังไม่ชัดเจน	มีศูนย์ประสานงาน	มีผู้รับผิดชอบดูแลและดำเนินการชัดเจน
แนวทางปฏิบัติ การเตรียมผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด	- ไม่มีแนวทางชัดเจนในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการระงับความรู้สึก -วิสัญญีพยาบาล ขาดการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบ ODS	- จัดตั้งคลินิก Pre Anesthetic Care Unit : PACU - ให้แผ่นพับคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึกและเพิ่มช่องทางการติดต่อทาง Line และโทรศัพท์	มีแนวทางปฏิบัติชัดเจน - มีจัดการตั้งคลินิก Pre Anesthetic Care Unit : PACU เพื่อประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดพร้อมเพิ่มช่องทางการติดต่อให้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าในการติดตามผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด - หอผู้ป่วยมีการจัด zoneให้ผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบ ODS ให้อยู่ใน zone เดียวกันง่ายต่อการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัด
การดูแลผู้ป่วยระยะขณะผ่าตัด	- การเลือกใช้ยาและวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดผ่าตัดแบบ ODS และผู้ป่วยผ่าตัดไม่แตกต่างกัน	- ใช้แบบประเมินผู้ป่วยเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด โดยใช้ ASA Class -ใช้แบบบันทึกระหว่างการระงับความรู้สึก -การเลือกชนิด/วิธีการของการระงับความรู้สึก	
การดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด	- การติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดไม่ครบถ้วน เนื่องจากผู้ป่วยกลับบ้านก่อน - ผู้ป่วยนอนกระจายทั่วตึกทำให้เยี่ยมไม่ทั่วถึง	- ใช้แบบประเมินผู้ป่วยระยะหลังการระงับความรู้สึก - ใช้แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด -จัด zone ให้ผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบ ODS ได้อยู่ zone เดียวกัน	
การจำหน่ายผู้ป่วย	- ไม่มีระบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วย - ไม่มีการประเมินความพึงพอใจในการรับบริการ	- มีการประเมินความพึงพอใจต่อบริการของวิสัญญี - มีแบบประเมินความพร้อมจำหน่าย - มีการติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ Line	เพิ่มการเข้าถึงบริการผ่าตัดแบบ ODS
ระบบติดตามผู้ป่วย	-โทรศัพท์ติดตามหลังผ่าตัด 24, 48, 72 ชม.	- โทรศัพท์ติดตามหลังผ่าตัด 24, 48, 72 ชม. และ 1 สัปดาห์ - Application Line	- ลดค่าใช้จ่าย - ลดการเลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมตัวที่ไม่ถูกต้อง - ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม (n=66)

ความพึงพอใจ	Mean	SD
1. ด้านสถานที่	4.80	0.58
2. ด้านกระบวนการให้บริการ	4.26	0.49
3. ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ	4.66	0.51
4. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	4.88	0.60
รวมทุกด้าน	4.65	0.54

จากตารางที่ 3 พบว่า ความพึงพอใจในบริการอยู่ในระดับดีมาก ทั้งในด้านสถานที่ ด้านบริการ ด้านบุคลากรและด้านสิ่งอำนวยความสะดวก (คะแนนเฉลี่ย 4.80, 4.26 , 4.66 และ 4.88 ตามลำดับ)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลลัพธ์ของรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น ในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่เหมาะสมของโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม หลังจากได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นพบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการ ร้อยละ 100 ไม่มีภาวะวิตกกังวล และไม่มีการติดเชื้อหลังผ่าตัด เมื่อพิจารณา ถึงภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดทุกราย มีอาการปวดแผลปานกลาง ไม่พบเลือดออก หรือบวมหลังผ่าตัด

ไม่จำเป็นต้องกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ส่วนระยะเวลาในการฟื้นสภาพ พบว่า หลังผ่าตัด 2 ชั่วโมง สามารถใช้ชีวิตได้ปกติ โดยมีอาการตึงแผลเล็กน้อย สามารถทำกิจกรรมได้ปกติภายใน 1 วัน แต่ยังไม่สามารถยกของหนักได้ภายใน 2 เดือน เพื่อป้องกันภาวะแรงดันในช่องท้องสูง ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่พึงประสงค์หลังผ่าตัด ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมของ ชญานิศ ธัมธนพัฒน์[3] ศึกษาการพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ระบบการผ่าตัดและแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม อยู่ในระดับมากที่สุด ทีมผู้ให้บริการมีศักยภาพในการผ่าตัดและดูแลผู้ป่วย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน วันนอน เฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลระหว่างผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกันแบบวันเดียวกลับและรูปแบบปกติมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ เบญจวรรณ มนูญญา และสกาวเดือน ขำเจริญ[4] ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร ผลการวิจัย พบว่า 1) ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง และด้านภาวะแทรกซ้อนที่พบภายใน 1 สัปดาห์อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ 2)คะแนนเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง โดยรวมของกลุ่มทดลองน้อยกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 3) คะแนนเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบภายใน 1 สัปดาห์ โดยรวมของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับจึงควรเป็นการดูแลแบบครบวงจร ตั้งแต่เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจนถึงการติดตามผลการรักษา เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด[6,7,8]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยที่ผ่าตัดทางตา หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) เพื่อให้เกิดการวางแผนการรักษาที่เหมาะสม

2. ควรให้มีการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) ให้กับโรงพยาบาลขนาด M2 เหมือนกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบ One stop service เพื่อความเป็นเลิศในบริการ ผู้รับบริการสามารถใช้บริการเพียงจุดเดียวและสามารถกลับบ้านได้ตามเวลา

2. ควรมีการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ ที่ให้ทุนอุดหนุนการวิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและความช่วยเหลือในครั้งนี้ จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ, กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมป์.
2. ธิดา ยุคันตวรานันท์. (2558). พัฒนาระบบการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ในเขตสุขภาพที่ 10. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,กระทรวงสาธารณสุข, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
3. ชญานิศ ธัมธนพัฒน์. (2564). การพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 6(1), 57-63.
4. เบญจวรรณ มนูญญา และสกาวเดือน ขำเจริญ (2564) การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และ คุณภาพ ชีวิต, 1(1), 13-24.
5. นัยนา ผาณิบุศย์, วัลลภา ช่างเจรจา และสุนันท์ นกทอง. (2561). ผลการพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลบึงกาฬ.วารสารการพยาบาลสุขภาพจิต และการศึกษา, 2(4), 50-56.
6. เยาวเรศ ก้านมะลิ, ถนอมศิลป์ ก้าน มะลิ, และสะคราญ จิตรคงพันธ์. (2563). การพัฒนารูปแบบ บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 17(2), 183-195.
7. วิลาวรรณ อัศวสุดสาคร. (2564). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการ ระงับ ความรู้สึกในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลบุรีรัมย์. Journal of The Department of Medical Services, 46(3), 118-125.
8. อวยพร จงสกุล. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ วันเดียวกลับแบบครบวงจรของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. วารสารแพทย์เขต

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายต่อความรู้ ความวิตกกังวลและการเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

Effectiveness of the information and preparation program before giving general anesthesia on knowledge, anxiety and postponement of laparoscopic gallstone surgery patients, Wanonniwat Hospital, Sakon Nakhon Province.

(Received: May 25,2024 ; Revised: May 28,2024 ; Accepted: May 29,2024)

ชยุต ทองวงศา[1]
Chayut Thongwongsa[1]

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ต่อความรู้ ความวิตกกังวลและการเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องและได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลวานรนิวาส ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน 2567 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามความรู้ และแบบบันทึกอุบัติการณ์เลื่อนผ่าตัดจากผู้ป่วยไม่พร้อม เครื่องมือในการทดลองคือโปรแกรมการให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเปรียบเทียบใช้ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 56.67 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.33 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.33 จบระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 40.00 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 36.67 รายได้ครอบครัวต่อเดือน 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 46.67 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.00 ไม่เคยมีประวัติได้รับยาระงับความรู้สึกมาก่อน ร้อยละ 70.0 ASA class ระดับ 2 ร้อยละ 70.0 มีดัชนีมวลกาย 25.0-29.9 kg/m^2 ร้อยละ 36.67 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 76.67 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นบางครั้ง ร้อยละ 76.67 หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=13.148$, $p<0.001$) คะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-10.966$, $p<0.001$) และไม่พบอุบัติการณ์เลื่อนผ่าตัด

คำสำคัญ: การให้ข้อมูล, การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง, ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

Abstract

This quasi experimental research aimed to study effectiveness of the information and preparation program before giving general anesthesia on knowledge, anxiety and postponement of laparoscopic gallstone surgery patients, Wanonniwat Hospital, Sakon Nakhon Province. The samples were the patients who received treatment by laparoscopic gallstone surgery and giving general anesthesia during the month of February to April 2024 at Wanonniwat hospital, purposive sampling of 30 samples. The instrument of data collection included; the questionnaires of general characteristics, state anxiety test, knowledge test, and postponement of laparoscopic gallstone surgery recording form. The experimental instrument was of the information and preparation program before giving general anesthesia. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics, frequency, percentage, mean and standard deviation. The comparative parametric statistics used paired t-test.

The results showed; mainly of samples were 56.67% of age group between 50-59 years, 73.33% of female, 73.33% of married couple status, 40% of graduated from primary school, 36.67% of agricultural career, 46.67% of

[1] โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

monthly family income 10,0001-20,000 baths. The related factor of surgical and general anesthesia included; no underlying disease was 60.00%, no history of surgical and giving general anesthesia was 70.00%, ASA class of II level was 70.00%, BMI 25-29.9 kg/m^2 was 36.67%, no history of smoking was 76.67%, and sometime of alcohol drinking were 76.67%. After receiving the information and preparation program before giving general anesthesia found mean score of state anxiety was lower than before significantly (t=13.148, p<0.001) and mean score of knowledge was higher than before, respectively (t=-10.966, p<0.001). However, this research was not found postpone of laparoscopic gallstone surgery.

Key words: information giving, laparoscopic gallstone surgery, general anesthesia.

บทนำ

ปัจจุบันการผ่าตัดโดยใช้การส่องกล้องได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ที่พบอุบัติการณ์ร้อยละ 5-10 ของประชากรไทย[1] เนื่องจากการผ่าตัดส่องกล้องมีข้อดีหลายประการ ได้แก่ มีบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อและเสียเลือดน้อยกว่าการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด นอกจากนี้ยังลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม การให้ยาระงับความรู้สึกในระหว่างผ่าตัดจะแตกต่างจากการผ่าตัดทั่วไป เนื่องจากผลของการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้อง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้ป่วย รวมถึงการจัดท่าผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัด มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจและการไหลเวียนเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วย ASA class 3 ขึ้นไป[2]

เทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึกที่นิยมใช้ในการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องคือการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายหรือที่เรียกว่าการดมยาสลบและควบคุมการหายใจ เป็นวิธีการที่ปลอดภัย[3,4,5,6,7] ลักษณะการผ่าตัดส่องกล้องเป็นการใช้ trocar เจาะเข้าไปตรงกลางช่องท้องเหนือสะดือ และใช้ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ดันช่องท้องรวมถึงกะบังลมก็ถูกดันไปด้วย จึงทำให้เกิดการปวดแน่น อึดอัดท้องมากกว่าการผ่าตัดอย่างอื่น และการดันก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้อง จะส่งผลต่อระบบการหายใจ ระบบการไหลเวียนเลือดและหัวใจ รวมถึงระบบการไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะต่างๆของร่างกาย การระงับความรู้สึกทั่วร่างกายหรือการดมยาสลบทำให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าวิธีอื่น

แม้ว่าการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวขณะผ่าตัด ไม่รู้สึกเจ็บปวดและกล้ามเนื้อหย่อนตัวได้ดีขณะที่ศัลยแพทย์ทำการผ่าตัด ซึ่งเป็นวิธีที่ปลอดภัยสำหรับทำหัตการที่ใช้เวลานานๆ แต่ยังพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยๆ ได้แก่ ภาวะเจ็บคอเสียงแหบ คลื่นไส้อาเจียน ภาวะหนาวสั่น ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ และอุบัติเหตุต่อฟัน[8] การให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดยังทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับการสลบที่ลึกพอที่จะทำการผ่าตัดได้ ผู้ป่วยจะสูญเสียการป้องกันตนเองในการป้องกันการสำลัก การกดการทำงานของกระบวนการหายใจ มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ดังนั้นการทำหัตการทางศัลยกรรมภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกจึงต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ[9]

การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าเตรียมผู้ป่วยไม่ดีอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน มีโอกาสเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยในขณะที่ได้รับยาระงับความรู้สึกได้ เช่น การสำลักอาเจียน และมีสิ่งแปลกปลอมหลุดเข้าไปในทางเดินหายใจ ทำให้เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ หรืออาจมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆเกิดขึ้นได้จากโรคประจำตัวของผู้ป่วย ซึ่งในบางโรคจำเป็นต้องให้การรักษาแก้ไขก่อน มิฉะนั้นอาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับยารับความรู้สึก การให้คำแนะนำทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ เข้าใจถึงประโยชน์และโทษที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง และได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย จะช่วยให้อัตราเสี่ยงในการ

ได้รับยาระงับความรู้สึกของผู้ป่วยลดลง ช่วยลดความวิตกกังวล ช่วยลดความวิตกกังวลต่อการผ่าตัด[10] ทั้งยังส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอีกด้วย[11]

ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกนั้น ผู้ป่วยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัด การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงแนวทางการจัดการแก้ไขป้องกันและตอบข้อซักถามหากมีข้อสงสัย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลได้ ซึ่งความวิตกกังวลนี้มักมีสาเหตุมาจากกลัวการผ่าตัด ไม่ทราบขั้นตอนการผ่าตัด กลัวอันตรายจากการผ่าตัดและการดมยาสลบ ทำให้ผู้ป่วยเกิดจินตนาการและสับสนว่าควรผ่าตัดหรือไม่[10] ความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติทางด้านร่างกาย เช่น มีการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูง อาจเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ กระสับกระสาย หงุดหงิด มือสั่น ชีพจรเต้นเร็ว ความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัดยังมีผลกระตุ้นการหลั่งของ glucocorticoid hormone ออกมา ส่งผลให้ยับยั้งการสังเคราะห์ collagen ทำให้แผลหายนานกว่าปกติ[12] อีกทั้งยังทำให้ผู้ป่วยต้องการยาแก้ปวดบ่อยขึ้นและต้องการในปริมาณเพิ่มมากขึ้น[13] และมีผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการยาสลบเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย[14] นอกจากนี้ความไม่พร้อมของผู้ป่วยยังทำให้จำเป็นต้องเลื่อนการผ่าตัดออกไปด้วย[15]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้[10,16,17] ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น[18,19] สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง[19] ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด[15] ตลอดจนสามารถลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนวิกฤติของระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือดหลังได้รับยาระงับความรู้สึก และไม่พบอุบัติการณ์งดเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วยได้[20] ประโยชน์ของการให้ข้อมูลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยนั้น เป็นการใช้หลักการให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงปราศจากความคลุมเครือ มีความจำเป็น เฉพาะเจาะจงและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ ทำให้ปฏิกิริยาการตอบสนองทางด้านจิตใจลดลง เช่น ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ความกลัว และความทุกข์ทรมาน อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม[21]

สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลวานรนิวาสระหว่างปี 2564 – 2566 จำนวน 4,950 ราย , 5,277 ราย และ 6,377 ราย ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ จำนวน 2,480 ราย, 3,927 ราย และ 4,579 ราย ตามลำดับ และยังพบว่าการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องเป็น 1 ใน 5 อันดับแรกของการบริการผ่าตัดของโรงพยาบาลวานรนิวาสตลอดมา อัตราการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องเมื่อเทียบกับการผ่าตัดใหญ่ทั้งหมดในแต่ละปีคิดเป็นร้อยละ 7.3, 5.4 และ 5.8 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์เลื่อนการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องเนื่องจากผู้ป่วยไม่พร้อม จำนวน 5 ราย, 4 ราย และ 1 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีสาเหตุมาจากความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด กลัวผ่าตัดแล้วไม่ฟื้น เป็นต้น จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้วิจัยซึ่งเป็นวิสัญญีพยาบาลผู้ให้บริการทางวิสัญญีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดร่วมกับวิสัญญีแพทย์ ได้เล็งเห็นความสำคัญของการให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง แม้ว่าในการปฏิบัติงานที่ผ่านมาพยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลจะมีการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดก็ตาม แต่ยังพบว่าในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อเตรียมผ่าตัดในแต่ละรายนั้นมีแนวทางการอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมถึงการอธิบายเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกไม่ครอบคลุมทุกประเด็น ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องขึ้น และนำโปรแกรมดังกล่าวมานำเสนอในการประชุมกลุ่มวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลได้ปรับปรุงแก้ไข

ก่อนนำมาทดลองใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการทางวิสัญญีสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและผู้ป่วยปลอดภัย

วัตถุประสงค์การศึกษา

วัตถุประสงค์ทั่วไป: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ต่อความรู้ ความวิตกกังวลและการเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึก
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึก
3. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดจากผู้ป่วยไม่พร้อมในการผ่าตัดหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 1 กลุ่มวัดผลหลังการทดลอง ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – เมษายน 2567 ใช้เวลาประมาณ 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยนิ่งในถุงน้ำดีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวานรนิวาส มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดส่องกล้องและให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ในระหว่างดำเนินการศึกษา เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีอายุ 18-59 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) เป็นการผ่าตัดแบบ Elective case 4) รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารภาษาไทยรู้เรื่อง ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับสายตาและการได้ยิน และ 5) ยินยอมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมในการศึกษา ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการสื่อสารและการได้ยิน เป็นใบ้หรือหูหนวก ผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ หรือผู้ป่วยต้องการออกจากการศึกษา เป็นต้น

คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G* power เลือก means: difference from constant (one sample case) เลือกการทดสอบทางเดียว วิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ของ Polit & Hungler[22] กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) 1-β เท่ากับ 0.80 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (alpha) α เท่ากับ 0.05 ขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน[23] เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น (Dropped out) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10[24] ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย

ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยคัดเลือกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือในการดำเนินการศึกษา แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้ยาระงับความรู้สึก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติการผ่าตัดและได้รับยารับความรู้สึก ASA classification และข้อมูลภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวล ในการศึกษานี้ใช้แบบสอบถามระดับความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (State Anxiety) ของสปิลเบอร์เกอร์

(Spielberger) แปลเป็นไทยโดยดาราวรรณ ต๊ะปินตา [25] เป็นการวัดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์การเข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับยาระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัดที่เป็นสิ่งเร้าให้เกิดความวิตกกังวลในขณะนั้น เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อความที่แสดงถึงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นข้อความที่มีความหมายเชิงลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 และข้อความที่มีความหมายเชิงบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 วิธีการตอบแบบวัด เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ 1 เท่ากับ ไม่เลย 2 เท่ากับ มีบ้าง 3 เท่ากับ ค่อนข้างมาก และ 4 เท่ากับ มากที่สุด ผู้ตอบจะต้องพิจารณาว่าข้อความในแต่ละข้อความตรงกับความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในภาพการณ์ทั่วๆไป มากน้อยเพียงใด คะแนนรวมที่ได้จากแบบวัดความวิตกกังวลแบบ State Anxiety แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือถ้าผู้ตอบได้คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20 คะแนน แสดงว่ามีความวิตกกังวลต่ำมาก 21-39 คะแนน แสดงว่ามีความวิตกกังวลต่ำ 40-59 คะแนน แสดงว่ามีความวิตกกังวลมาก และ 60-80 คะแนน แสดงว่ามีความวิตกกังวลมากที่สุด ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ในการเตรียมตัวก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 30 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบ “ถูก” ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบ “ผิด” ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-30 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรู้ดีกว่าคะแนนรวมต่ำ การแปลผลระดับคะแนนอิงเกณฑ์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom[26] แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับดังนี้ ความรู้ระดับสูง ได้คะแนน 24 - 30 คะแนน ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนน 18 - 23 คะแนน และความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนน 0 - 17 คะแนน และส่วนที่ 4 แบบบันทึกอุบัติการณ์เลื่อนผ่าตัดจากผู้ป่วยไม่พร้อมอภิปรายผลโดยนำมาคิดเป็นจำนวนและร้อยละของอุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์เลื่อนนัดผ่าตัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ราย และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์รายข้อโดยใช้ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.91-1.00 ส่วนโปรแกรมการให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้ การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability): นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญมาแล้ว ไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลวานรนิวาส จำนวน 30 ชุด และนำมาวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) พบว่าแบบสอบถามความรู้ได้ค่า Kr-20 เท่ากับ 0.73 และแบบสอบถามความวิตกกังวลได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.78

ขั้นตอนการศึกษา

ขั้นเตรียมการ 1) ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง การให้ยาระดับความรู้สึก และการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 2) เขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร 3) หลังได้รับการอนุมัติผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จัดประชุมวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลวานรนิวาสที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่องค์กรและผู้รับบริการจะได้รับจากการศึกษา รวมถึงการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมงานแต่ละคน

ขั้นดำเนินการ ในการดำเนินโปรแกรมการให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมด้วยตนเอง มีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดที่หอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องในการทำวิจัยครั้งนี้ โดยได้มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบเพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการปฏิบัติตามขั้นตอนการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย สอบถามความวิตกกังวล และความรู้ในการเตรียมตัวก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก ก่อนดำเนินโปรแกรม

3. เริ่มดำเนินโปรแกรมโดยการแนะนำตัวผู้วิจัยและบทบาทของผู้วิจัยในฐานะวิสัญญีพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายก่อนทำการผ่าตัด ให้ความรู้เกี่ยวกับนิ่วในถุงน้ำดี การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง การเตรียมตัวก่อนได้รับการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึก การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย การปฏิบัติตัวระยะแรกหลังผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ขณะให้ความรู้ใช้แผ่นภาพประกอบการสอน หลังจากนั้นจึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย และสรุปวิธีเตรียมตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัดและรับยาระงับความรู้สึก ใช้เวลาในให้ข้อมูลประมาณ 20-30 นาที

4. หลังจากนั้นจึงตรวจร่างกายและประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลวานรนิวาส

4.1 เตรียมด้านร่างกายผู้ป่วยด้วยการซักประวัติโรคประจำตัว ยาที่รักษาโรคประจำตัวในปัจจุบัน ตรวจร่างกาย ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม ประเมินความเสี่ยงและการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง เป็นต้น

4.2 ด้านจิตใจ ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยว่ามีความพร้อมหรือไม่ สอบถามประวัติเดิม ถ้าเคยได้รบยาระงับความรู้สึกมาก่อน ปัญหาที่เคยเกิดขึ้นมีอะไรบ้าง อธิบายให้ผู้ป่วยได้ทราบวิธีการให้ยาระดับความรู้สึก และให้คำปรึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้อง

5. เก็บแบบสอบถามความวิตกกังวลและแบบสอบถามความรู้ในการเตรียมตัวก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกที่ห้องผ่าตัด ใช้เวลาประมาร 5-10 นาที เพื่อเป็นการทดสอบหลังดำเนินโปรแกรม และเตรียมความพร้อมก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยดังนี้

5.1 เตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยทุกราย ตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้และมีประสิทธิภาพดี ไม่มีข้อบกพร่องเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

5.2 ให้ยาก่อนให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วย ช่วยให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง ยาสลบที่จะใช้ก็จะลดปริมาณลงได้ ช่วยทำให้การหลั่งของน้ำลายและเสมหะน้อยลง ทำให้น้ำลายและเสมหะไม่ไหลลงปอดขณะให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วย ปฏิกิริยาแทรกซ้อนก็จะเกิดขึ้นได้น้อย เป็นต้น

5.3 หลังผ่าตัด ดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นจนกว่าผู้ป่วยจะปลอดภัย แล้วจึงนำส่งผู้ป่วยไปที่หอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องต่อไป

6. หลังดำเนินโปรแกรม 3 เดือน เก็บบันทึกอุบัติการณ์เลื่อนผ่าตัดจากผู้ป่วยไม่พร้อม และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำไปวิเคราะห์ผลการศึกษาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลเชิงปริมาณพบว่ามีการกระจายตัวแบบปกติ (Normal Distribution) โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov Smirnov test (KS test) จึงใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ 1) ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้วยสถิติพื้นฐานความถี่ ร้อยละ 2) ใช้สถิติอนุมาน paired t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลและความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม 3) ใช้สถิติเชิงพรรณนาอธิบายอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่พร้อม

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่ SKN REC 2024-057

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง: พบว่าส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 56.67 อายุเฉลี่ย 49.77 ปี (S.D.=7.49 ปี) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.33 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.33 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 40.00 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 36.67 รายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 46.67 ส่วนด้านประวัติที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.00 ไม่เคยมีประวัติผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึก ร้อยละ 70.0 ASA class ระดับ 2 ร้อยละ 70.0 ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25.0-29.9 kg/m^2 ร้อยละ 36.67 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 76.67 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นบางครั้ง ร้อยละ 76.67

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลมาก ร้อยละ 86.67 และมีความวิตกกังวลต่ำ ร้อยละ 13.33 หลังได้รับโปรแกรมพบว่ามีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 90.00 และยังคงมีความวิตกกังวลมาก ร้อยละ 10.00 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติ paired t-test พบว่าหลังได้รับโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t=13.148, p<0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.00 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 26.67 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.33 ตามลำดับ หลังได้รับโปรแกรมพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.67 และระดับปานกลาง ร้อยละ 3.33 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติ paired t- test ทดสอบพบว่าหลังได้รับโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t=-10.966, p<0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		df	t-test	p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ความวิตกกังวล	51.50	6.31	36.83	1.97	29	13.148	<0.001*
ความรู้	22.13	2.36	27.97	1.63	29	-10.966	<0.001*

* p<.01

สรุปและอภิปรายผล

การอภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ดังนี้คือเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ต่อความรู้ ความวิตกกังวลและการเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของศุภางค์ ดำเกิงธรรมและคณะ[18] และการศึกษาของฐิตารีย์ อิงไธสง[19] ที่พบว่าการให้ข้อมูลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มสูงขึ้น ส่วนด้านความวิตกกังวลนั้นพบว่าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และไม่พบ

อุบัติการณ์เลื่อนผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยหลายเรื่องที่พบว่าการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึกสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้[15,16,17,18] สามารถอธิบายได้ว่าการให้ข้อมูลเป็นวิธีการเตรียมความพร้อมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดแบบส่องกล้องและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย การให้ข้อมูลที่เป็นจริงจึงเป็นการจำลองภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เตรียมจิตใจและร่างกายให้เกิดความพร้อมต่อสถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น การให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยนั้น ประกอบด้วย คำแนะนำเกี่ยวกับโรคนิ่วในถุงน้ำดี กระบวนการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบส่องกล้องและให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยระหว่างผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัด และคำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เมื่อผู้ป่วยเกิดความเข้าใจก็สามารถแปลความหมายของข้อมูลที่ได้รับ ทำให้สามารถควบคุมพฤติกรรมของตัวเองและเกิดการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ทำให้ปฏิกิริยาการตอบสนองทางด้านอารมณ์ลดลง[21] และเมื่อประเมินผลหลังดำเนินโปรแกรมการให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในกลุ่มตัวอย่าง จึงพบว่าระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง ส่งผลให้ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยมีความพร้อมต่อการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องและการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย จึงทำให้ไม่พบอุบัติการณ์เลื่อนผ่าตัดในการศึกษานี้

กล่าวโดยสรุป การให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายทำให้ผู้รับบริการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องมีความรู้เพิ่มมากขึ้นและลดความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดอุบัติการณ์เลื่อนผ่าตัดจากผู้ป่วยไม่พร้อม

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริการทางการพยาบาล ควรนำเสนอผลการศึกษาในเวทีประชุมผู้บริหารทางการพยาบาลและขับเคลื่อนการขยายผลการศึกษาไปใช้ในการเตรียมผู้ป่วยในการรับบริการตามกระบวนการรักษาอื่นๆต่อไป

2. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล ควรมีการปฏิบัติการพยาบาลในการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยทุกกลุ่มวัยอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามนิเทศน์งานโดยจากหัวหน้างานอย่างต่อเนื่องเพื่อกระตุ้นเตือนให้พยาบาลวิสัญญีผู้ปฏิบัติงานเกิดความตระหนักและปฏิบัติเป็นประจำจนกลายเป็นวัฒนธรรมขององค์กรซึ่งจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ต่อความปลอดภัยของรับบริการทุกราย

3. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล ควรศึกษาโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในระยะยาว เพื่อยืนยันว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพจริงหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

1.สรรชัย กาญจนลาภ. บทความฟื้นฟูวิชาการ นิ่วในระบบทางเดินน้ำดี. เวชสารแพทย์ทหารบก 2554,64(1),39-45.

2.ธวัช ชาญชญานนท์. Anesthesia for Laparoscopic Surgery [อินเตอร์เน็ต]. ม.ป.ป.[เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2566]. แหล่งข้อมูล http://medinfo2.psu.ac.th/anesth/education/laparoscopic.html

3. Joris JL. Anesthesia for laparoscopic surgery. In: Miler RD, editor. Miller's anesthesia 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2010.

4. Cunningham AJ, Nolan C. Anesthesia for minimally invasive procedures. In: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, editors. Clinical anesthesia. 5th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins;2006.

5.Cunningham AJ. Anesthetic implications of laparoscopic surgery. Yale J Biol Med 1998,71,551-578.
6.Joshi GP. Anesthesia for laparoscopic surgery. Can J Anaesth 2002,49,R1-R5.
7.Gerges FJ, Kanazi GE, Jabbour-Khoury SI. Anesthesia for laparoscopy: a review. J Clin Anesth 2006,18,67-78.
8.วรรณพร ทองประมูล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะออกซิเจนต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในห้องพักฟื้น. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2558,31(4),120-131.
9.สมรัตน์ จารุลักษณานันท์, สุวรรณี สุรเศรณีวงศ์. การวิจัยสหสถาบันเพื่อการศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในประเทศไทย (THAI AIMS). J Med Assoc Thai 2008,91,1011-1018.
10.ขษีร์สิริ หงส์วิไล. ผลลัพธ์ของแบบแผนการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก[วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2556.
11.สราวุฒิ สีสถาน. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง. วารสาร มฉก. วิชาการ 2560,20(40),101-113.
12.Balentine J, Hermosillo J, Robinson N, Berger H, Naik D. Depression is associated with prolonged and complicated recovery following colorectal surgery. Journal of Gastrointestinal Surgery 2011,15(10),1712.
13.Wells JK, Howard GS, Nowlin WF, Vargas MJ. Presurgical anxiey and postsurgical pain and adjustment: Effects of a stress inoculation procedure. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1986,54(6),831-835.
14.Maranets I, and Kain FT. Preoperative anxiety and intra-operation anesthesia Requirement. Anesthesia and Analgesia 1999,89(1999),1346-1351.
15.ยุพิน บุญปถัมภ์, จงกลนี ดาววิจิตรและอรุณีย์ ไชยชมภู. ผลของการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่คลินิกวิสัญญีต่อการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกอย่างน้อย 1 วัน ก่อนผ่าตัดและการงดเลื่อนผ่าตัดในผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564,30(4),706-716.
16.ดวงดาว อรัญวาสน์, สิริรัตน์ ตรีพุทธรัตน์, เทพกร สาธิตการมณีและกชกร พลาชีวะ. ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว. วิสัญญีสาร 2555,38(2),102-102-108.
17.พิชัย จันทศิลป์และชยาวรักษ์ สัจจวาณิชย์. ผลลัพธ์การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อทำการผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2564,5(10),127-142.
18.ศุภางค์ ดำเกิงธรรม, ยุพาพร หงส์สามสิบเจ็ดและเพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล. ผลการใช้สื่อวิดิทัศน์เพื่อเตรียมความพ้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกต่อความรู้และความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูก โรงพยาบาลแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่ 2564,29(1),50-64.
19.ฐิตารีย์ อิงไธสง. ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังต่อความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์แรก. วารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา 2564,4(2),16-25.
20.ลัดดาวัลย์ พรรณสมัย, จันศรี อุจันทึก, วราภรณ์ จีนเจนกิจ, นุชนาฎ บุโฮม, ปานทิพย์ ปูรณานนท์และอัจฉรา มีนาสันติรักษ์. รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดของวิสัญญีพยาบาล. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2560,14(3),76-89.
21.Leventhal, H. & Johnson, J.E. Laboratory and field experiment of a theory of self-regulations. In Behavioral Science and Nursing. Wooldridge, P.T. et al., eds. St Louise: The C.V. Mosby Co.;1983.
22.Polit DF, & Hunger BP. Nursing Research: Principle and Methods. (6th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;1999.
23.นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรีพร สาตร์เพชร์ และญาดา นภาอารักษ์. การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power[อินเตอร์เน็ต]. ม.ป.ป.[เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2566]. แหล่งข้อมูล file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/181958-Article%20Text-595652-1-10-20190623%20(5).pdf
24.อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์;2556.
25.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา. การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ [วิทยานิพนธ์ปริญญาคุรุศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย;2534.
26.Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill;1971.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ในโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

Development of a system for caring for patients receiving warfarin In NaKae Hospital Nakhon Phanom Province.

(Received: May 25,2024 ; Revised: May 28,2024 ; Accepted: May 29,2024)

ศิรินาฎ เนืองนอง[1],วรรณ์นิภา แสนสุภา[1],พจนาท ยางธิสาร[1]
Sirinart Noungnong[1], Wannipa Seansupa[1], Potchanat Yangtisan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินในโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ที่เข้ารับบริการในระบบการดูแล จำนวน 46 คน โดยมีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขที่กำหนด การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างโดยสถิติเชิงพรรณนา หาความถี่ ค่าเฉลี่ยและร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบบันทึกการปฏิบัติตามกระบวนการ และการเปรียบเทียบความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนาระบบโดยใช้สถิติ Pair T-test

ผลการศึกษา : พบว่า 1) ความรู้ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน หลังการพัฒนาระบบมีค่าคะแนนความรู้ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน พบว่า หลังการพัฒนาระบบมีค่าคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับยา วาร์ฟารินสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินหลังการพัฒนาระบบมีค่าคะแนนความรู้ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4) การเปรียบเทียบดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ค่า INR ของผู้ป่วย ที่ได้รับยาวาร์ฟาริน พบว่า หลังการพัฒนาระบบมีค่า INR ของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินเพิ่มขึ้นและค่าเฉลี่ยการผ่านเกณฑ์ % TIR ดีกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน, ยาวาร์ฟาริน, การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน, การพัฒนาระบบ

ABSTRACT

This research was action research aimed to develop and study the results of developing a care system for patients receiving warfarin. In Na Kae Hospital Nakhon Phanom Province. Sample size were 46 people receiving services in the care system who meet the specified conditions. Data collection using questionnaires Group discussion recording form and interviews. Analyze general information Satisfaction of the sample group by descriptive statistics, finding frequencies, means and percentages. Analyze qualitative data from the process practice log form. and comparing satisfaction before and after system development using Pair T-test statistics.

Results: It was found that 1) knowledge of patients receiving warfarin After the system development, the knowledge scores of patients receiving warfarin were significantly higher than before the system development. 2) Behavioral behavior of patients receiving warfarin was found to be After the system development, the behavioral scores of patients receiving warfarin were significantly higher than before the system development. 3) Satisfaction of the multidisciplinary team and patients receiving the drug. Warfarin after the system development had a significantly higher knowledge score for patients receiving warfarin than before the system development. 4) Comparison of health indicators, including the patient's INR value. who received warfarin, it was found that after

[1] โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

the system development, the INR values of patients receiving warfarin increased and the mean % TIR criteria were significantly better than before the system development.

Keywords : patients receiving warfarin, warfarin, care for patients receiving warfarin, system development

บทนำ

ในผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดอุดตัน มีโอกาสเกิดลิ่มเลือด ซึ่งอาจทำให้เกิดการอุดตัน ในระบบไหลเวียนของเลือดในร่างกาย ซึ่งใน ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการรักษาด้วยยาวาร์ฟาริน(Warfarin) ที่เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือด ทำให้เลือดแข็งตัวช้าลง[9]

ยาวาร์ฟาริน(Warfarin) เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือด ทำให้เลือดแข็งตัวช้าลง ซึ่งผู้ป่วยโรคหัวใจหลายชนิด เช่น ผู้ที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ จะได้รับยาวาร์ฟารินเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือด ซึ่งอาจทำให้เกิดการอุดตันในระบบไหลเวียนของเลือดในร่างกาย เช่น โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน โรคหลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียม จะได้รับยา วาร์ฟาริน เพื่อป้องกันลิ่มเลือดอุดตันลิ้นหัวใจเทียม ทำให้ลิ้นหัวใจเทียม ไม่สามารถปิดเปิดได้นอกจากนี้ ผู้ที่มีลิ่มเลือดตกค้างในห้องหัวใจจะได้รับยาวาร์ฟารินเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดเพิ่มขึ้น และยาวาร์ฟาริน นำมาใช้ในรูปแบบยารับประทาน เพื่อป้องกันการพอกตัวของ ลิ่มเลือดเพิ่มในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง และส่งผลให้หลอดเลือดตีบตันได้ทั้งในรูปแบบของ thrombosis หรือ thrombo embolism ในการออกฤทธิ์ ต้านการแข็งตัวของเลือดยาวาร์ฟารินจะไปยับยั้งกระบวนการสร้าง vitamin K-dependent coagulation factors ในร่างกาย ได้แก่ factor II, VII, IX และ X โดยการยับยั้งกระบวนการ cyclic interconversion ของวิตามินเคและ vitamin K epoxide ทำให้ร่างกาย ขาดสารแข็งตัวของเลือดตัวที่ II, VII, IX และ X ทำให้เลือดแข็งตัวช้า ทั้งนี้วาร์ฟารินยังเป็นยาที่มี bioavailability สูงแต่ therapeutic index แคบ ระยะเวลาในการออกฤทธิ์ของยาจนเห็นผลในการรักษา (onset) สามารถทำนายได้ขนาด ของยาที่ออกฤทธิ์ให้ผลการรักษาผู้ป่วยในแต่ละคนจะแตกต่างกัน ในผู้ป่วยคนเดียวกันการได้ขนาดยาเท่ากัน ก็ยังให้ผลการรักษาที่ไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองต่อยาวาร์ฟารินแตกต่างกัน เช่น อาหารที่มีวิตามินเคปริมาณมาก การออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง (non-compliance) การใช้ยาอื่นร่วมที่มีผลต่อยาวาร์ฟาริน หรือสภาวะที่ผู้ป่วยมีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคตับ ภาวะ การขาดสารอาหาร และภาวะไข้ เป็นต้น[8]

ในการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ที่กล่าวมานั้น ในการติดตามผลของยาวาร์ฟาริน เพื่อการควบคุมขนาดยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยนั้น อดีตใช้วิธีการตรวจเลือดหาระดับ prothrombin time (PT) เพื่อวัดความสามารถในการกดการทำงานของ vitamin K-dependent procoa gulant clotting factors คือ facor II, VII และ X โดยการเติม calcium และ thromboplastin ลงใน citrate plasma การรายงานผลเป็นค่า INR (International Normalized Ratio) ระดับการต้านการแข็งตัวของเลือดที่เหมาะสมนั้นแตกต่างกันไปตามข้อบ่งใช้ ซึ่งค่า therapeutic INR นี้ควรอยู่ในระดับ 2.5±0.5 ยกเว้นกรณี mechanical prosthetic valves ที่มีความเสี่ยงสูงกว่าโดย therapeutic INR จะเท่ากับ 3.0 ±0.5 ถ้าการควบคุมระดับ INR ได้ตามเกณฑ์ดังกล่าว ก็จะลดภาวะแทรกซ้อนลงได้ภาวะแทรกซ้อน ที่สำคัญ คือ การเกิดเลือดออก โดยเฉพาะเลือดออกในสมอง ดังนั้นก่อนการใช้ยาต้องพิจารณาให้รอบคอบ[8]

เป้าหมายของการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้ยาวาร์ฟาริน คือการรักษาและควบคุมระดับการต้านการแข็งตัวของเลือดที่เหมาะสม ตามข้อบ่งใช้ ซึ่งค่า therapeutic INR นี้ควรอยู่ในระดับ 2.5±0.5 ยกเว้นกรณี mechanical prosthetic valves ที่มีความเสี่ยงสูงกว่าโดย therapeutic INR จะเท่ากับ 3.0 ±0.5 ถ้าการควบคุมระดับ INR ได้ตามเกณฑ์ดังกล่าวก็จะลดภาวะแทรกซ้อนลงได้ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ

การเกิดเลือดออก โดยเฉพาะเลือดออกในสมอง ดังนั้น การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้ยาวาร์ฟารินอย่างไร จึงจะสามารถ ควบคุมค่า therapeutic INR ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้อง จึงพบว่าการที่จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้ยา วาร์ฟาริน ให้สามารถ ควบคุมค่า therapeutic INR ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ได้นั้น มีสิ่งที่เกี่ยวข้องอยู่หลายอย่าง คือ อาหารที่มีวิตามินเคปริมาณมาก การออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง (noncom pliance) การใช้ยาอื่นร่วม ที่มีผลต่อยาวาร์ฟาริน หรือสภาวะที่ผู้ป่วยมีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคตับ ภาวะ การขาดสารอาหาร และภาวะไข้ เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากต่อการตอบสนองต่อยาวาร์ฟาริน[8]

ดังนั้นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา วาร์ฟารินให้ได้อย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง การรักษาด้วยยาวาร์ฟารินต้องมีระบบจัดการที่ดี การสื่อสารที่ดี มีประสิทธิภาพระหว่าง ทีมสุขภาพ ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ และนักโภชนากร รวมทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ในคลินิก ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ขึ้น เพื่อให้มีการพัฒนากระบวนการให้เป็นระบบ โดยใช้กระบวนการ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มาใช้เป็นกระบวนการวิจัยพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับยาวาร์ฟาริน และการนำเอาแนวคิดทฤษฎีระบบมาใช้ในการดำเนินการ มาใช้ในการพัฒนาเพื่อช่วยให้เพิ่มคุณภาพการการจัดระบบการดูแลรักษาและลดอาการไม่พึงประสงค์ รวมทั้งช่วย ในการควบคุมดูแลและรักษาค่า therapeutic INR ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหลอดเลือดอุดตันตามมา

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของระบบ การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินใน โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ในคลินิก ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม โดยวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่มคือ 1. ผู้ป่วย ที่ได้รับยาวาร์ฟารินที่มารับบริการในโรงพยาบาล นาแก จังหวัดนครพนม จำนวน 46 คน 2. ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนาระบบคือ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์และนักโภชนากร จำนวน 26 คน คนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 14 ธันวาคม 2566 ถึงวันที่ 14 มีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพคือ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระบบการดูแลโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม 2) ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน คือ ผู้ป่วย ที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ที่เข้ารับบริการในคลินิก ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพคือ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระบบการดูแล จำนวน 26 คน ประกอบไปด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์และนักโภชนากร 2) ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน คือ ผู้ป่วย ที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ที่เข้ารับบริการในคลินิก ณ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 46 คน โดยมีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขที่มีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) เป็นทีมสหวิชาชีพ คือ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ และนักโภชนากรที่เข้าร่วมการพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยที่ได้ รับยาวาร์ฟารินในคลินิก ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม 2) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน 3) มีภูมิลำเนาอาศัยในเขตพื้นที่อำเภอ นาแก และมารับบริการต่อเนื่องใน โรงพยาบาล นาแก

จังหวัดนครพนม 4) มีสติสัมปชัญญะดี มีความยินดี ที่จะเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยที่ได้รับยา วาร์ฟาริน แต่ไม่ได้เข้ารับบริการต่อเนื่องในคลินิก ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม 2) ไม่ใช่ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม หรือไม่ใช่กลุ่ม แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการ แพทย์และนักโภชนากร 3) ไม่ใช่ภูมิลำเนาอาศัยนอกเขตพื้นที่อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม 4) ไม่ยินยอมหรือสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากร แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวขณะที่ได้รับยาวาร์ฟาริน แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะที่ได้รับยาวาร์ฟาริน แบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม คือ ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน และผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ ระบบดูแลและคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ในโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน (Planning) โดย 1.1) เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา 1.2) ประชุมวิเคราะห์ปัญหาและระดมความคิดหาวิธีการปรับปรุงหรือพัฒนา โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ กลุ่มเป้าหมายคือ 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพ คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในระบบการดูแลประกอบไปด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์และนักโภชนากร 2) ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน โดยเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับยาวาร์ฟารินกลุ่มตัวอย่าง ที่กำหนดไว้ข้างต้นจับคู่กัน 3) ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ที่เข้ารับบริการในระบบการดูแล 1.3) กำหนดแผนการพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ในโรงพยาบาล นาแก จังหวัดนครพนม

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) โดย การปฏิบัติตามแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ในโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ตามที่ได้กำหนดไว้

3. ขั้นตรวจการติดตามผลการปฏิบัติ/การสังเกต (Observation)โดยการกำกับ ติดตามการดำเนินงานในตามแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ในโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ตามที่ได้กำหนดไว้ ร่วมกับการประชุมแลกเปลี่ยนถอดบทเรียนของ ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคในการทำงานเพื่อปรับปรุงแก้ไข

4. ขั้นดำเนินการสะท้อน (Refection) โดยการปรับปรุง แก้ไขระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินในคลินิก โดยการดำเนินการสะท้อนและประเมินผลการวิจัยตามระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ในโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ที่ได้พัฒนาขึ้น ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคการปฏิบัติตัวและการรักษา การรับยาวาร์ฟาริน 3) ความพึงพอใจ ของทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ในโรงพยาบาล นาแก จังหวัดนครพนม 4) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน การกำหนดระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ให้ชัดเจน มีความเฉพาะเจาะจง ทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าใจ ตั้งใจ ตระหนักรู้และให้ความร่วมมือในการดูแลก็จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีได้แก่ (1) ติดตามค่า international normalized ratio (INR) ของผู้ป่วยหลังได้รับ ยาวาร์ฟาริน (2) อาการ major bleeding (3) การมารับยาตามนัดของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน มีคุณภาพชีวิต ที่ดีและมีความพึงพอใจต่อระบบบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพเปรียบเทียบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวขณะที่ได้รับยาวาร์ฟาริน,พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 3 กลุ่ม โดยใช้สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์หาค่า t (t-test) ชนิด dependent Sample t-test

ผลการวิจัย

กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ในโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัยทั้งการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ และร่วมสะท้อนผล ดังนี้

1. ขั้นวางแผน (Planning) ศึกษาบริบท วิเคราะห์สถานการณ์ การดำเนินงานและแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา วาร์ฟารินในคลินิก ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม พบว่า โดยพบข้อมูลว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ยังมีจำนวนผู้ป่วยที่มีค่า INR ไม่อยู่ในเป้าหมายของการรักษาจำนวนหนึ่ง และพบว่าการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาวาร์ฟารินทั้งในคลินิก และนอกคลินิกยังอยู่ในระดับที่ต่ำ ผู้ป่วยยังเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาวาร์ฟาริน เช่น เลือดออกตามไรฟัน เลือดออกในทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะและพบภาวะเลือดออกในสมอง เป็นต้น จากการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยพบว่า ระบบการดูแล ในคลินิกยังไม่ต่อเนื่องร่วมกับทีมสหวิชาชีพ, ผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยาวาร์ฟาริน,การรับประทานอาหารที่มีผลกับยา, ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยา หรือรับประทานยาผิด,ประสิทธิภาพในการรักษาต่ำ (INR out of target),พบอันตรกิริยาระหว่างยา กับยา,ยากับอาหาร,ยากับสมุนไพร อาหารเสริมต่างๆ รวมทั้งการปฏิบัติตัวในด้านอื่นๆ

จากปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการได้วางแผนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินจากปัญหาที่พบ ดังนี้ 1) วางแผนการพัฒนาระบบแยกคลินิกตรวจรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินโดยเฉพาะและมีแพทย์ออกตรวจประจำในคลินิก แยกจากกลุ่มผู้ป่วยตรวจรักษาโรคทั่วไป 2) วางแผนกำหนดวันเวลาบริการคลินิกตรวจรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินให้ชัดเจน 3) ประชุมทีมในการจัดระบบบริการจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในการกำหนดระบบให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ที่มารับบริการในคลินิกที่แยกออกมาให้ชัดเจน 4) วางแผนกำหนดรูปแบบ ระบบ ขั้นตอนการรับบริการของผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกวาร์ฟารินให้ชัดเจน 5) วางแผนกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการดูแล และให้บริการผู้ป่วยที่มารับยารับบริการในคลินิกจากทีมสุขภาพให้ชัดเจน 6) วางแผนจัดทำทะเบียนผู้ป่วยเป็นฐานข้อมูลในการมารับบริการรักษา ทั้งทะเบียนสมุดบันทึกและทะเบียนในระบบ Hos-xp 7) วางแผนให้มีการประชุมเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อทบทวนแนวทางปฏิบัติ สร้างความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับยาวาร์ฟารินในคลินิกอย่างสม่ำเสมอทุก 1-3 เดือน ต่อครั้ง

2. ขั้นปฏิบัติ (Action) ดำเนินงานตามแผนที่ได้จากการร่วมวางแผนที่วางไว้ดังนี้

1) จัดตั้งคลินิกบริการผู้ป่วยที่รับยา วาร์ฟารินในวันพฤหัสบดีในช่วงบ่ายเวลา 13.00-16.00 น.

2) ประชุมทีมสุขภาพและทีมสหวิชาชีพ คือ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลและนักเทคนิคการแพทย์ เจ้าหน้าที่งานประกันสุขภาพ เจ้าหน้าที่งานดิจิทัล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก หัวหน้างาน NCD Clinic และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการบริการผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟาริน

3) กำหนดรูปแบบ ระบบ ขั้นตอนการรับบริการของผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกวาร์ฟารินในโรงพยาบาลนาแก

4) กำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ ในการดูแลและให้บริการผู้ป่วยที่มารับยาวาร์ฟาริน และรับบริการในคลินิกจากทีมสุขภาพและทีมสหวิชาชีพที่ร่วมบริการในคลินิก

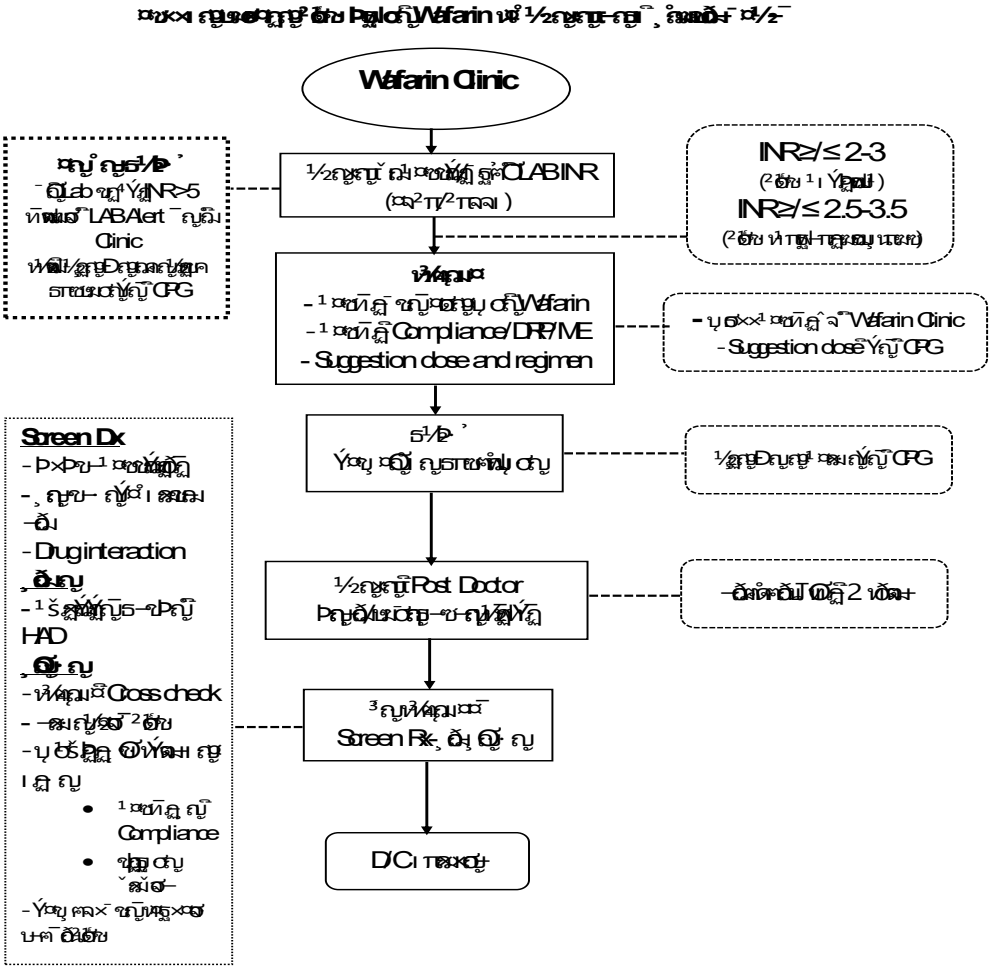
5) แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน และจัดทำแผนการดำเนินงานเป็นรายปีให้ชัดเจนร่วมกับทีมสุขภาพและทีมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

6) จัดทำทะเบียนผู้ป่วยเป็นฐานข้อมูล ในการมารับบริการรักษา ทั้งทะเบียนสมุดบันทึกและทะเบียนในระบบ Hos-xp

7) จัดประชุมเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อทบทวนแนวทางปฏิบัติสร้างความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา วาร์ฟารินในคลินิกทุก 1-3 เดือน ต่อครั้ง

8) จัดทำทะเบียนผู้ป่วยขาดนัดและมีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นฐานข้อมูล ในการมารับบริการรักษา ทั้งทะเบียนสมุดบันทึกและทะเบียนในระบบ Hos-xp

9) จัดทำไลน์กลุ่มสำหรับทีมสุขภาพและทีมสหวิชาชีพในการให้บริการผู้ป่วยที่มารับยา วาร์ฟาริน และรับบริการในคลินิกจากทีมสุขภาพและทีมสหวิชาชีพที่ร่วมบริการในคลินิก เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนและดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง



3. ขั้นสังเกต (Observation) การติดตามและประเมินผลตามแผนการดำเนินการศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินในคลินิก ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม จากการสังเกต การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบ

บันทึกการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 3 กลุ่มเป้าหมาย คือ ทีมสุขภาพ 26 คน และผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินในคลินิก 46 คน พบว่า

3.1. คะแนนความรู้ความรู้ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินก่อนและหลังการพัฒนาระบบ จากคะแนนความรู้ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินก่อนพัฒนาระบบพบว่า คะแนนความรู้ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินส่วนใหญ่ อยู่ในค่าเฉลี่ยร้อยละ 71.99 และหลังการพัฒนาระบบพบว่า คะแนนความรู้ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เพิ่มมากขึ้น เป็นร้อยละ 88.42 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ความรู้ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินก่อนและหลัง การพัฒนาระบบพบว่า ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินก่อนพัฒนาอยู่ในระดับกลางๆ หลังพัฒนา มีคะแนนเพิ่มมากขึ้นอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ยก่อน-หลัง (X = 11.72,13.30 SD = 1.47,1.07) ในด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินก่อนพัฒนาอยู่ในระดับมาก หลังพัฒนามีคะแนนเพิ่มมากขึ้นยังอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยก่อน-หลัง (X = 5.15,5.93 SD = 1.56,0.33) และในด้านความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะได้รับยาวาร์ฟาริน ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินก่อนพัฒนาอยู่ในระดับกลางๆ หลังพัฒนามีคะแนนเพิ่มมากขึ้นอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยก่อน-หลัง (X=7.61,10.83 SD = 1.63, 0.44) และ เมื่อเปรียบเทียบพบว่าหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความรู้ผู้ป่วยที่ได้รับยา วาร์ฟาริน ในทุกหัวข้อความรู้ เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.2 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินก่อนและหลังการพัฒนาระบบ จากค่าคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินก่อนพัฒนาระบบพบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินส่วนใหญ่ อยู่ในค่าเฉลี่ยร้อยละ 80.63 และหลังการพัฒนาระบบ พบว่าพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น เป็นค่าเฉลี่ย ร้อยละ 99.01 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับ ยาวาร์ฟารินก่อนและหลังการพัฒนาระบบ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินก่อนและหลังการพัฒนาระบบ(ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน n = 46 คน)

คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัว	n	x	S.D.	ระดับ	t-value	df	p-value
ก่อนการพัฒนา	46	7.96	1.36	กลางๆ	-9.55	45	0.00
หลังการพัฒนา	46	9.89	0.31	ดี			

3.3 ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

1) ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ จากผลการประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพก่อนและหลังการพัฒนาระบบ โดยส่วนใหญ่ก่อนพัฒนาพบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพก่อนและหลังการพัฒนาระบบ พบว่า ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพก่อนและหลังการพัฒนาระบบ (ทีมสหวิชาชีพ n = 26 คน)

ความพึงพอใจ	n	x	S.D.	ระดับ	t-value	df	p-value
ก่อนการพัฒนา	26	34.31	1.93	มากที่สุด	-9.34	25	0.00
หลังการพัฒนา	26	37.62	1.63	มากที่สุด			

2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน จากผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินก่อนและหลังการพัฒนาระบบ พบว่า โดยภาพรวมส่วนใหญ่ ก่อนพัฒนาพบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินอยู่ในระดับมาก หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน อยู่ในระดับมากที่สุด ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินก่อนและหลังการพัฒนาระบบ พบว่า โดยภาพรวมส่วนใหญ่ ก่อนพัฒนาดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินก่อนและหลังการพัฒนาระบบ (ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน n = 46 คน)

ความพึงพอใจ	n	x	S.D.	ระดับ	t-value	df	p-value
ก่อนการพัฒนา	46	30.65	1.95	มากที่สุด	-16.163	45	0.00
หลังการพัฒนา	46	34.93	1.84	มากที่สุด			

3.4 ดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพ ค่า INR และการผ่านเกณฑ์ % TIR ของผู้ป่วย ที่ได้รับยาวาร์ฟารินก่อนและหลังการพัฒนาระบบ ผลการเปรียบเทียบดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพ ค่า INR ของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ พบว่า ก่อนพัฒนาพบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพ ค่า INR ของผู้ป่วย ที่ได้รับยาวาร์ฟารินจำนวน 31 ร้อยละ 69.39 หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพ ค่า INR ของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินจำนวน 37 ร้อยละ 80.43 ส่วนการผ่านเกณฑ์ % TIR ก่อนพัฒนาพบว่า ค่าเฉลี่ยการผ่านเกณฑ์ % TIR ของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินจำนวน 23 ร้อยละ 50 หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยการผ่านเกณฑ์ % TIR ของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินจำนวน 33 ร้อยละ 71.74 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่าหลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพ ค่า INR ของผู้ป่วย ที่ได้รับยาวาร์ฟาริน สามารถควบคุมค่า INR ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติที่มากขึ้นได้และการผ่านเกณฑ์ % TIR มากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา

4. ขั้นสะท้อนผล (Reflection) การศึกษาในขั้นตอนการสะท้อนผล และการรายงานผล หลังจากดำเนินการตามโครงการวิจัยการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ในโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม พบว่าผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ในโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม พบว่า

ด้านประโยชน์ที่ได้จากการพัฒนา

1. ระบบมีความชัดเจน ผู้รับบริการผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินในคลินิก

2. บริการแยกโรคจากโรคอื่นๆ ทำให้เกิดการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินได้รับบริการที่ครอบคลุมครบถ้วน

3. มีพยาบาลและเภสัชกรสอบถาม/ซักประวัติการดูแลตนเอง การรับประทานยา

ปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่พบ เพื่อให้คำแนะนำได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

ปัญหาที่พบจากการการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน

1. ผู้ป่วยสูงอายุบางราย ไม่มีญาติพามาทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสารทั้งในด้านการดูแลตนเองและการรับประทานยาที่แพทย์สั่ง

2. ผู้ป่วยบางรายยังขาดความตระหนักรู้ในการดูแลตนเองจากปัญหาที่พบ ยังไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาลและเภสัชกร

3. สถานที่คลินิก หน้าร้อนอากาศร้อนจัด การระบายอากาศยังไม่ดีพอ

ข้อเสนอในการพัฒนาปรับปรุงงาน การให้ความรู้และสุขศึกษาทั้งรายกลุ่ม รายบุคคล รวมทั้งญาติผู้ดูแลให้มีความสม่ำเสมอมากขึ้น เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม

ข้อคิดเห็นของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน พบว่า ระบบมีความชัดเจน ผู้รับบริการผู้ป่วย ที่ได้รับยาวาร์ฟารินในคลินิก เจ้าหน้าที่ให้บริการดี

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ในโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนมโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในครั้งนี้ที่พบว่า 1) ความรู้ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน หลังการพัฒนาระบบมีค่าคะแนนความรู้ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน พบว่า หลังการพัฒนาระบบมีค่าคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินหลังการพัฒนาระบบมีค่าคะแนนความรู้ผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4) การเปรียบเทียบดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพ ประกอบด้วยค่า INR ของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน พบว่าหลังการพัฒนาระบบมีค่า INR ของผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินเพิ่มขึ้นและค่าเฉลี่ยการผ่านเกณฑ์ % TIR ดีกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของอัจฉรีย์ สีหา[11] ที่ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยา วาร์ฟารินของหน่วยบริการปฐมภูมิ:กรณีศึกษาเขตสุขภาพ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ใน รพ.สต. เขตอำเภอ กมลาไสย และติดตามผลการใช้กระบวนการ ฯ ผลการศึกษากระบวนการที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย มีหลายองค์ประกอบ ได้แก่ อุปกรณ์ช่วยเตือนให้เจ้าหน้าที่ทราบว่าผู้ป่วยรายนี้ใช้ยาวาร์ฟารินโปสเตอร์ที่แสดงรายการยาที่ควรระวังพร้อมระบุรายการยาทางเลือกและแนวทางการใช้ยาทะเบียนรายชื่อผู้ป่วย แนวทางในการบริหาร ยาฉีด แนวทางการส่งตัวผู้ป่วย เมื่อพบภาวะ แทรกซ้อนจากการใช้ยาวาร์ฟาริน แนวทางการกระตุ้นการปฏิบัติงานผ่านกลุ่มไลน์ และการออกบัตรประจาตัวผู้ป่วย จากการติดตามผลเชิงปริมาณพบว่าอุบัติการณ์การจ่ายยาที่เกิด อันตรกิริยากับวาร์ฟารินลดลงจากร้อยละ 1.6 เป็น 1.4 สำหรับก่อนและหลังการศึกษาตามลำดับ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p= 0.906$) แต่ระดับความรู้ที่เกี่ยวกับยาวาร์ฟารินของกลุ่มเจ้าหน้าที่ รพ.สต มีแนวโน้มดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) จากข้อมูลสะท้อนกลับพบว่าเจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีความรู้เกี่ยวกับยาวาร์ฟารินเพิ่มขึ้น และในส่วนข้อมูล เชิงคุณภาพที่ได้สะท้อนกลับมานั้น ก็พบว่า ความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพิ่มขึ้น ได้มีการทางานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล และ รพ.สต. และเจ้าหน้าที่ รพ.

สต.ตระหนักในความปลอดภัยของผู้ป่วยมากขึ้น [11]

ข้อเสนอแนะ

1. เพิ่มการจัดทำแบบฟอร์มการส่งต่อข้อมูลเมื่อเจ้าหน้าที่ รพ.สต. พบผู้ป่วยที่มี อาการแทรกซ้อนจากการใช้ยาวาร์ฟารินและ มีจัดอบรมให้ความรู้เรื่องยาวาร์ฟารินอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง

2. ควรศึกษาข้อมูลปัจจัยด้านอาหาร และสมุนไพร เมนูอาหารประจำท้องถิ่น ที่มีผลต่อยาวาร์ฟาริน

เอกสารอ้างอิง

1. พัทยา หวังสุข, สุนิดา แสงย้อย. การพัฒนาเครือข่ายการดูแล ผู้ป่วยใช้ยาวาร์ฟารินในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2557;23(1):45-51
2. ดุษฎี อารยะวงศ์ชัย, ธีระพล เกาะเทียน. การพัฒนาเครือข่าย การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ หลังผ่าตัดหัวใจที่ได้รับยาวาร์ฟาริน (เครือข่ายวาร์ฟาริน เขต 13). อุบลราชธานี: โรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์; 2553.
3. นาตยา หวังนิรัติศัย, สกนธ์ สุภากุล, ภูขวัญ อรุณมานะกุล. ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟา รินของคลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารเภสัชกรรมไทย 2560;10(1):120-8.
4. บัญชา สุขอนันตชัย, อุบลวรรณ สะพู. การจัดตั้งเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจที่รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดในโรงพยาบาลชุมชนและศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดนครราชสีมา.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2554;5:495.
5. ปาจรีย์ ศรีอุทธา, วันวิภา เทพารักษ์. การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยนอก ที่มีการควบคุมการรักษาของยาวาร์ฟาริน ไม่คงที่. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 2552;19:123- 35.
6. โรงพยาบาลปทุมราชวงศา . สรุปผลการดำเนินงานคลินิก วาร์ฟารินผู้ป่วยนอก. อำนาจเจริญ: โรงพยาบาลปทุมราชวงศา; 2553. น. 45-7.
7. วิเศรษศิลป พันธ์นาคำ.ผลลัพธ์ทางคลินิก ของการพัฒนา ปรับปรุงงานในคลินิกวาร์ฟารินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน. อายุรศาสตร์อีสาน 2552;8:22-30.
8. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน. กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.); 2554.
9. สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลรักษาภาวะเลือดออกในผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทานที่ออกฤทธิ์ยับยั้งปัจจัยการแข็งตัวของเลือดโดยตรง. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย ; 2565.
10. อัมพร เบญจพลพิทักษ์, ลัดดา ดำริการเลิศ. การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวทางการดูแลสุขภาพวัยรุ่น.กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2553.
11. อัจฉรีย์ สีหา.การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินของหน่วยบริการปฐมภูมิ:กรณีศึกษาเขตสุขภาพอำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ; 2562.
12. Henenghan C, Alonso-Coello. Self-monitoring of oral anticoagulation: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2006:367:404-11.
13. Ansell J, Wittkowsky AK, Jake E. Managing oral anticoagulation therapy: clinical and operational guidelines. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.

การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสู่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร

The development of many nursing care systems for injured patients requires fast-track surgery from the emergency unit to the operating room. Sakon Nakhon Hospital.

(Received: June 4,2024 ; Revised: June 17,2024 ; Accepted: June 21,2024)

นิจวรรณ หนองขุ่นสาร[1]วิชชุดา กิตติวราฤทธิ์[2]
Nidjawan Nongkhunsan[1] Witchuda Kittiwararit[2]

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสู่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 44 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ แบบประเมินการปฏิบัติตามระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วน แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า ระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนมีประสิทธิภาพ โดยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมาก (Mean=4.27, SD=40) ด้านการปฏิบัติตามบริการพยาบาลผ่าตัดเร่งด่วนของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 100) ด้านผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการ ช่วยลดระยะเวลารอคอยผ่าตัดเฉลี่ย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวนวันนอนเฉลี่ยมีแนวโน้มลดลง และผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 30 นาที มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การผ่าตัดช่องทางด่วน, ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ, ระบบการพยาบาล

Abstract

This Participatory Action Research (PAR) aimed to develop and evaluate the results of several nursing systems for injured patients requiring fast-track surgery from the emergency unit to the operating room. Sakon Nakhon Hospital Conducting research in 4 steps: 1) exploring current conditions and problems 2) designing a nursing service system for use 3) Experimenting with the use of the nursing service system 4) Evaluating the results the sample was purposively selected, consisting of 46 professional nurses and 38 several injured patients requiring fast-tracked with who received urgent surgical nursing services. The instrument used to collect data was a professional nurse satisfaction questionnaire. Assessment of compliance with multiple nursing systems for injured patients requiring express surgery. Service quality results data recording form Data were analyzed using descriptive statistics.

The results of the research found that many nursing systems for injured patients requiring fast-track surgery were effective. Professional nurses' satisfaction was at a high level (Mean=4.27, SD=40) Service compliance. Urgent surgery by professional nurses is at a high level (100 percent) and Results of service quality found that average waiting time for surgery Rate of complications after surgery The average number of days of sleep tends to decrease. The percentage of patients undergoing surgery within 30 minutes trends to increase.

Keywords: Fast track, Surgery patients with multiple system injuries, Nursing system

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ช่วยหัวหน้างานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร

บทนำ

การบาดเจ็บหลายระบบเป็นการบาดเจ็บของอวัยวะตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ซึ่งส่งผลให้เกิดอันตรายรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการรักษาทันที สาเหตุเกิดจากอุบัติเหตุหรือจากความตั้งใจทำให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บ โดยส่วนใหญ่ที่พบเกิดขึ้นจากอุบัติเหตุการจราจรที่เป็นแรงกระแทกจากภายนอกทั้งสิ้น ทำให้มีการบาดเจ็บของอวัยวะร่วมกันหลายระบบ การบาดเจ็บหลายระบบเป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นของทุกประเทศทั่วโลก สำหรับประเทศไทยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสอง โดยคิดเป็นอัตราตายประมาณ 30 คนต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งการเสียชีวิตส่วนใหญ่ร้อยละ 60 พบที่จุดเกิดเหตุ และร้อยละ 30-35 เกิดที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ด้วยสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ถึงร้อยละ 48 สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ได้รับบาดเจ็บหลายระบบเสียชีวิต[1] คือ การเสียเลือดอย่างรุนแรงมีทางเดินหายใจอุดกั้นหรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ สมองได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง เป้าหมายในการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ คือ การช่วยให้รอดชีวิต ซึ่งต้องทำโดยเร็วที่สุดด้วยการประเมินสภาพและให้การรักษาเบื้องต้นอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ซึ่งถือว่าเป็นช่วง golden hour เพื่อลดการเสียชีวิตโดยประกอบด้วยการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุม ทำให้ผู้บาดเจ็บเข้าถึงการช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรกอย่างทันท่วงที ในปัจจุบันสถานบริการสุขภาพองค์กรของรัฐได้ประกาศแนวทางการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจะใช้หลักการของ Advanced Trauma Life Support (ATLS) ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติของการช่วยชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพและนำไปใช้ทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย ที่ใช้เป็น Excellent Trauma Center เพื่อกำหนดให้เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะคุกคามชีวิตในระยะเร่งด่วนฉุกเฉิน อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในโรงพยาบาลหลายประการ เช่น การคัดกรองไม่ถูกต้อง การประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบไม่ครอบคลุมหรือไม่มีประสิทธิภาพ ทำผู้บาดเจ็บไม่ได้รับบริการที่รวดเร็วหรือความล่าช้าในการส่งตรวจเอกซเรย์สมองคอมพิวเตอร์ การประสานงานในทีมล่าช้า การเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ส่งผลให้อัตราการตายสูงในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ หรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลมาจากการดูแลระยะฉุกเฉินที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ภาวะลิ่มเลือดอุดกั้นหลอดเลือดดำ ภาวะติดเชื้อที่ปอด รวมทั้งผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำ[2]

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านความรุนแรงของการบาดเจ็บ ความแข็งแรงของร่างกายและกลไกการบาดเจ็บ ที่ส่งผลกระทบต่ออวัยวะสำคัญของร่างกายทำให้เกิดภาวะคุกคามต่อชีวิต ส่วนปัจจัยด้านความแข็งแรงของร่างกาย ได้แก่ โรคประจำตัว และอายุ 2) ปัจจัยด้านเวลา เนื่องจากการดูแลผู้บาดเจ็บที่ห้องฉุกเฉินถือเป็น golden period หรือ “the golden 1 hr.” การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บหลายระบบมีเป้าหมาย คือ การช่วยให้รอดชีวิต ซึ่งต้องทำโดยเร็วที่สุด[3] เพราะมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อโอกาสการรอดชีวิตและการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาหลังการบาดเจ็บ โดยที่ห้องฉุกเฉินถือเป็นช่วงเวลาสำคัญที่สุดในการค้นหาภาวะคุกคามต่อชีวิตและให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที และ 3) ปัจจัยด้านทีมการดูแล ความสำเร็จของการช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบขึ้นอยู่กับกระบวนการช่วยชีวิตที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพประกอบด้วย ความรู้และทักษะ ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ และการประสานงานการทำงานเป็นทีม ตลอดจนการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ หากทีมการดูแลมีความสามารถอย่างเพียงพอจะส่งผลให้ผู้บาดเจ็บ ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็ว เพิ่มคุณภาพการดูแลและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บ ตลอดจนสามารถลดภาวะแทรกซ้อนและการใช้ทรัพยากรลงได้ โดยเฉพาะการบาดเจ็บช่องท้องจัดเป็นการบาดเจ็บที่รุนแรงนำไปสู่การเสียชีวิตหรือทุพลภาพ ซึ่งปัญหาสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ การแตกหรือทะลุของอวัยวะ อาทิ ม้าม ตับ ลำไส้ ไต และส่วนหลังช่องท้อง (retroperitoneum) ส่งผลให้ตก

เลือดในช่องท้องอย่างมากและต่อเนื่องจนเกิดภาวะช็อก ซึ่งร้อยละ 25 ของผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วน ผลลัพธ์การรักษาทั้งด้านการเกิดความพิการและอัตราการเสียชีวิต (morbidity and mortality rate) ของผู้ป่วยยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอีกหลายปัจจัย เช่น ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ พยาธิสภาพของโรค เพศและอายุของผู้ป่วย นอกจากนี้ ระยะเวลาการรักษาในระยะเร่งด่วนฉุกเฉินจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด (Door to operation time) ถือเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อผลลัพธ์ในการรักษาผู้ป่วย[4]

โรงพยาบาลสกลนคร เป็นโรงพยาบาลหลักของจังหวัดสกลนคร ซึ่งจัดอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในฐานะโรงพยาบาลระดับภูมิภาค ขนาดจำนวนเตียง 909 สามารถรองรับผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลระดับต่างๆ ภายในเขตบริการสุขภาพที่ 8 และพื้นที่ใกล้เคียง ได้รับการพัฒนาเป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ของกระทรวงสาธารณสุข สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มุ่งเน้นการพัฒนาประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสำคัญ นโยบายในการพัฒนาระบบบริการจึงมุ่งเน้นในการพัฒนาระบบช่องทางด่วนเพื่อให้บริการในกลุ่มโรคที่บาดเจ็บรุนแรง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย และลดอัตราการเสียชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบาดเจ็บหลายระบบ (Multiple Injury) ที่เกิดขึ้นกับหลายอวัยวะพร้อมๆ กัน ซึ่งผลกระทบของการบาดเจ็บจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรวดเร็วของการดูแลรักษาและระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ถ้ามีคะแนนระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บสูงผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตสูง โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเกณฑ์เป้าหมาย ให้ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ A (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ 12 และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ[5] ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติช่องทางด่วนในการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในรูปแบบทีมสหวิชาชีพเพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปในแนวทางเดียวกัน จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในโรงพยาบาลสกลนคร พบว่า ระบบการพยาบาลหน่วยงานใช้ระบบการทำงานเป็นทีม (team nursing) ไม่มีการมอบหมายงานในลักษณะของทีมการดูแลผู้บาดเจ็บ (trauma team) ส่งผลให้การมอบหมายงานไม่ชัดเจน ขาดการสื่อสารที่ดี ทำให้การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องผิดพลาดไม่ครบถ้วน ในการประสานงานกับห้องผ่าตัด รวมถึงการประสานงานในทีมพยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญี และทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในกรณีผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วนทันทีที่มาถึงโรงพยาบาลยังไม่มีระบบที่ชัดเจน องค์กรพยาบาลได้กำหนดมาตรฐานด้านระบบงานและกระบวนการบริการพยาบาลต้องมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม แลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เช่นเดียวกับการให้บริการพยาบาลผ่าตัด ความร่วมมือระหว่างทีมผ่าตัดเป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากการผ่าตัดถือเป็นวิธีการรักษาที่มีความเสี่ยงที่กระทำกับผู้ป่วยที่ยุ่งยากซับซ้อนเกินความสามารถของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง จึงต้องมีการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ เพื่อค้นหาแนวปฏิบัติที่เหมาะสม การทำงานเป็นทีมเป็นพลังเสริมให้สมาชิกเห็นความสำคัญของงาน ทำงานโดยยึดถือเป้าหมายของทีมเป็นหลักก่อให้เกิดการทำงานที่มีทิศทางเดียวกัน รู้บทบาทของตนเอง มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ มีการติดต่อสื่อสารและมีสัมพันธภาพที่ดี มีบรรยากาศการทำงานที่ดี มีความคิดสร้างสรรค์ ปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้องค์กรมีทางออกของปัญหา สร้างความเข้มแข็งให้ทีมงานและงานมีคุณภาพ การทำงานเป็นทีมจะทำให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์และก่อให้เกิดโอกาสเสี่ยงต่ออัตราการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากการสื่อสารระหว่างบุคลากรในทีมผ่าตัดที่ไม่มีประสิทธิภาพมากกว่าความผิดพลาดจากเทคนิคการผ่าตัด (การทำงานเป็นทีม (Team working) จะประกอบไปด้วยผู้นำทีมงานและสมาชิกของทีมงาน การทำงานเป็นทีม

ทุกคนจะร่วมกันวางแผนงาน ช่วยกันดำเนินการและควบคุมการทำงานไปด้วยกัน เพื่อให้ได้รับผลสำเร็จของงานสูงสุด อย่างไรก็ตาม การทำงานเป็นทีมยังคงเป็นแบบต่างคนต่างทำ ขาดการติดต่อสื่อสารในการทำงานร่วมกัน ไม่มีการมอบหมายงานที่ชัดเจน ขาดความร่วมมือในการทำงาน ระบบการทำงานเป็นทีมยังขาดความชัดเจน รวมไปถึงการให้การพยาบาล ก่อให้เกิดคุณภาพการบริการและประสิทธิภาพของงาน ปัญหาและอุปสรรคส่วนใหญ่ของการทำงานเป็นทีมของบุคลากรทีมสุขภาพ ประเด็นแรก คือ ขาดความร่วมมือในการทำงานร่วมกัน ประเด็นที่สอง คือ ขาดความเข้าใจในลักษณะและขอบเขตการทำงาน ประเด็นที่สาม คือ ขาดการเรียนรู้พฤติกรรมของสมาชิกในทีมงาน และประเด็นที่สี่ คือ ขาดทักษะในการตัดสินใจ ดังนั้น การผ่าตัดที่ปลอดภัย (Safe Surgery) ต้องมีการวางเป้าหมายที่จะลดข้อผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้จากกระบวนการผ่าตัด และเพิ่มการส่งเสริมการสื่อสารการทำงานเป็นทีมที่คำนึงถึงขั้นตอนความปลอดภัยที่สำคัญร่วมกัน[6]

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาลและหัวหน้าห้องผ่าตัด มีบทบาทในการจัดระบบบริการพยาบาลให้ได้มาตรฐาน มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ได้ตระหนักถึงความจำเป็นเร่งด่วน ไม่ทำให้เกิดความล่าช้าของกระบวนการดูแลรักษาทั้งระยะก่อนมาโรงพยาบาล ระยะรักษาในโรงพยาบาล และระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และเห็นความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสู่ห้องผ่าตัดที่รวดเร็วตามกรอบเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงนำกระบวนการวิจัยและพัฒนา (research and development) มาพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสู่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร ซึ่งเป็นระบบการดูแลสำหรับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด โดยเริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบถึงหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาล และการเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดเร่งด่วนอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้จะมีผู้เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบนี้ประกอบด้วย แพทย์และพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลสกลนคร พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด วิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลของโรงพยาบาลสกลนคร โดยหวังว่ารูปแบบการพยาบาลดังกล่าวจะช่วยพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบให้มีมาตรฐานสูงขึ้นและช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบให้ดียิ่งขึ้นไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสู่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้ระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสู่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2567 ระยะเวลารวม 4 เดือน การวิจัยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) สำรวจ วิเคราะห์สภาพ ปัจจุบันและปัญหา 2) การออกแบบระบบบริการพยาบาล 3) การทดลองนำระบบบริการพยาบาลผ่าตัดเร่งด่วนไป ใช้ และ 4) ประเมินผลลัพธ์ของระบบบริการพยาบาลผ่าตัดเร่งด่วน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่เข้ามารับการรักษาในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร และทีมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน พยาบาลห้องผ่าตัด หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน วิสัญญีพยาบาล

พยาบาลหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสกลนคร

2) กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มพยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน วิสัญญีพยาบาล พยาบาลหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรมอุบัติเหตุ จำนวนทั้งหมด 44 คน และกลุ่ม ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดเร่งด่วน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ที่เข้ารับรักษา ในโรงพยาบาลสกลนครเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2567 จำนวน 38 คน รวม 2 กลุ่ม 82 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 5 ข้อ

2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสู่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนครที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น จำนวน 15 ข้อ

3) แบบประเมินการปฏิบัติตามระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสู่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 9 ข้อ

4) แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ด้านคุณภาพ ประกอบด้วย ระยะเวลารอคอยผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวนวันนอนเฉลี่ย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ และร้อยละ

2) ข้อมูลผลลัพธ์ ด้านผู้ให้บริการ ประกอบด้วยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสู่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) การประเมินผลการปฏิบัติตามระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสู่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร วิเคราะห์ด้วยร้อยละ

4) ด้านคุณภาพบริการประกอบด้วย ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 นาที วิเคราะห์ด้วย ร้อยละ

5) ระยะเวลารอคอยผ่าตัด อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวนวันนอนเฉลี่ย และค่าใช้จ่าย วิเคราะห์ด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมในการทำวิจัย การนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ไปใช้ คำนึงถึงศักดิ์ศรี คุณค่า และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย ก่อนที่จะดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนครเลขที่โครงการSKNH REC No 118/2566 และหนังสือขออนุญาตในการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่เอกสารรับรอง COA/1 No.030/2566

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 สถานการณ์การระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสู่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร ในรูปแบบเดิมโดยวิเคราะห์จากการสนทนาร่วมกับการระดมสมองคณะกรรมการในการดำเนินงานและสรุปปัญหาและสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้การผ่าตัดล่าช้าที่ผ่านมา ประเด็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ปี พ.ศ. 2565-2566 หน่วยงานห้องผ่าตัดและหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร โดยผู้ป่วย Trauma delayed อยู่ที่โรงพยาบาลชุมชนนาน 4 ชั่วโมง ผู้ป่วย Multiple Injury Delayed อยู่ที่ ER นาน 4 ชั่วโมง 25 นาที ประสานงานกับ TEA Unit และร่วมกับทีม TEA Unit ในการจัดทำ Interhospital Audit ร่วมกับโรงพยาบาล

ชุมชนในเครือข่าย ไตรมาสละ 1 ครั้ง มีการร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย จัดทำเกณฑ์ในการส่งต่อผู้ป่วย Trauma และร่วมประชุมตกลงเพื่อหา Commander ในการดูแลผู้ป่วย Multiple Injury โดยตกลงให้ Chief Resident Trauma เป็นCommander ในการดูแลผู้ป่วย Multiple Injury ที่ ER การประสานงานกับแพทย์ศัลยกรรมกระดูก เรื่องการทำหัตถการต่างๆใน ER โดยตกลงว่า กรณีที่เป็นผู้ป่วย Fast Track Trauma และผู้ป่วย Multiple Injury ให้ทำหัตถการของ Ortho ที่หอผู้ป่วย เช่น การทำ Skeletal Traction การใส่ cast, slap เป็นต้น โดยให้หอผู้ป่วยเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมสำหรับผู้ป่วย จำนวนครั้งในการทำ Interhospital Audit ระยะเวลาตั้งแต่เกิดเหตุ จนถึง Definitive Care ร้อยละของผู้ป่วย Trauma ที่อยู่ใน ER นานเกิน 2-4 ชั่วโมง การส่งผู้ป่วยทำผ่าตัดฉุกเฉินล่าช้าพบว่าผู้ป่วยมี Delayed Operation ที่เกิดจากการความล่าช้าในประสานงานกับห้องผ่าตัด และการบันทึกเอกสารต่างๆของพยาบาลในห้องฉุกเฉิน การปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง consult Trauma พบว่ามีความล่าช้า และมีผลให้ผู้ป่วย Trauma อยู่ใน ER นาน เนื่องจากการลงมาดูผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน มักเป็นแพทย์ระดับ Extern หรือ Intern ซึ่งยังไม่สามารตัดสินใจการรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุในภาวะฉุกเฉินได้ การประสานกับวิสัญญีแพทย์ และพยาบาลวิสัญญี เรื่องกรณีที่ผู้ป่วยต้องทำผ่าตัดฉุกเฉิน (ER to OR) การ resuscitate ผู้ป่วยให้ stable ทำได้ยาก จึงตกลงร่วมกันว่ากรณีที่เป็นผู้ป่วย ER to OR ถ้า ER พร้อมส่งผู้ป่วย และประสานงานกับวิสัญญีแพทย์ และพยาบาลวิสัญญีแล้ว ให้ส่งทำผ่าตัดฉุกเฉินได้เลย โดยไม่ต้องรอให้ BP ขึ้น การประสานกับพยาบาลวิสัญญี เรื่องกรณีที่เป็นผู้ป่วย ER to OR ขอให้พยาบาลในห้องฉุกเฉิน เคลื่อนย้ายผู้ป่วยส่งไป OR ก่อนได้ โดยเอกสารต่างๆในการทำเรื่องเพื่อนอนโรงพยาบาลจะตามไปให้หลังจากผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด การทำข้อตกลงในการประชุมตกลงว่า หากเป็นผู้ป่วย Trauma มาที่ ER ระบบการ consult ให้ ER สามารถ consult Staff ได้เลย และTEA Unit ร่วมกับกลุ่มงานศัลยกรรมอุบัติเหตุ และกลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ร่วมกันจัดทำแนวทางปฏิบัติในการเตรียมทีม เพื่อดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Trauma Team Activation: TTA) ER to OR time ระยะเวลาตั้งแต่ปรึกษาแพทย์เวร Trauma จนถึงระยะเวลาที่แพทย์เวร Trauma ลงมาดูผู้ป่วยที่ ER มีการขอเลือดเพื่อใช้ในผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินมีความล่าช้า เนื่องจากธนาคารเลือดแจ้งว่าต้องใช้ระยะเวลารอ เพื่อให้ FFP ละลาย และพบว่ามีการคืน FFP เป็นจำนวนมาก หลังการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และประชุมตกลงร่วมกันถึงแนวทางการขอเลือดในผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งโดยปกติการขอเลือดแบบเดิม คือ ขอเป็น Uncross matched PRC 4 Units ซึ่งธนาคารเลือดสามารถจ่ายเลือดให้ได้ภายใน 10 นาที และจะขอเลือดชนิด PRC 4 Units, FFP 8 Units, Platelets 10 Units ซึ่งได้เลือดช้าเพราะต้องรอ FFP ละลาย ดังนั้นจึงตกลงว่า ขอปรับการขอเลือดเป็น PRC 4 Units, FFP 6 Units, Platelets 10 Units เพื่อลดการใช้ FFP และการ Request ขอให้ keyแยกใบ Request เพื่อให้มีการจ่ายเลือดได้เร็วขึ้น โดยไม่ต้องรอ FFP ละลาย ระยะเวลาตั้งแต่ Request ขอเลือด จนถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับเลือดถุงแรก นอกจากนี้การติดตามตัวชี้วัด และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยไม่ชัดเจน ไม่มีการกำหนดให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ที่ประสานการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพไว้โดยเฉพาะ และแนวทางการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่องยังไม่ชัดเจนและขาดการเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ

ส่วนที่ 2 ระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสู่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร มีการพัฒนาการและใช้นำแนวคิดการสร้างทีมงานและเครือข่ายในระบบบริการพยาบาล กระบวนการพัฒนากลุ่มบุคคลในการทำงาน เริ่มจากการมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน เรียนรู้การวินิจฉัยปัญหามีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา และปรับปรุงประสิทธิภาพในการทำงาน ในการสร้างทีมงานให้ประสบผลสำเร็จควรเริ่มจาก

ความเข้าใจถึงความแตกต่างของกลุ่มและทีมงานก่อนการสร้างเครือข่าย หมายถึง การสร้างความเชื่อมโยงการประสานงานของบุคคล กลุ่มหรือองค์กรหลายองค์กรที่ต่างก็มีเป้าหมาย วิธีการทำงานและมีกลุ่มเป้าหมายของตัวเอง ทรัพยากรของตนเองเพื่อปฏิบัติภารกิจใดภารกิจหนึ่งร่วมกัน โดยที่ต่างฝ่ายต่างก็ยังปฏิบัติภารกิจของตน มาประยุกต์ใช้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ มีการพัฒนาการประสานงาน ติดต่อสื่อสารทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ มีการตั้งกลุ่มไลน์จัดให้มีผู้ประสานงานการดูแลรักษากับพยาบาลวิชาชีพผู้จัดการรายกรณีย่อยในการดำเนินงานและติดตามผลลัพธ์ ทีมสหวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติงานของระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสู่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนครที่พัฒนาขึ้น

ส่วนที่ 3 การพัฒนา การติดตามผลลัพธ์ของการใช้ระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสู่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร ดังนี้ ผู้ให้บริการ ข้อมูลข้อมูลทั่วไป พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 42 คน (ร้อยละ 95.70) อายุเฉลี่ย 48. 52 ปี ส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 29 คน (ร้อยละ63) มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 26.41 ปี มีประสบการณ์การทำงาน ตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไปมากที่สุด จำนวน 41 คน (ร้อยละ 93.48) สำเร็จการศึกษาระดับระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 42คน (ร้อยละ 95.57) ผลการปฏิบัติตามระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสู่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 68 – 83) ขึ้นไป คิดเป็น ร้อยละ 100 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสู่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยการทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดปลอดภัยและการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอยู่ระดับมากที่สุดมีค่าเฉลี่ยสูงสุด

ด้านผู้ใช้บริการและคุณภาพบริการ พบว่า ด้านผู้ใช้บริการ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 29 คน (ร้อยละ 76. 30) อายุเฉลี่ย 45.55 ปี ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 16 คน (ร้อยละ 42.10) ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 29 คน (ร้อยละ 76.30) อาชีพส่วนใหญ่รับจ้าง จำนวน 27 คน (ร้อยละ 71.10) การวินิจฉัยส่วนใหญ่ คือ blunt abdominal injury จำนวน 25 คน (ร้อยละ 65.80) และชนิดของการผ่าตัดใหญ่เป็น Explore laparotomy due to trauma จำนวน 16 คน (ร้อยละ 16) ตามลำดับ ด้านคุณภาพบริการ ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนภายใน 30 นาที ร้อยละ 86.80 ระยะเวลารอคอยผ่าตัด อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และจำนวนวันนอนเฉลี่ย มีแนวโน้มลดลง ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 30 นาที มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตาราง 1 ผลลัพธ์การใช้ระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสู่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร (n=38)

ผลลัพธ์คุณภาพบริการ	ปี พ.ศ.				ผลการเปลี่ยนแปลง
	2564	2565	2566	2567 (ก.พ.-พ.ค.67)	
จำนวนผู้ป่วย (คน)	55	62	46	38	
ระยะเวลารอคอยผ่าตัดเฉลี่ย(นาที)	51.78	52.56	34.10	36.90	ลดลง
ร้อยละผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 30 นาที	72.73	81.08	85.37	86.86	เพิ่มขึ้น
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	7.27 (4 คน)	8.06 (5 คน)	4.34 (2 คน)	2.63 (1 คน)	ลดลง
จำนวนวันนอนเฉลี่ย (วัน)	13.14	13.01	10.15	8.86	ลดลง

สรุปและอภิปรายผล

ระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสู่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยคู่มือ/แนวทางปฏิบัติ ทบทวนแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพให้เหมาะสม และเป็นปัจจุบัน มีเกณฑ์แนวทางการให้คำปรึกษาแพทย์และคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพขอระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสู่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย จึงมีความพึงพอใจและปฏิบัติตามระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนฯ ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยและพัฒนาศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดยนำรูปแบบพยาบาลการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบผลลัพธ์ พบว่า พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับทีมสหวิชาชีพตามแนวทางที่กำหนดได้เกินมาตรฐานที่กำหนด ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก และผลลัพธ์ตัวชี้วัดคุณภาพการรักษาพยาบาล พบว่าผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 80.00 สอดคล้องกับดวงกมล สุวรรณ์[7]

ผลลัพธ์ของการใช้ระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสู่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสู่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร อยู่ในระดับมาก โดยความพึงพอใจการทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดปลอดภัยและการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอยู่ระดับมากที่สุดมีค่าเฉลี่ยสูงสุด และการปฏิบัติตามบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วน ๆ ของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมากขึ้นไปร้อยละ 100 อธิบายได้ว่า เนื่องจากเกิดการเรียนรู้กระบวนการดูแลรักษาพยาบาลอย่างเป็นระบบและทุกคนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการออกความคิดเห็น ร่วมกันคิด ลงมือทำและร่วมกันพัฒนาปรับปรุงระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนฯ รวมทั้งทีมสหวิชาชีพเกิด การทำงานเป็นทีมมีการเปิดใจเรียนรู้ระหว่าง ทีมสหวิชาชีพ อีกทั้งยังลดช่องว่างระหว่างวิชาชีพด้วย สอดคล้องกับ นวลทิพย์ ธีระเดชากุล นุชศรา พรมชัย และนงลักษณ์ พลแสน[8] ด้านผู้ใช้บริการ พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนภายใน 30 นาที ร้อยละ 86.80 ระยะเวลารอคอยผ่าตัดเฉลี่ย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวนวันนอนเฉลี่ย และค่าใช้จ่าย มีแนวโน้มลดลง ในขณะเดียวกันร้อยละผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 30 นาที มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งระยะเวลารอทำการผ่าตัดการผ่าตัดควรทำภายใน 30 นาที การผ่าตัดล่าช้ามีผลกับความทรมานจากอาการปวด การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ในระยะเวลารอทำการผ่าตัด เช่น เสี่ยงต่อการสูญเสียโลหิต ระบบไหลเวียนล้มเหลว การติดเชื้อ การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตันที่ขา การเกิดแผลกดทับ เป็นต้น ระยะเวลารอทำผ่าตัด ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการฟื้นตัวด้านในผู้ป่วยที่ระยะเวลารอทำผ่าตัดนานเกิน 24 ชั่วโมง จะทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดไม่ดี จะทำให้เสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดมากขึ้น เมื่อระยะเวลารอคอยผ่าตัดลดลง จึงส่งผลให้จำนวนวันนอนเฉลี่ยมีแนวโน้มลดลง คือ 13,14, 13.01, 10.15 และ 8.86 วัน ตามลำดับ รวมทั้งการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มีนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) กำหนดให้ผู้ป่วยให้ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน (Early surgery) ภายใน 30 นาที นับตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่ต้องดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย ระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสู่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร มาใช้ ซึ่งจะช่วยประสาน

เชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาล การผ่าตัดเร่งด่วนในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดยมีกระบวนการที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยตามลำดับขั้นตอนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ พยาบาลเป็นผู้ประสานแผนการดูแล มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ทุกคนตระหนักในหน้าที่ที่มอบหมายมีความรู้และทักษะในการประเมินและดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง จากการที่พยาบาลร่วมกับคณะกรรมการฯ ซึ่งประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้ร่วมกันพัฒนาระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนฯ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านผู้ใช้บริการ และคุณภาพบริการ และเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับ สุพัตรา อยู่สุข และคณะ[9]

ข้อเสนอแนะ

1) ระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสู่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร ที่พัฒนาขึ้นนี้โรงพยาบาลที่สนใจสามารถนำไปใช้ได้โดยต้องมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลก่อน จะทำให้การทำงานมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

2) ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสู่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร ให้นานมากยิ่งขึ้นเป็น 6 เดือนถึง 1 ปี

3) ควรนำระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสู่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร ไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ที่มีการดูแลซับซ้อนอื่น ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการวิจัย บุคลากรที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในโรงพยาบาลสกลนคร ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. กรมการแพทย์. MOPH ED. TRIAGEพิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี; 2561.
2. กวีวรรณ ใจกล้า, จินดารัตน์ ชัยอาจ และมลี สำราญญาติ. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติ; 2563.
3. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). Patient safety goals: SIMPLE Thailand 2018พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เฟมัส แอนด์ ซัคเซ็สฟูล; 2561.
4. โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร. กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ จากฐานข้อมูล HDC; 2566.
5. นงเยาว์ สมพิทยานุรักษ์. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2560.
6. โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร. กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ จากฐานข้อมูล HDC. 2566.
7. ดวงกมล สุวรรณ์. ผลการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์ในการจัดการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2559.
8. นวลทิพย์ ธีระเดชากุล นุชศรา พรมชัย นงลักษณ์ พลแสน. ประสิทธิผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหลายระบบด้วย Multiple Injury Nursing Management guideline แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษสุรินทร์บุรีรัมย์.2561;33(2), 165-177.
9. สุพัตรา อยู่สุข และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะช็อกจากการเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารการแพทย์.2560;42(6): 90-101.

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Models of care for the elderly and development of care for the elderly at Chivapiban Clinic, Bang Pa In District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province.

(Received: May 25,2024 ; Revised: May 28,2024 ; Accepted: May 29,2024)

อภิรักษ์ วัฒนวิกกิจ[1]
Apirak wattanawikkij[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นการวิจัยรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน Wilcoxon Matched Paired Signed Rank Test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแลกเปลี่ยนวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ประเด็น ตามลำดับชั้นของข้อมูล

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.0 มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.0 การเปรียบเทียบการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล มีพฤติกรรมสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล ในระดับปานกลาง แต่หลังเข้าร่วมกิจกรรม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล อยู่ในระดับดี การประเมินกิจวัตรประจำวันผู้ผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมิน ADL พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนน ADL เฉลี่ยเพิ่มขึ้น และการวิเคราะห์ข้อมูลผลต่างของการประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผลการประเมินประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ มีค่ามัธยฐานของผลต่าง 0 ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ช่วงเชื่อมั่น 95% CI ของค่ามัธยฐานของผลต่าง -1 ถึง 0

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ระบบการดูแลผู้สูงอายุ, ศูนย์ชีวาภิบาล

Abstract

The purpose of this research is to study the situation of caring for the elderly. Models of care for the elderly and development of care for the elderly at Chivapiban Clinic, Bang Pa In District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province, This research is in the form of action research, totaling 200 participants. Analytical methods encompass descriptive statistics (percentages, frequencies, means, and standard deviations), supplemented by inferential statistics such as the Wilcoxon Matched Paired Signed Rank Test, Qualitative data are subjected to comprehensive content analysis and discourse exchanges.

The research findings of elderly patients were female (71.0%) and 80 years of age or older (52.0%). A comparison of caring for health behavior at home by caregivers found that before participating in the activity elderly caregivers in Chivapiban Clinic Have healthy behaviors at the caregiver's home at a moderate level But after participating in the activity Home health care behavior of caregivers at a good level Assessment of daily activities for the elderly Using the ADL assessment form, it was found that after participating in the activity, the average ADL score increased. and data analysis of differences in assessment of daily activities (ADL) of the elderly. Before and after participating in the activity, it was found that the results of the assessment of daily activities (ADL) of the elderly There is a median difference of 0 before and after

[1] สาธารณสุขอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

participating in the activity, which is statistically significantly different at the 0.05 level. The 95% CI confidence interval of the median difference is -1 to 0.

Keywords: Elderly, Models of care for the elderly, Chiwapiban Clinic.

บทนำ

สังคมไทยกำลังจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ โดยมีแนวโน้มจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการเข้าสู่สังคมสูงวัยของแต่ละประเทศจะวัดจากสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งสามารถแบ่งสถานการณ์ออกได้เป็น 3 ระดับ คือ 1) สังคมสูงวัย (Aged society) 2)สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) และ 3) สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) [1]

จากแนวโน้มระหว่างปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2583 จำนวนสัดส่วนประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานมีจำนวนที่ลดลง ในขณะที่สัดส่วนประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โอกาสของอัตราประชากรวัยเด็กจะเท่ากับสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุอันเป็นผลจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2560 จากเหตุผลของการกระจายบริการด้านสาธารณสุขและจากนโยบายการวางแผน ครอบครัว ที่ส่งผลให้อัตราการเจริญพันธุ์ของประชากรลดลงจึงทำให้ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และมีอายุยืนยาว แต่ผู้สูงอายุก็ยังได้รับผลกระทบจากการเสื่อมถอยของร่างกายตามวัย รวมทั้งผลของโรคเรื้อรังหรืออุบัติเหตุ จึงนำไปสู่ความถดถอยของร่างกาย เกิดภาวะพึ่งพาไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรืออาจมีอาการสมองเสื่อม[2] การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้างของประชากรและด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ย่อมมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในอนาคต การทำให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้นานที่สุดจึงเป็นสิ่งสำคัญมากกว่าการที่มีอายุยืนยาวขึ้น การรองรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทางการแพทย์สาธารณสุขจึงเป็นเรื่องสำคัญ รัฐจึงมีความพยายามในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุเพื่อเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุคือ ต้องบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุมีแนวคิดและความสามารถในการดูแลตนเอง [3] ซึ่งผู้สูงอายุมีการประเมินคัดกรองตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ คือการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

โดยกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล [4] คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยเหล่านี้หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย อาจส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยและญาติไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกระบวนการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การดูแลต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล การส่งต่อข้อมูลประสานงาน และการติดตามดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ซึ่งกระบวนการดูแลเริ่ม ตั้งแต่การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการติดตามเยี่ยมบ้าน [5] ดังนั้นการดูแลต่อเนื่องจึงเริ่มตั้งแต่การดูแลผู้ป่วย ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มจากร้อยละ 12.2 ใน พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 13.7 ใน พ.ศ. 2560 ผู้สูงอายุมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 88.8 และพบอัตราการใช้บริการสุขภาพลดลงในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายเป็นปัญหาสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนกึ่งเมือง และมีนิคม

อุตสาหกรรมในพื้นที่ ดังเช่น อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีผู้สูงอายุ กว่าร้อยละ 30 ของประชากร และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยสูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ การดูแลสูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วิธีการวิจัย

การดำเนินการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาวิจัย คือ ผู้สูงอายุในเขตเขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัย คือ ผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยาโดยกลุ่มตัวอย่างที่กล่าวมาข้างต้นมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้สูงอายุที่สามารถอ่านหนังสือ และสื่อสารได้ ในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 2) ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย (Barthel ADL Index) ได้คะแนน 5 - 11 คะแนน หมายถึง ติดบ้าน และคะแนน 12 - 20 คะแนน หมายถึง ติดสังคม

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงระหว่างการศึกษา 2) ผู้สูงอายุย้ายที่อยู่ออกนอกพื้นที่ระหว่างทำการวิจัย 3) เสียชีวิตระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ คือ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งเกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการร่วมกันพัฒนากับผู้ศึกษาวิจัย โดยมีขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางประอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 2) การพัฒนารูปแบบแบ่งเป็น 4 กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการที่ 1 เป็นการดูแลระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่าย กระบวนการที่ 2 มีช่องทางสำหรับการเข้าถึงและรับบริการ กระบวนการที่ 3 เจ้าหน้าที่คลินิกชีวาภิบาล ติดตามการมาตามนัด และกระบวนการที่ 4 พัฒนาต่อยอดแนวปฏิบัติเดิมเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพ 3) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยทีมพัฒนาแนวคำถามเชิงกึ่งโครงสร้างเพื่อวิเคราะห์ปัญหาความต้องในการออกแบบ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูล 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพการสมรส โรคประจำตัว อาศัยอยู่กับ และสิทธิการรักษา

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่บ้าน โดยผู้วิจัยจัดทำขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน จำนวน 5 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living) ของกรมอนามัย เป็นแบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย (Barthel ADL Index) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้พิจารณาความสอดคล้องกับกิจกรรมในแต่ละครั้งโดยพิจารณาตามวัตถุประสงค์ กิจกรรม เนื้อหา และการประเมินผลกิจกรรมว่ามีความสอดคล้องกับนิยามหรือไม่ หลังจากนั้นจึงนำมาปรับปรุง แก้ไขตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 เป็นต้นไป 2) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจึงนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์คอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha Coefficient) ซึ่งต้องมีค่าสูงกว่า 0.7

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุด ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม โดยข้อมูลผ่านข้อตกลงเบื้องต้น คือ ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ตัวแปลผลลัพธ์เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (Continuous) และกลุ่มตัวอย่างไม่อิสระต่อกัน (Dependent) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired – Sample T-Test และหากข้อมูลไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นเลือกใช้ สถิติ Non-parametrice statistic คือ Wilcoxon Matched Paired Signed Rank Test.

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการดำเนินการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) โดยนำมาวิเคราะห์และแปลผลร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยนี้ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อขอรับการพิจารณารับรองว่าไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิและสวัสดิภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการศึกษาวิจัย เลขที่จริยธรรม 7/2567

ผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางประอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สามารถนำเสนอผลการศึกษาวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จากการศึกษา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางประอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุทั้งหมด 200 ราย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 142 ราย (ร้อยละ 71.0) และผู้สูงอายุเพศชาย จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 29.0) มีอายุ 80

ปีขึ้นไป จำนวน 104 ราย (ร้อยละ 52.0) ช่วงอายุ 70 – 79 ปี จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 29.0) และอายุ 60 – 69 ปี จำนวน 38 ราย (ร้อยละ 19.0) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 148 ราย (ร้อยละ 74.0) ไม่ได้ศึกษา จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 15.5) มัธยมศึกษา จำนวน 20 (ร้อยละ 10.0) และประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.5) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 190 ราย (ร้อยละ 95.0) รับจ้างทั่วไป จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 2.5) เกษตกรและพระภิกษุ กลุ่มละ 2 ราย (ร้อยละ 1.0) และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.5) มีสถานภาพหย่า/หม้าย จำนวน 94 ราย (ร้อยละ 47.0) สมรส จำนวน 81 ราย (ร้อยละ 40.5) และโสด จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 12.5) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 175 ราย (ร้อยละ 87.5) และไม่มีโรคประจำนวน จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.5 ส่วนใหญ่ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับครอบครัว/ญาติ/เพื่อน จำนวน 196 ราย (ร้อยละ 98.0) และอาศัยอยู่คนเดียว จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 2.0) และส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 166 ราย (ร้อยละ 83.0) สิทธิราชการ จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 12.5) และสิทธิประกันสังคม จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 4.5)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ จากการศึกษา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางประอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เกี่ยวกับการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 1.81 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.44 และหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 2.69 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.54 การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองที่บ้าน ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 1.83 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.47 และหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 2.61 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.55 การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เหมาะสม ตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย การเฝ้าระวังและสังเกตอาการ/อาการแทรกซ้อนที่บ้านก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 1.77 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.56 และหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 2.61 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.57 การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม ในกรณีการเกิดเหตุฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือ และการไปตรวจตามนัดก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 1.84 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.64 และหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 2.63 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.55 และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการฟื้นฟูสุขภาพที่บ้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย/โรคอย่างสม่ำเสมอก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 1.97 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.73 และหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 2.57 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.59

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบการประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ จากการศึกษา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางประอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เกี่ยวกับการประเมินกิจวัตรประจำวันผู้ผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมิน ADL การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มผู้สูงอายุมีคะแนนประเมินกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมิน ADL การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนประเมินอยู่ในกลุ่มคะแนน 5 - 11 คะแนน จำนวน 114 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.0 รองลงมาคือ คะแนน 0 - 4 คะแนน จำนวน 85 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.50 และ คะแนน 12 – 20 จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.5 และหลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนประเมินอยู่ในกลุ่ม คะแนน 5 - 11 คะแนน จำนวน

118 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.0 รองลงมาคือ คะแนน 0 - 4 คะแนน จำนวน 79 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.50 และ คะแนน 12 – 20 จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.5

เมื่อพิจารณาภาพรวม พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนน คือ 5.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 3.51 ค่าพิสัยต่ำสุด – สูงสุด คือ 0 – 12 แปลความหมายได้ว่า มีภาวะติดบ้าน และหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนน คือ 6.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 4.00 ค่าพิสัยต่ำสุด – สูงสุด คือ 0 – 13 แปลความหมายได้ว่า มีภาวะติดบ้าน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลต่างของการประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม โดยพบว่า ข้อมูลไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของการแจงแจงปกติ จึงเลือกใช้สถิติ Non-parametrice คือ Wilcoxon Matched Paired Signed Rank Test ผลการวิเคราะห์ พบว่า ผลการประเมินประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ มีค่ามัธยฐานของผลต่าง 0 ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ช่วงเชื่อมั่น 95% CI ของค่ามัธยฐานของผลต่าง -1 ถึง 0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบการประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n = 200)

ตัวแปร	ค่ามัธยฐานของผลต่าง	เกณฑ์ตัวเลข = 0	
		95% CI ของค่ามัธยฐานของผลต่าง	P-value
ADL	0	-1 - 0	<0.0001

ส่วนที่ 4 สรุปผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มี 4 กระบวนการ ดังนี้

กระบวนการที่ 1 เป็นการดูแลระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่าย การสร้างแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD ที่สามารถใช้ได้ง่ายและครอบคลุมเนื้อหาการประเมินสภาพ มีการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพเชื่อมโยงการนำข้อมูลที่ได้จากการวางแผนจำหน่ายมาบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Home Health Care Online ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายกลับจากโรงพยาบาล ญาติจะได้รับการประเมินซ้ำการดูแลโดยเจ้าหน้าที่คลินิกชีวาภิบาล ด้วยหลัก D-METHOD ผู้ป่วยและญาติจะได้รับสมุดบันทึกการดูแลตนเองที่บ้านเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง มีการจดบันทึกความต่อเนื่องของการดูแลระหว่างญาติและเจ้าหน้าที่เพื่อส่งเสริมความตระหนักในการดูแลตนเองที่บ้าน

ผลการดำเนินกิจกรรม พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความรู้ ทักษะ ในการฟื้นฟูผู้สูงอายุและสามารถลดความกังวลหรือความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุได้ดี อีกทั้งยังสามารถจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองที่บ้านได้ มีความเข้าใจถึงความเร่งด่วน ฉุกเฉินของการนำส่งผู้สูงอายุเข้ารับการรักษา หรือนำส่งผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัด โดยผู้ดูแลร่วมกับผู้สูงอายุจะมีการบันทึกความต่อเนื่องของการดูแลเพื่อประเมินผลการรักษาและวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้

กระบวนการที่ 2 มีช่องทางสำหรับการเข้าถึงและรับบริการในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ที่ OPD โดยมีใบส่งต่อเฉพาะแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นช่องทางด่วนในการเข้ารับบริการ

ผลการดำเนินกิจกรรม พบว่า ในเขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีการจัดตั้งคลินิกชีวาภิบาล ที่มีมาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย การบริการ และบุคลากร เป็นไปตามมาตรฐานโดยองค์กรที่มี หน้าที่ในการกำกับดูแล โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายบริการ เป็นการบูรณาการระบบการดูแลแบบประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) ระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) ระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care) และระบบให้คำปรึกษาแก่เครือข่ายบริการ รวมถึงระบบจัดการยา/เวชภัณฑ์นำส่งกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสนับสนุนการดูแลที่บ้านหรือชุมชน และส่งเยี่ยมบ้านร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง และมีการจัดทำแนวทางการส่งต่อผู้สูงอายุ เพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีช่องทางสำหรับการเข้าถึงและรับบริการในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ที่ OPD โดยมีใบส่งต่อเฉพาะแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นช่องทางด่วนในการเข้ารับบริการ ซึ่งผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในบริการเป็นอย่างมาก และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กระบวนการที่ 3 เจ้าหน้าที่คลินิกชีวาภิบาลติดตามการมาตามนัดในโปรแกรม Hos-XP หากผู้ป่วยมาตามนัดเจ้าหน้าที่คลินิกชีวาภิบาล ส่งข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับ Case Manager เพื่อการดูแลต่อเนื่องติดตามการมาตามนัดอย่างต่อเนื่อง บูรณาการการดูแลร่วมกันระหว่างหน่วยงานและทีมสหสาขาวิชาชีพ

ผลการดำเนินกิจกรรม พบว่า คลินิกชีวาภิบาล มีการจัดตั้งทีมให้บริการโดยเครือข่ายสหวิชาชีพและเครือข่ายบริการในพื้นที่ อีกทั้งยังมีการจัดให้มี caregiver ที่มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ระยะท้าย ที่ได้รับการอบรมตามมาตรฐานของกรมอนามัย หรือกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ผ่านการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง และมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมในแต่ละระดับอย่างชัดเจน โดยเจ้าหน้าที่คลินิกชีวาภิบาล มีการติดตามการมาตามนัดในระบบของหน่วยบริการ ซึ่งหากผู้ป่วยมาตามนัดเจ้าหน้าที่คลินิกชีวาภิบาลจะส่งข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือข้อมูลบริการที่สำคัญให้กับกับ Case Manager และเครือข่ายบริการในพื้นที่ เพื่อการดูแลต่อเนื่องติดตามการมาตามนัดอย่างต่อเนื่อง บูรณาการการดูแลร่วมกันระหว่างหน่วยงานและทีมสหสาขาวิชาชีพ

กระบวนการที่ 4 พัฒนาต่อยอดแนวปฏิบัติเดิมเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงกับทีมสหสาขาอาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ผลการดำเนินกิจกรรม พบว่า เกิดภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่บ้าน และผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวเกิดความอุ่นใจในการบริการที่ได้รับ และหน่วยบริการเกิดประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้พื้นฐานจากการดูแลประคับประคอง (Palliative Care) ที่จะช่วยลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

สรุปและอภิปรายผล

จากผลของการศึกษาเรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางประอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สามารถนำมาอภิปรายได้ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 200 ราย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.0 มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 74.0 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 95.0 มีสถานภาพหย่า/หม้าย ร้อยละ 47.0 สมรส ส่วนใหญ่มีโรค

ประจำตัว ร้อยละ 87.5 ส่วนใหญ่ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับครอบครัว/ญาติ/เพื่อน ร้อยละ 98.0 มีสิทธิการรักษาเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 83.0 มีความสอดคล้องกับการศึกษา พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.84 ผู้สูงอายุมีการศึกษาส่วนใหญ่ คือประถมศึกษา ร้อยละ 79.22 [6]

2. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางประอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เกี่ยวกับการเปรียบเทียบการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาลมีพฤติกรรมสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล ในระดับปานกลาง แต่หลังเข้าร่วมกิจกรรม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล อยู่ในระดับดี โดยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ย 2.69 (SD = 0.54) การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองที่บ้าน มีค่าเฉลี่ย 2.61 (SD = 0.55) การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เหมาะสม ตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย การเฝ้าระวังและสังเกตอาการ/อาการแทรกซ้อนที่บ้านก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 2.61 (SD = 0.57) การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม ในกรณีการเกิดเหตุฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือ และการไปตรวจตามนัดก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 2.63 (SD = 0.55) และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการฟื้นฟูสุขภาพที่บ้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย/โรคอย่างสม่ำเสมอก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 2.57 (SD = 0.59) จะเห็นได้ว่าหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จะต้องมีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเป็นสำคัญ เพื่อให้เข้าใจ รับรู้ถึงความสำคัญ และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง [7]

จากการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินกิจวัตรประจำวันผู้ผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมิน ADL พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มผู้สูงอายุมีคะแนนประเมินกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมิน ADL การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) มีค่าเฉลี่ยคะแนน คือ 5.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 3.51 ค่าพิสัยต่ำสุด – สูงสุด คือ 0 – 12 แปลความหมายได้ว่า มีภาวะติดบ้าน และหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนน คือ 6.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 4.00 ค่าพิสัยต่ำสุด – สูงสุด คือ 0 – 13 แปลความหมายได้ว่า มีภาวะติดบ้าน จากการวิจัยจะเห็นได้ว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุมีภาวะติดบ้าน ด้วยคะแนนประเมินเฉลี่ย ADL คือ 5.38 และหลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่า ถึงแม้จะยังมีภาวะติดบ้าน แต่มีคะแนนประเมินเฉลี่ย 6.36 ซึ่งถือว่ามีคะแนนเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องการจัดรูปแบบสำหรับให้บริการผู้สูงอายุมีความเหมาะสมทั้งจากผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ ซึ่งแตกต่างตากการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6 [8] พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม) เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นชุมชนและสังคมได้ มีผลรวมคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป เป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 97.90 และการศึกษา การพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดเตียงด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พึ่งตนเองได้ (ติดสังคม) ร้อยละ 97.43 ดูแลตนเองได้บ้าง (ติดบ้าน) ร้อยละ 1.43 พึ่งตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ (ติดเตียง) ร้อยละ 1.14

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลต่างของการประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผลการประเมินประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ มีค่ามัธยฐานของผลต่าง 0 ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ช่วงเชื่อมั่น 95% CI ของค่ามัธยฐาน

ของผลต่าง -1 ถึง 0 ทั้งนี้อาจเกิดจากเมื่อหลังเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ถูกต้อง มีช่องทางการรับบริการที่สะดวก เหมาะสม จึงส่งผลให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองดีขึ้น สอดคล้องกับ [9] พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนี Barthel ADL Index ก่อนการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเท่ากับ 4.6 คะแนน (SD=2.1) หลังการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมีคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน เท่ากับ 7.2 คะแนน (SD=3.5) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนี Barthel ADL Index หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น 2.6 คะแนน (95%CI: 1.4 - 3.6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$

3. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล เขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มี 4 กระบวนการ ดังนี้

กระบวนการที่ 1 เป็นการดูแลระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่ายการสร้างแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความรู้ ทักษะในการฟื้นฟูผู้สูงอายุและสามารถลดความกังวลหรือความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุได้ดี

กระบวนการที่ 2 มีช่องทางสำหรับการเข้าถึงและรับบริการในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า มีการจัดตั้งคลินิกชีวาภิบาล ที่มีมาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย การบริการและบุคลากร เป็นไปตามมาตรฐานโดยองค์กรที่มีหน้าที่ในการกำกับดูแล โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายบริการ

กระบวนการที่ 3 เจ้าหน้าที่คลินิกชีวาภิบาลติดตามการมาตามนัด และส่งข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับ Case Manager พบว่า จัดให้มี caregiver ที่มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ระยะท้าย ที่ได้รับการอบรมตามมาตรฐานของกรมอนามัย หรือกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ผ่านการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการที่ 4 พัฒนาต่อยอดแนวปฏิบัติเดิมเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงกับทีมสหสาขาอาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน พบว่า เกิดภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่บ้าน และผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้สูงอายุ และบุคคลในครอบครัวเกิดความอุ่นใจในการบริการที่ได้รับ

อย่างไรก็ตาม การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล สิ่งที่สำคัญคือการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลหลัก โดยเน้นที่ครอบครัวของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ดูแลผู้สูงอายุประจำทุกวัน หากกลุ่มเป้าหมายนี้มีองค์ความรู้ มีความเข้าใจ และเห็นคุณค่าในการดูแล จะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการสร้างทีมเครือข่ายที่เข้มแข็ง ทั้งภายในหน่วยงาน ภายนอกหน่วยงาน และองค์กรต่างๆ ที่มีส่วนร่วม ก็จะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้สูงอายุ และเกิดความยั่งยืนในการให้บริการคลินิกชีวาภิบาล ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ ควรมีการดำเนินงานร่วมกันในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถมองเห็นปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละรายได้ในหลาย ๆ ด้าน เพื่อจะสามารถแก้ปัญหาหรือปรับรูปแบบให้เหมาะสมได้

2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพในกลุ่มผู้ดูแลหลักอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดอบรมหรือฝึกปฏิบัติให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและชำนาญ ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุได้ด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า แนวโน้มของผู้สูงอายุที่ติดเตียงเพิ่มขึ้น ดังนั้นควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการติดเตียงในผู้สูงอายุ

2. ควรศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล เพื่อเสริมสร้างทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงเพื่อให้เกิดรูปแบบที่มีความหลากหลาย น่าสนใจ สามารถนำไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้

เอกสารอ้างอิง

1.อนันต์ อนันตกูล, (2560). สังคมสู่วัย... ความท้าทายประเทศไทย (Online). (http://www.royin.go.th/wpcontent/uploads/2017/12/%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%%B8%87%E0%B8%84%E0%B8)

2.สมจันทร์ ศรีปรัชยานนท์ และปาณิสรา เทพรักษ์, (2563). การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการวิทยาลัยบริหารศาสตร์, 4(1): 67-82.

3.สภาการพยาบาล, (2563). คู่มือการรับรองสถาบันการศึกษาวิชาการพยาบาลและผดุงครรภ์ สำหรับสถาบันการศึกษาที่มีผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. นนทบุรี: บริษัท จุดทอง จำกัด. พิมพ์ครั้งที่ 1.

4.กระทรวงสาธารณสุข, (2567). คู่มือดำเนินการตามนโยบายสถานชีวาภิบาล 2024. กองบริหารการสาธารณสุข, สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (Online). (https://phdb.moph.go.th/main/upload/web_news_files/c8214x94sx4ogookg8.pdf)

5.ณิสาชล นาคกุล, (2564). การศึกษาปัญหาและความต้องการทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลดอยฮาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารการบริหารการปกครองและนวัตกรรมท้องถิ่น, 7(2): 43-56.

6.เบญจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งงาม, (2556). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยรำไพพรรณี, 12(1): 39-48.

7.ชวลิต สวัสดิ์ผล และชวลิต สวัสดิ์ผล, (2560). การพัฒนาศักยภาพชุมชนท้องถิ่นเพื่อผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสาร มจร บาฬีศึกษาพุทธโฆสปริทรรศน์ 18(1): 43-56.

8.ปัทมา ผ่องศิริ, สุวรรณา วุฒิรณฤทธ์ และลัดดา เหลืองรัตนมาศ, (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนี สุรินทร์, 12(1): 32-49.

9.ราตรี โพธิ์ระวัช, (2562). การพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดเตียงด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาวไลยลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 16(3): 25-39.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแท้งคุกคามในหญิงตั้งครรภ์และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

Factors associated with the occurrence of threatened miscarriage in pregnant women and the outcomes of pregnant with threatened miscarriage. In Kuchinarai Crown Prince Hospital.

(Received: May 25,2024 ; Revised: May 27,2024 ; Accepted: May 28,2024)

กนกวรรณ ยลถวิล[1]
Kanokwan Yontawin[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแท้งคุกคาม และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม การศึกษารูปแบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 759 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน Simple logistic regression

ผลการวิจัย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคามมีอายุเฉลี่ยอายุ 28.71 ปี (SD. = 6.39) พบในครรภ์ที่ 2 (ร้อยละ 38.6) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 83.79) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 99.08) และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 99.08) ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ พบว่า ทารกเกิดมีชีพ (ร้อยละ 82.08) และแท้งสมบูรณ์ (ร้อยละ 17.92) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแท้งคุกคามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ช่วงอายุ 20 – 35 ปี มีโอกาสเกิดภาวะแท้งคุกคามในหญิงตั้งครรภ์เป็น 0.67 เท่า เมื่อเทียบกับอายุต่ำกว่า 19 ปี (95%CI = 0.29 -1.48) และอายุมากกว่า 35 ปี มีโอกาสเกิดภาวะแท้งคุกคามในหญิงตั้งครรภ์เป็น 1.56 เท่า เมื่อเทียบกับอายุต่ำกว่า 19 ปี (95%CI = 0.63 -3.86) และการไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเกิดภาวะแท้งคุกคามในหญิงตั้งครรภ์เป็น 0.30 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ออกกำลังกายนาน ๆ ครั้ง (95%CI = 0.20 - 0.45)

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์, ภาวะแท้งคุกคาม, ทารกเกิดมีชีพ

Abstract

The purpose of this research is to study of factors related to the occurrence of threatened miscarriage. and outcomes of pregnancies with threatened miscarriage, This research is Retrospective cohort study, totaling 759 participants. Analytical methods encompass descriptive statistics (percentages, frequencies, means, and standard deviations), supplemented by inferential statistics such as the Simple logistic regression .

The research findings of Pregnant women with threatened miscarriage had a mean age of 28.71 years (SD. = 6.39), were found in the second pregnancy (38.6%), had no underlying diseases (83.79%), did not smoke (99.08%) and did not drink alcoholic beverages. (99.08%) Pregnancy results showed that the baby was born live (82.08%) and had a complete miscarriage (17.92%). Factors associated with threatened miscarriage Statistically significant at the 0.05 level is that between the ages of 20 - 35 years the chance of experiencing a threatened miscarriage in pregnant women is 0.67 times compared to those under 19 years of age (95%CI = 0.29 -1.48) and those over 35 years of age. years of age, there is a 1.56 times chance of threatened miscarriage in pregnant women compared to those under 19 years of age (95%CI = 0.63 -3.86). And not exercising has a 0.30 times chance of threatened miscarriage in pregnant women. Compared to the group that exercised frequently (95%CI = 0.20 - 0.45)

Keywords: Pregnant, Threatened miscarriage, Born alive.

[1] โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

บทนำ

ภาวะแท้งคุกคาม หรือ Threatened abortion คือ ภาวะผิดปกติของการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นในช่วง 20 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์จะมีอาการเลือดออกทางช่องคลอด ซึ่งอาจเป็นเลือดสดหรือมูกเลือด ในขณะที่ปากมดลูกยังไม่เปิด [1] สาเหตุของภาวะแท้งคุกคามในปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัด ผู้ป่วยมักมีอาการปวดหน่วงท้อง เป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน ปวดบริเวณอุ้งเชิงกราน หรือบริเวณหลัง การวินิจฉัยภาวะแท้งคุกคามสามารถวินิจฉัยได้จาก การซักประวัติ การตรวจร่างกาย รวมถึงการตรวจภายใน และการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (อัลตราซาวด์) ทางช่องคลอดเพื่อยืนยันการมีชีวิตอยู่ของทารก ภาวะแทรกซ้อนจากการแท้งคุกคามคือมีเลือดออกทางช่องคลอดซึ่งเกิดได้ประมาณร้อยละ 20 และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะแท้งคุกคามประมาณ ร้อยละ 50 ต้องยุติการตั้งครรภ์ ภาวะเลือดออกทางช่องคลอดเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา เช่น รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย ทารกเติบโตช้าในครรภ์และทารกเสียชีวิตในครรภ์ [2] ปัจจัยเสี่ยงต่อการแท้งในผู้ป่วยแท้งคุกคามคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี มีโอกาสแท้งมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี BMI สูง มีการติดเชื้อ toxoplasma และ cytomegalovirus [3]

การเฝ้าระวังการแท้งประเทศไทย พ.ศ. 2562 พบว่า ผู้ป่วยแท้งเอง ส่วนใหญ่มีอายุ 30 - 34 ปี ซึ่งเป็นการยุติการตั้งครรภ์ที่มีเหตุผลทางการแพทย์ โดยอายุครรภ์ไม่เกิน 28 สัปดาห์ [4] สำหรับภาวะแท้งคุกคามจะสามารถพบได้ ร้อยละ 10-30 ของหญิงตั้งครรภ์ โดยที่ประมาณร้อยละ 50 ของภาวะนี้สามารถตั้งครรภ์ได้ตามปกติ จนกระทั่งคลอดบุตร ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแท้งคุกคามคือ อายุแม่ที่มากกว่า 35 ปี เคยมีประวัติการแท้งมาแล้ว และภาวะติดเชื้อ, เบาหวาน, อ้วน, โรคต่อมไทรอยด์, ความเครียด เป็นต้น ซึ่งสาเหตุหลักคือ โครโมโซมผิดปกติ เป็นสาเหตุหลักถึงร้อยละ 70 ของการแท้งในอายุครรภ์ก่อน 20 สัปดาห์ และความผิดปกติของมดลูก เช่น เนื้องอกมดลูก ติ่งเนื้อในโพรงมดลูก เยื่อพังพืดในโพรงมดลูก หรือผนังแบ่งกั้นในโพรงมดลูก เป็นต้น อาการที่พบส่วนใหญ่คือ เลือดออก และปวดท้อง ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์พบว่า มีเลือดออกได้ร้อยละ 20-30 ซึ่งส่วนใหญ่ไม่แท้ง พบว่าแท้งจริงประมาณร้อยละ 12 [5]

สำหรับภาวะแท้งคุกคามเป็นภาวะที่สามารถเกิดขึ้นได้ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ในกรณีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะแท้งคุกคามทั้งจากการซักประวัติและตรวจร่างกายโดยแพทย์แล้วนั้น ควรปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งการวางแผนการรักษาของแพทย์ก็เป็นสิ่งจำเป็นอย่างมาก เพราะภาวะแท้งคุกคามจะยังไม่มีการรักษาที่เฉพาะเจาะจง ส่วนใหญ่การดูแลรักษาภาวะแท้งคุกคามจะเป็นการรักษาแบบประคับประคองตามอาการของแต่ละบุคคล ดังนั้นการค้นหาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแท้งคุกคามจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อจะช่วยในการเฝ้าระวังและลดความรุนแรง ตลอดจนการกับเข้าสู่ภาวะปกติของหญิงตั้งครรภ์ ได้

จากความสำคัญที่กล่าวมาในข้างต้นจึงเป็นเหตุจูงใจให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแท้งคุกคามในหญิงตั้งครรภ์และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เพื่อเป็นการค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกคุกคามในหญิงตั้งครรภ์ และสามารถวางแผนการรักษา เฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและแม่นยำ ส่งผลให้ลดความวิตกกังวล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแท้งคุกคามในหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคามในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

วิธีการวิจัย

การศึกษารูปแบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study) โดยศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ด้วยภาวะแท้งคุกคาม ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแท้งคุกคามในหญิงตั้งครรภ์ และศึกษาผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคามในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่วิจัยในครั้งนี้คือ หญิงตั้งครรภ์ ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัย ภาวะแท้งคุกคาม และเข้ารับการรักษาตลอดจนคลอดหรือสิ้นสุดการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ

แบบเก็บข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากการศึกษาเรื่องผลลัพธ์การตั้งครรภ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะแท้งคุกคามในโรงพยาบาลมหาสารคาม[7] ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะทางสังคมและประชากร ภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบเก็บข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะแท้งคุกคามในหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 17 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ หาความตรง (Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบและพิจารณา แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบในด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ความตรงในด้านโครงสร้าง (Construct Validity) รูปแบบของกลุ่มแบบสอบถาม (Format) ความเหมาะสมด้านภาษา (Wording) และปรับปรุงแบบสอบถาม ตามคำชี้แนะจากอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน หาความเที่ยง (Reliability) นำเครื่องมือที่ได้รับการตรวจจากผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดสอบใช้ (Try-Out) กับบุคลากรสาธารณสุขอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน จากนั้นนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ใช้สูตรหาความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีของคอนบาค (Conbach) หาค่าสัมประสิทธ์แอลฟ่า (Coeffcient Alpha) เท่ากับ 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ด้วยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) ตัวแปรผลลัพธ์หลักเป็นข้อมูล Binary และตัวแปรอิสระหลายตัวแปร เมื่อพิจารณาข้อตกลงของสถิติแล้วเลือกใช้สถิติ Simple logistic regression โดยตัวแปรที่สามารถนำเข้าโมเดลเพื่อวิเคราะห์ได้ พิจารณาจากค่า p-value ที่มีค่า < 0.25 ซึ่งกำหนดให้ 10 เหตุการณ์ต่อ 1 parameter ในงานวิจัยนี้เกิดเหตุการณ์ทั้งหมด 759 เหตุการณ์ ดังนั้นสามารถนำตัวแปรเข้าโมเดลได้ประมาณ 76 ตัวแปร จากนั้นพิจารณาความสัมพันธ์ภายในตัว (Multicollinearity) ของแต่ละตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าโมลเดล ซึ่งพิจารณาจากค่า VIF ไม่เกิน 10 ทุกตัวแปร และการคัดเลือก

final model โดยใช้วิธี (with backward elimination approach)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยนี้ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อขอรับการพิจารณารับรองว่าไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิและสวัสดิภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการศึกษาวิจัย เลขที่ KLS.REC 93/2567

ผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแท้งคุกคามในหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ สามารถนำเสนอผลการศึกษาวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

1.1 ลักษณะทางสังคมและประชากร จากการศึกษา เวชระเบียนผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ด้วยภาวะแท้งคุกคาม ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม ทั้งหมด 759 ราย พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 20 - 35 ปี จำนวน 574 ราย (ร้อยละ 75.63) รองลงมาคือ มากกว่า 35 ปีขึ้นไป จำนวน 123 ราย (ร้อยละ 16.21) และอายุน้อยกว่า 19 ปี จำนวน 62 ราย (ร้อยละ 8.17) (Mean= 28.71, SD.=6.39) ระดับการศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. จำนวน 317 ราย (ร้อยละ 41.77) ปริญญาตรี จำนวน 202 ราย (ร้อยละ 26.61) มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 130 ราย (ร้อยละ 17.13) ประถมศึกษา จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 7.64) อนุปริญญา/ ปวส. จำนวน 50 ราย (ร้อยละ 6.59) และสูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 0.26) มีสถานภาพสมรส จำนวน 739 ราย (ร้อยละ 97.36) สถานภาพหย่า/ หม้าย/ แยก จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 1.45) และโสด จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 1.19) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ว่างงาน) จำนวน 390 ราย (ร้อยละ 51.38) รับจ้างทั่วไป จำนวน 184 ราย (ร้อยละ 24.24) ค้าขาย จำนวน 67 ราย (ร้อยละ 8.83) รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ จำนวน 64 ราย (ร้อยละ 8.43) เกษตกร จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 5.27) และอื่น ๆ จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 1.84) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 755 ราย (ร้อยละ 99.47) ศาสนาอิสลามและคริสต์ กลุ่มละ จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 0.26)

1.2 ภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มารับบริการครั้งนี้ด้วยครรภ์ที่ 2 จำนวน 293 ราย (ร้อยละ 38.60) รองลงมาคือ ครรภ์ที่ 1 จำนวน 249 ราย (ร้อยละ 32.81) ครรภ์ที่ 3 จำนวน 143 ราย (ร้อยละ 18.84) และครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป จำนวน 74 ราย (ร้อยละ 9.75) โดยที่ฝากครรภ์ครั้งแรกไม่เกิน 12 สัปดาห์ จำนวน 510 ราย (ร้อยละ 67.19) และมากกว่า 12 สัปดาห์ จำนวน 249 ราย (ร้อยละ 32.81) (Mean= 11.19, SD.= 5.90) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 636 ราย (ร้อยละ 83.79) และมีโรคประจำตัว จำนวน 123 ราย (ร้อยละ 16.21) ส่วนใหญ่ขณะตั้งครรภ์ไม่เคยออกกำลังกาย จำนวน 447 ราย (ร้อยละ 58.89) รองลงมาคือ นาน ๆ ครั้ง จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 40.97) และเป็นประจำทุกวัน 1 ราย (ร้อยละ 0.13) ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 752 ราย (ร้อยละ 99.08) และสูบบุหรี่ จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 0.92) ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 752 ราย (ร้อยละ 99.08) และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 0.92) ประวัติการแท้ง พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการแท้ง จำนวน 602 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.31 และมีประวัติการแท้ง จำนวน 157 ราย (ร้อยละ 20.69) หญิงตั้งครรภ์พักผ่อนเวลากลางคืน 6 – 8 ชั่วโมง/วัน จำนวน 461 ราย (ร้อยละ 60.74) และมากกว่า 8 ชั่วโมง/วัน จำนวน 298 ราย (ร้อยละ 39.26) ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะแท้งคุกคาม พบว่า ส่วนใหญ่ทารกเกิดมีชีพ จำนวน 623 ราย (ร้อยละ 82.08) และแท้งสมบูรณ์ จำนวน 136 ราย (ร้อยละ 17.92)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแท้งคุกคามในหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระ-ยุพราชกุฉินารายณ์

จากการศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ด้วยภาวะแท้งคุกคาม โดยพิจารณาจากตัวแปรผลลัพธ์หลักเป็นข้อมูล Binary และตัวแปรที่สามารถนำเข้าโมเดลเพื่อวิเคราะห์ได้ พิจารณาจากค่า p-value ที่มีค่า < 0.25 ได้แก่ อายุ, การฝากครรภ์ครั้งแรก (อายุครรภ์), การศึกษา, อาชีพ, โรคประจำตัว, การออกกำลังกาย และการพักผ่อนเวลากลางคืน (ชั่วโมง/วัน) โดยทุกตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัว (Multicollinearity) ซึ่งพิจารณาจากค่า VIF ไม่เกิน 10 ทุกตัวแปร จึงเลือกใช้สถิติ Simple logistic regression และการคัดเลือก final model โดยใช้วิธี (with backward elimination approach) ผลการวิเคราะห์เมื่อควบคุมตัวแปรแล้ว พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแท้งคุกคาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ช่วงอายุ 20 – 35 ปี มีโอกาสเกิดภาวะแท้งคุกคามในหญิงตั้งครรภ์เป็น 0.67 เท่า เมื่อเทียบกับอายุต่ำกว่า 19 ปี (95%CI = 0.29 -1.48) และอายุมากกว่า 35 ปี มีโอกาสเกิดภาวะแท้งคุกคามในหญิงตั้งครรภ์เป็น 1.56 เท่า เมื่อเทียบกับอายุต่ำกว่า 19 ปี (95%CI = 0.63 -3.86) และการไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเกิดภาวะแท้งคุกคามในหญิงตั้งครรภ์เป็น 0.30 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ออกกำลังกายนาน ๆ ครั้ง (95%CI = 0.20 -0.45) ส่วนเป็นปัจจัยที่มีแนวโน้มโอกาสเกิดภาวะแท้งคุกคามในหญิงตั้งครรภ์ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ การฝากครรภ์ครั้งแรก และอาชีพ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแท้งคุกคามในหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ (n = 759)

ตัวแปรปัจจัย	Crude		Adjusted		
	OR	95%CI	OR	95%CI	P-value (LR-test)
อายุ (ปี)					0.002
<19			1		
20 - 35	0.08	-0.67 – 0.82	0.67	0.29 – 1.48	
>35	0.97	0.16 – 1.77	1.56	0.63 – 3.86	
อาชีพ					0.099
เกษตรกร			1		
ค้าขาย	-1.79	-2.91 - -0.66	0.14	0.04 – 0.47	
รับจ้าง	-0.25	-0.99 – 0.48	0.71	0.32 – 1.57	
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	-0.74	-1.65 – 0.18	0.26	0.09 – 0.69	
ว่างงาน	-1.31	-2.04 - -0.58	0.30	0.14 – 0.67	
อื่น ๆ	2.03	0.59 – 3.47	4.39	0.98 – 19.65	
ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ (สัปดาห์)					0.093
< 12			1		
> 12	-0.13	-0.19 - -0.08	0.92	0.79 – 1.07	
การออกกำลังกาย					<0.001
นาน ๆ ครั้ง			1		
ไม่เคยออกกำลังกาย	-1.26	-1.65 - -0.84	0.30	0.20 – 0.45	
อื่น ๆ	2.03	0.59 – 3.47	4.39	0.98 – 19.65	

หมายเหตุ *1 คือ ค่า Reference ของผลการวิเคราะห์ที่ควบคุมตัวแปร*

สรุปและอภิปรายผล

จากผลของการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแท้งคุกคามในหญิงตั้งครรภ์ และศึกษาผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคามในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ สามารถนำมาอภิปรายได้ตามวัตถุประสงค์ดังนี้

ลักษณะทางสังคมและประชากร จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคามทั้งหมด จำนวน 759 ราย พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 20 - 35 ปี จำนวน 574 ราย (ร้อยละ 75.63) (ค่าเฉลี่ยอายุ 28.71 ปี, SD. = 6.39) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. จำนวน 317 ราย (ร้อยละ 41.77) มีสถานภาพสมรส จำนวน 739 ราย (ร้อยละ 97.36) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ว่างงาน) จำนวน 390 ราย (ร้อยละ 51.38) นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 755 ราย (ร้อยละ 99.47) สอดคล้องกับสตรีตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะแท้งคุกคาม มีอายุตั้งแต่ 17 – 42 ปี อายุเฉลี่ย 27.3 ปี [6] และ ผู้ป่วยที่รับการวินิจฉัยภาวะแท้งคุกคาม มีอายุอยู่ระหว่าง 15 – 39 ปี มีค่าเฉลี่ย 27.1 ปี (± 5.8) ปี [7]

ภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มารับบริการครั้งนี้ด้วยครรภ์ที่ 2 จำนวน 293 ราย (ร้อยละ 38.60) รองลงมาคือ ครรภ์ที่ 1 จำนวน 249 ราย (ร้อยละ 32.81) โดยที่ฝากครรภ์ครั้งแรกไม่เกิน 12 สัปดาห์ จำนวน 510 ราย (ร้อยละ 67.19) และมากกว่า 12 สัปดาห์ จำนวน 249 ราย (ร้อยละ 32.81) (Mean= 11.19, SD. = 5.90) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 636 ราย (ร้อยละ 83.79) สอดคล้องกับการศึกษาภาวะคุกคามที่เป็นปัจจัยสี่ยงต่อความพร้อมในการตั้งครรภ์ของหญิงไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 81.0 ขณะตั้งครรภ์ไม่เคยออกกำลังกาย จำนวน 447 ราย (ร้อยละ 58.89) ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 752 ราย (ร้อยละ 99.08) และ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 752 ราย (ร้อยละ 99.08) [8] และความผิดปกติของฮอร์โมนสารนิโคตินในบุหรี่ การดื่มกาแฟหรือดื่มสุรามีผลต่อการพัฒนาของทารกในครรภ์ และประวัติการแท้ง พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการแท้ง จำนวน 602 ราย (ร้อยละ 79.31) [9] สอดคล้องกับ ที่ได้ศึกษาผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม ที่โรงพยาบาลตราด พบว่า สตรีที่มีภาวะแท้งคุกคามส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลังและไม่เคยแท้งบุตรมาก่อน หญิงตั้งครรภ์พักผ่อนเวลากลางคืน 6 – 8 ชั่วโมง/วัน จำนวน 461 ราย (ร้อยละ 60.74) [6]

ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะแท้งคุกคาม พบว่า ส่วนใหญ่ทารกเกิดมีชีพ จำนวน 623 ราย (ร้อยละ 82.08) และแท้งสมบูรณ์ จำนวน 136 ราย (ร้อยละ 17.92) สอดคล้องกับรายงานผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ภาวะแท้งคุกคามในช่วงไตรมาสแรก ซึ่งตรวจพบการเต้นของหัวใจตัวอ่อนหรือทารกโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง พบตั้งครรภ์ครบกำหนด ร้อยละ 76.61 [10] และ รายงานผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม พบผ่าคลอด จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 28.2) คลอดปกติ จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 19.2) คลอดก่อนกำหนด จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 11.1) และแท้งเอง จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 25.2) [7]

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแท้งคุกคามในหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จากการศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ด้วยภาวะแท้งคุกคาม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Simple logistic regression ผลการวิเคราะห์เมื่อควบคุมตัวแปรแล้ว พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแท้งคุกคาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ช่วงอายุ 20 – 35 ปี มีโอกาสเกิดภาวะแท้งคุกคามในหญิงตั้งครรภ์เป็น 0.67 เท่า เมื่อเทียบกับอายุต่ำกว่า 19 ปี (95%CI = 0.29 -1.48) และอายุมากกว่า 35 ปี มีโอกาสเกิดภาวะแท้งคุกคามในหญิงตั้งครรภ์เป็น 1.56 เท่า เมื่อเทียบกับอายุต่ำกว่า 19 ปี (95%CI = 0.63 -3.86) จะ

เห็นได้ว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้นโอกาสเกิดภาวะแท้งคุกคามก็จะมีมากขึ้นตามไปด้วย สอดคล้องกับ อายุของมารดาที่เพิ่มขึ้น มีผลต่อการพัฒนาของทารกในครรภ์ และการไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเกิดภาวะแท้งคุกคามในหญิงตั้งครรภ์เป็น 0.30 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ออกกำลังกายนาน ๆ ครั้ง (95%CI = 0.20 - 0.45) [10] ส่วนเป็นปัจจัยที่มีแนวโน้มโอกาสเกิดภาวะแท้งคุกคามในหญิงตั้งครรภ์ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ การฝากครรภ์ครั้งแรก (อายุครรภ์) อาจมีผลต่อการเกิดภาวะแท้งคุกคามได้ โดยปัจจัยการฝากครรภ์หลัง 12 สัปดาห์ อาจส่งผลให้ไม่ได้รับการดูแลตามเกณฑ์ของอายุครรภ์ จึงอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแท้งคุกคามได้ และปัจจัยอาชีพ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าอาชีพบางอาชีพอาจต้องนั่ง เดิน หรือยืน เป็นเวลานาน ๆ หรือการทำงานที่หนัก มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแท้งคุกคามได้ สอดคล้องกับสิ่งคุกคามทางสุขภาพในโรงพยาบาลกับการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของการตั้งครรภ์ พบว่า ตารางการทำงานที่หนักหน่วง (strenuouswork schedule) การทำงานกะและชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน ส่วนใหญ่เกินกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการแท้งเองและการคลอดก่อนกำหนดได้ แต่หลักฐานยังไม่แน่ชัดหรืออาจเพิ่มความเสี่ยงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น [9]

อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้ เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีโอกาสเกิดภาวะแท้งคุกคามในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าปัจจัยมีโอกาสเกิด คือ อายุที่เพิ่มขึ้น และการออกกำลังกาย และปัจจัยที่มีแนวโน้มที่อาจเกิดภาวะดังกล่าวคือ การฝากครรภ์ครั้งแรก (อายุครรภ์) และอาชีพของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งจะสามารถนำผลการศึกษาครั้งในไปใช้ในการเฝ้าระวัง และเป็นการเริ่มต้นในการพัฒนาระบบการดูแลหรือพัฒนารูปแบบแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เหมาะสมได้ ทั้งในการให้บริการในโรงพยาบาลและการเฝ้าระวังในพื้นที่ ต่อไปได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแท้งคุกคาม ในหญิงตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งอาจจะนำผลการศึกษานี้ ไปพัฒนารูปแบบการดูแลและการเฝ้าระวังในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไปได้

2. ควรมีความตระหนักต่อการป้องกันในการแก้ไขปัจจัยเสี่ยงข้างต้นอย่างจริงจัง และหน่วยงานทุกภาคส่วนวิชาการควรนำผลการวิจัยนี้ไปศึกษาต่อยอดในการศึกษาเพื่อเฝ้าระวังหรือการศึกษาเชิงปฏิบัติการแก้ไขปัญหาอันจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนและหญิงตั้งครรภ์ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่ ซึ่งสามารถนำรูปแบบการศึกษานี้ ไปใช้ในการศึกษาครั้งต่อไป ในพื้นที่อื่น หรือขยายพื้นที่ในการศึกษาได้ เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาระหว่างพื้นที่ได้

2. จากการศึกษาครั้ง พบว่า ปัจจัยที่มีแนวโน้มที่อาจจะเกิดโอกาส การเกิดภาวะแท้งคุกคามในหญิงครรภ์ ได้แก่ การฝากครรภ์ (อายุครรภ์) และอาชีพของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งควรศึกษาเพิ่มเติม เพื่อหาข้อชัดเจนในปัจจัยดังกล่าวนี้ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

เอกสารอ้างอิง

1.ธัชจารีย์ พันธ์ชาลี, (2564). ภาวะแท้งคุกคาม (Threatened abortion) (Online). (https://www.si.mahidol.ac.th/sirirajdoctor/article_detail.aspx?ID=1468

2.Alizart M, Saunus J, Cummings M, Lakhani SR. Molecular classification of breast carcinoma. Diagn. Histopathol 2012; 18(3): 97-103.

3.Sivasane DS et al, Study of pregnancy outcome of threatened abortion and its correlation with risk factors in a tertiary care hospital of Mumbai, India. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2018; 7(11): 4598-4603.
4.กรมอนามัย, (2562). รายงานการเฝ้าระวังการแท้งประเทศไทย พ.ศ. 2562. สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000: 2.
5.ชัยวิทย์ วนาโรจน์, (2566). ภาวะแท้งคุกคาม ... ความเสี่ยงของคุณแม่มือใหม่. (Online). https://www.phuketinternationalhospital.com/
6.สมพงษ์ กิตติพิบูลย์, (2551). ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม ที่โรงพยาบาลตราด. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีษะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 23(1); 465-473.
7.วกุล ลัญจกรสิริพันธุ์, (2565). ผลลัพธ์การตั้งครรภ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะแท้งคุกคาม ในโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีษะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 37(1); 131-136.
8.วรินท์มาศ เกษทองมา และวุธิพงศ์ ภักดีกุล, (2561). ภาวะคุกคามที่เป็นปัจจัยสี่ยงต่อความพร้อมในการตั้งครรภ์ของหญิงไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิจัย มข. 18(3)
9.พรวิภา กุลรัตน์, (2561). อุบัติการณ์และปัจจัยด้านอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ของการตั้งครรภ์ในพยาบาลหญิงและผู้ช่วยพยาบาลหญิงโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ระหว่างปีพ.ศ. 2556-2560. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
10.ภาวิน พันพรพงษ์, (2543). ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ภาวะแท้งคุกคามในช่วงไตรมาสแรก ซึ่งตรวจพบการเต้นของหัวใจตัวอ่อนหรือทารกโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 7(1); 1-6.
11.Cleary-Goldman J. et al, (2005). Impact of maternal age on obstetric outcome. Obstetrics & Gynecology 105(5 Part 1): p 983-990, May 2005. DOI: 10.1097/01.AOG.0000158118.75532.51.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดต่อความรู้และความตั้งใจในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

Effects of a birth control promotion program on knowledge and intention to use birth control in postpartum teenage mothers.

(Received: May 25,2024 ; Revised: May 27,2024 ; Accepted: May 28,2024)

รำไพ จันทวงษ์[1] นัยนา ราชบุตร[1]
Rampai Jantawong[1], Naiyana Ratchaboot[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pre-test post-test design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดต่อความรู้และความตั้งใจในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย กลุ่มตัวอย่างมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอายุ 12-19 ปี ที่มาพักรักษาในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย ระหว่างเดือนธันวาคม 2566-กุมภาพันธ์ 2567 จำนวน 27 คน คัดเลือกแบบเจาะจงมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด แบบสอบถามความรู้การคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด แบบสอบถามทัศนคติ และแบบสอบถามความตั้งใจในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า การเปรียบเทียบ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดต่อความรู้และความตั้งใจ ในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ก่อนทดลองและหลังทดลอง พบว่า คะแนนความรู้ในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก คะแนนทัศคติและคะแนนความตั้งใจในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิด, มารดาวัยรุ่น,ความรู้,ความตั้งใจ

ABSTRACT

This research was quasi-experimental research. (quasi-experimental research) with one-group pre-test post-test design to study aimed to examine the knowledge and intention of postpartum teenage mothers after received the Contraceptive Promotion Program. Postpartum ward at Nong Khai Hospital Sample group of postpartum teenage mothers aged betreen 12-19 years of age who gave birth and stayed in the postpartum ward. Nong Khai Hospital Between December 2023-February 2024, a total of 27 people were purposively selected and qualified according to the criteria. and the tools used to collect data include knowledge questionnaires. attitude questionnaire and decide on prevention of repeat pregnancy Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test statistics.

Research results found that Comparison of the effects of programs providing information, motivation, and contraceptive decision-making on knowledge and attitudes in postpartum teenage mothers. Before the experiment and after the experiment, it was found that the mean scores for knowledge on prevention of repeat pregnancy and contraception, attitude and decision to prevent repeat pregnancy They are significantly different at the 0.05 level.

Keywords: The Contraceptive Promotion Program, Adolescent mother, Knowledge, Intention

บทนำ

ปัจจุบันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในทุกประเทศทั่วโลกคลอดของวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกสูติ-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลหนองคาย

15-19 ปีมีประมาณ 16 ล้านคน อายุต่ำกว่า 15 ปี มีประมาณ 1 ล้านคน หรืออยู่ที่ประมาณ 49 ต่อ 1,000 คน ส่วนค่าเฉลี่ยของผู้หญิงในทวีปเอเชียอยู่ที่ 56 ต่อ 1,000 คน[1] (Hamilton, Martin, & Ventura, 2009) โดยประเทศไทย จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขพบว่าในปี 2565 ประเทศไทยมีแม่วัยรุ่นจำนวน 129,451 คน กล่าวคือผู้หญิงที่มีอายุ 15-19 ปี จำนวน 1,000 คน เป็นแม่วัยรุ่น 53.8 คน[2] และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้ข้อมูลสภาวะการมีบุตรของวัยรุ่นไทยที่รวบรวมโดยศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ระบุว่า สถานการณ์การคลอดบุตรของวัยรุ่นไทย ปี 2565 พบว่า อัตราการคลอดบุตรของวัยรุ่น อายุ 15-19 ปีต่อหญิงวัยเดียวกัน (1,000 คน)[3] จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาเร่งด่วนของประเทศที่ควรได้รับการแก้ไข

นอกจากปัญหาอัตราการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น ปัญหาที่ตามมาในหลายประเทศยังพบว่าหญิงวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์ครั้งที่สองหรือการตั้งครรภ์ (repeated pregnancy) เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน โดยมีอัตราการตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นทั่วโลกสูงถึง ร้อยละ 20 ในปี ค.ศ. 2004 สำหรับประเทศไทย การวิเคราะห์สถานการณ์การตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่น โดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีแนวโน้มการตั้งครรภ์ในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ ร้อยละ 6.6, 7.4 และ 10.27 ตามลำดับ และนอกจากนี้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ประเทศไทยสำรวจพบการตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่น กลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี , 15 -19 ปี และน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 11.6,11.7 และ 6.5 ตามลำดับ[3] จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงจำนวนการตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นที่เพิ่มสูงขึ้นในประเทศไทยและในอนาคตคาดว่าการตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดส่งผลกระทบต่อตัวมารดาวัยรุ่นทั้งด้านร่างกายจิตใจและอารมณ์ รวมทั้งทารกในครรภ์ ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม เช่นเดียวกับการตั้งครรภ์ครั้งแรกในวัยรุ่น[4] ด้านร่างกายการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีโอกาสเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารกได้มากกว่าวัยผู้ใหญ่[5] ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นต่อมารดา เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้มากกว่าวัยผู้ใหญ่ถึง 4 เท่า ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ภาวะทุพโภชนาการ เป็นต้น ผลกระทบต่อทารกพบว่าก่อให้เกิดการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักตัวน้อย ทารกเกิดปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนเนื่องจากการพัฒนาระบบต่างๆ ไม่สมบูรณ์ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลายาวนานและเสียค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลทารกกลุ่มนี้[1]

การตั้งครรภ์ในระยะ 1-2 ปีที่ผ่านมา ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดเกิดจากสาเหตุที่สำคัญ คือ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการคุมกำเนิดและใช้การคุมกำเนิดไม่ต่อเนื่อง[6] ขาดความตระหนักถึงโอกาสในการตั้งครรภ์ การไม่ได้รับการบริการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ[7]การที่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดจะเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดนั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อและการยอมรับการคุมกำเนิดของวัยรุ่น เนื่องจากการมีความรู้เรื่องของการคุมกำเนิด การใช้การคุมกำเนิดหลังคลอดของตัวมารดาวัยรุ่น เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ดังนั้นวัยรุ่นที่มีความรู้ เจตคติที่ดีต่อการคุมกำเนิด และการสนับสนุนจากบุคคลที่วัยรุ่นยอมรับจึงทำให้มีความยินยอมการคุมกำเนิด นอกจากนี้ยังพบว่า บทบาทการให้คำปรึกษาแก่มารดาวัยรุ่นเพื่อส่งเสริมการคุมกำเนิดควรเริ่มตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ โดยเน้นการสร้างความตระหนักถึงโอกาสและผลกระทบต่อการตั้งครรภ์[7]

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิด ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ตามแนวคิดการให้ข้อมูล เสริมแรงจูงใจ (Information Motivation and Behavioral skill: IMB model) โดยมีการให้ความรู้ในส่วนที่มารดาวัยรุ่นและสามียังขาด

หรือไม่ถูกต้อง การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการคุมกำเนิด ฝึกทักษะการตัดสินใจต่อการคุมกำเนิด โดยให้สามีหรือคู่รักเข้ามาช่วยส่งเสริมสนับสนุน ชมเชย และให้กำลังใจ เพื่อเพิ่มความมั่นใจต่อการตัดสินใจในการคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวที่ออกฤทธิ์นาน ทำให้มารดาวัยรุ่นเกิดพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความตั้งใจในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดต่อความรู้และความตั้งใจในการคุมกำเนิด ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย จำนวน 27 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้าในช่วงเดือนธันวาคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มาคลอดและพักรักษาในหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มาคลอดและพักรักษาในหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567 จำนวน 27คน คัดเลือกแบบเจาะจงมีคุณสมบัติตามเกณฑ์

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) มารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่คลอดบุตรคนแรก (คลอดปกติ) อายุ 12-19 ปี 2) มารดาและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังคลอด 3) สามีหรือคู่รักหรือมารดาของวัยรุ่นหลังคลอดที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 4) มารดาวัยรุ่นหลังคลอดและสามีหรือคู่รักหรือมารดาของวัยรุ่นหลังคลอดสามารถอ่านออก เขียนภาษาไทยและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี 5) เต็มใจและให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ มีอาการของภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอด คลื่นไส้อาเจียน เวียนศีรษะ

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ โดยวิธีวิเคราะห์อำนาจทดสอบอ้างอิงขนาดอิทธิพลประชากรจากงานวิจัยของ นิภาพร คนเชี่ยว และคณะ[8] ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการมีส่วนร่วมของสามีต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น โดยใช้โปรแกรม G* power version 3.1 สำหรับการวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างหนึ่งกลุ่ม โดยกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบเท่ากับ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ a=0.05 และขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 23คน และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหาย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ทำให้มีขนาดกลุ่มเป็น 27 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากงานวิจัย อาทิตยา มาละ และคณะ (2564) และรวบรวม ทบทวน จากตำรา เอกสาร งานวิจัย ประกอบด้วย การคุมกำเนิดตามแนวทางการคุมกำเนิดของหน่วยวางแผนครอบครัว ได้แก่ การใช้ยาฝังคุมกำเนิด หรือห่วงอนามัยคุมกำเนิดชนิดไม่มีฮอร์โมนหรือยาฉีดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยว

1.2 คู่มือป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากงานวิจัย อาทิตยา มาละ และคณะ (2564) และการทบทวนวรรณกรรมมีเนื้อหาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ซ้ำวัยรุ่น ความรู้เรื่องการเจริญพันธุ์ ความรู้เรื่องคุมกำเนิดเพื่อเว้นช่วงการตั้งครรภ์ที่เหมาะสม ได้แก่ ยาฝังคุมกำเนิด ห่วงอนามัย

คุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด มีบันทึกอาการที่เกิดขึ้นหลังจากคุมกำเนิด แนวทางปฏิบัติที่จำเป็นในการดูแลตนเองหลังจากคุมกำเนิด มีช่องทางในการติดต่อกับผู้วิจัย กรณีกังวลใจหรือมีข้อสงสัยในอาการต่าง ๆ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวชกรรม 2 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมดังกล่าวมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในภาษาที่ใช้ในคู่มือและวีดิทัศน์ พิจารณาคัดเลือกตามจุดประสงค์ เครื่องมือที่มีคุณภาพค่า CVI ไม่ต่ำกว่า 0.80 ซึ่งจากการตรวจสอบพบว่าเครื่องมือมีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา CVI = 0.98

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามด้วยตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ การวางแผนการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ประสบการณ์การคุมกำเนิด ประวัติการตั้งครรภ์ อายุสามีหรือคู่รัก ระยะเวลาคบกับสามีหรือคู่รัก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้การคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด จำนวน 25 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-25 คะแนน ถ้าคะแนนรวมมาก (20-25 คะแนน) แสดงว่าผู้ตอบมีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย การหาความตรงด้านเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถามความรู้การคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด หาความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ซึ่งแบบสอบถามความรู้การคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด มีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ .87

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำตอบเป็นแบบมาตราวัดแลล Likert scale 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ในกรณีข้อความมีความหมายทางบวก 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย 2 หมายถึง เฉย ๆ 3 หมายถึง เห็นด้วย 4 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด และกลับค่าคะแนนสำหรับข้อความมีความหมายทางลบ การแปลผลพิจารณาจากคะแนนรวมทั้งหมด 15 ข้อ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน ถ้าคะแนนรวมมาก (40-60 คะแนน) แสดงว่าผู้ตอบ มีทัศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำทางบวกมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการหาความตรงด้านเนื้อหา (content validity) แบบสอบถามการคุมกำเนิด ทัศนคติใน การคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด หาความตรงของเนื้อหา (content validity Index,CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ซึ่งแบบสอบถามการคุมกำเนิด ทัศนคติในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด มีค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha) เท่ากับ .86

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความตั้งใจในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 อันดับ จาก 1 หมายถึง ไม่มั่นใจเลย 2 หมายถึง มั่นใจ 3 หมายถึง มั่นใจมาก 4 หมายถึง มั่นใจมากที่สุด โดย

คะแนนรวม อยู่ในช่วง 10-40 คะแนน ถ้าคะแนนรวมสูง (32-40 คะแนน) แสดงว่าผู้ตอบมีการทักษะการตัดสินใจต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยการหาความตรงด้านเนื้อหา (content validity Index,CVI) แบบสอบถามความตั้งใจในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด หาความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .93 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย มีค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .71

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2566-กุมภาพันธ์ 2567 โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ เป็นขั้นตอนของการพัฒนาและทดสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิด และพัฒนาแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้การคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด และแบบสอบถามความตั้งใจในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

2. ผู้วิจัยเข้าสำรวจรายชื่อมารดาวัยรุ่นรายใหม่ที่มาพักฟื้นที่หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ร่วมกับการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง มารดาวัยรุ่นหลังคลอดผ่านการคัดเลือกจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนของ การวิจัย รวมทั้งประโยชน์หรือความเสี่ยงที่อาจได้รับ หากมารดาวัยรุ่นหลังคลอดยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อในใบยินยอม การพบปะมารดาวัยรุ่นหลังคลอดเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างนี้จะทำในช่วงเวลา 13.00-16.00น. เนื่องจากเป็นเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจจากแพทย์และการดูแลจากพยาบาลแล้ว สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการคัดเลือกผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ทราบว่าการคัดเลือกนี้ไม่มีผลต่อการดูแลรักษา

ก่อนเริ่มโปรแกรม ผู้วิจัยประเมินอาการของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดหากพบว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย มีอาการปวดมดลูกหรือเต้านม ผู้วิจัยจะหยุดดำเนินการทันทีและรีบแจ้งแพทย์หรือพยาบาล เมื่อมารดาวัยรุ่นมีอาการดีขึ้นมีความพร้อมและยินยอมให้ดำเนินการ ผู้วิจัยจึงจะดำเนินการเก็บข้อมูล 2 ครั้ง ได้แก่ 1) 24 ชั่วโมงหลังคลอด ก่อนเริ่มทำการทดลอง 2) 48 ชั่วโมงหลังคลอด หลังการทดลองทันที โดยดำเนินกิจกรรมตามแบบแผนการทดลองดังนี้

ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิด ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ตามแนวคิดของ information motivation behavioral skillsmodel ที่ ผู้ วิ จั ย ปรับปรุงจากงานวิจัยของอาทิตยา มาละ และคณะ[9] และจากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยจัดกิจกรรม 2 ครั้งๆ ละ 30 นาที ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ระยะเวลา 24 ชั่วโมงหลังคลอด ที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม ประกอบด้วยการให้โปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิด ประเมินคะแนนความรู้ก่อนการทดลอง และร่วมกับการสอบถามสามีหรือคู่รักเรื่อง ความรู้ที่มีอยู่เดิมของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ผู้วิจัยให้ความรู้ในส่วนที่มารดาวัยรุ่นหลังคลอด และสามีขาดหรือไม่ถูกต้อง ในขอบเขตเนื้อหา ความหมายการตั้งครรภ์ซ้ำ สาเหตุ ความเสี่ยง ผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น การเปลี่ยนแปลงในระยะหลังคลอดเพื่อให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอด และสามีหรือคู่รัก เห็นผลเสียของการตั้งครรภ์ในขณะเป็นวัยรุ่น ประเมินคะแนนทัศนคติในการคุมกำเนิด และประเมินคะแนนความตั้งใจในการคุมกำเนิดมารดาวัยรุ่นหลังคลอด นอกจากนั้นสร้างแรงจูงใจเพิ่มโดยการอธิบายถึงสิทธิที่

มารดาวัยรุ่นจะได้รับการคุมกำเนิดที่หน่วยวางแผนครอบครัวโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

กิจกรรมครั้งที่ 2 ระยะหลังคลอด 48 ชั่วโมง ที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม เยี่ยมพร้อมเน้นย้ำ ทบทวนโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดฯ ประเมินความรู้การคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ทัศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และความตั้งใจในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ผู้วิจัยให้ความรู้ในส่วนที่มารดาวัยรุ่นและสามีขาดหรือไม่ถูกต้อง ในขอบเขตเนื้อหาความหมายการคุมกำเนิด กลไกการออกฤทธิ์ ประสิทธิภาพ ข้อดี ผลข้างเคียง เพื่อให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอด และสามีหรือคู่รักเห็นความสำคัญของการคุมกำเนิด ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดและสามีหรือคู่รัก ร่วมกันแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์การคุมกำเนิดที่ผ่านมา ผลกระทบของการไม่คุมกำเนิด ความต้องการในการคุมกำเนิด อุปสรรคในการคุมกำเนิด พร้อมทั้งแจกคู่มือ “การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด” ซึ่งคู่มือนี้ประกอบด้วย การบันทึกอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น แนวทางปฏิบัติที่จำเป็นในการดูแลตนเองหลังจากคุมกำเนิด

3. ขั้นประเมินผล

3.1 ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วน และความถูกต้องของแบบสอบถาม ซึ่งหากพบว่าข้อมูลไม่สมบูรณ์ครบถ้วนจะไม่นำมาวิเคราะห์

3.2 นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการวิจัยในการดำเนินการวิจัย เกณฑ์ที่ใช้ยุติการทดลอง คือ กรณีที่มารดาวัยรุ่นไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามเวลาที่กำหนด เช่น มีการยกเลิกหรือถอนตัวระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม และรู้สึกอึดอัดใจในการตอบข้อคำถามในแบบสอบถาม หรือการเข้าร่วมกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่น นำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ คะแนนทัศนคติในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด และคะแนนความตั้งใจในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองด้วยสถิติ independent t-test

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัยโดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรม ในการทำวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลหนองคาย เลขที่โครงการวิจัย 28/2567วันที่ 1 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดต่อความรู้และความตั้งใจในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ผลการวิจัยปรากฏผลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

จากการวิจัยข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นหลังคลอด พบว่า มากกว่าครึ่ง หรืออายุ ระหว่าง 17-18 ปี จำนวนมากที่สุด คือ ร้อยละ 51.85 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 15-16 ปี และ 19-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.93 และร้อยละ 22.22 ตามลำดับ โดยที่ทุกคนมีสถานภาพคู่ การศึกษาส่วนมาก จบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 59.26 รองลงมาคือ ประถมศึกษา และชั้น ปวช. คิดเป็นร้อยละ 29.63 และร้อยละ11.11 ตาลำดับ และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 66.67 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 22.22 ที่เหลือ คือ อาชีพค้าขาย และเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 7.41 และร้อยละ 7.41 มีรายได้ครอบครัว บาท/เดือน ระหว่าง 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 77.80 และไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 22.20 แหล่งที่มาของรายได้ มีรายได้จากตนเอง ร้อยละ 44.44 ที่เหลือมาจาก สามีหรือคู่รัก และตนเองและสามีหรือคู่รัก มีอยู่ร้อยละ 37.04 และร้อยละ 18.52 ตามลำดับ มีการวางแผนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 55.56 ที่เหลือไม่มีการวางแผน ร้อยละ 44.44 เคยคุมกำเนิด ร้อยละ 55.56 และไม่เคยคุมกำเนิด ร้อยละ 44.44 ส่วน

ประวัติการตั้งครรภ์ ครั้งแรกร้อยละ 96.30 และครั้งที่ 2 ขึ้นไป ร้อยละ 3.70 อายุสามีหรือคู่รัก อายุระหว่าง 17-18 ปี และมากกว่า 20 ปี ขึ้นไป จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 37.4 ที่เหลืออายุ 19-20 มีอยู่ร้อยละ 25.92 ระยะเวลาที่คบกันกับสามีหรือคู่รัก 2 ปี ร้อยละ 70.37 ที่เหลือคบกัน 1 ปี และ 3 ปี ร้อยละ 18.52 และร้อยละ 11.11 ตามลำดับ

2. ข้อมูลความรู้การคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ก่อนการทดลอง ความรู้ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ที่ตอบถูกทุกข้อ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหมายถึง การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุระหว่าง 12-19, ถ้าสามีไม่อยู่ประจำด้วย เช่น ไปต่างจังหวัด ๆ จะกินยาคุมเฉพาะเวลาสามีกลับมาคือก่อนร่วมเพศ, ลืมกินยาแล้วไม่ท้องก็เลยลืมกินบ่อย ๆ คิดว่าไม่เป็นไร, การร่วมเพศครั้งที่ 2 (ในเวลาเดียวกัน) ไม่ต้องสวมถุงยางอนามัยเพราะอสุจิหลั่งออกไปหมดแล้วตั้งแต่ร่วมเพศครั้งแรก รองลงมา ตอบถูก ร้อยละ 96.30 จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การคุมกำเนิดชั่วคราวเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ และการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การคุมกำเนิดทำมีบุตรยากในอนาคต (ฉีดยาคุม) และผู้ชายทองแดง (อัณฑะ testis ข้างเดียว) เป็นหมัน ดังนั้นไม่ต้องกลัวว่าจะตั้งครรภ์ ส่วนไม่มีใครตอบไม่ถูก จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ หน้า 7 หลัง 7 คือการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวันที่จะมีประจำเดือน 7 วัน และหลังวันแรกที่มีประจำเดือดดอีก 7 วัน และผลข้างเคียงในอดีตของยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมมักทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักตัวเพิ่ม บวมน้ำ

หลังการทดลอง มีผู้ตอบถูกทุกข้อ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหมายถึง การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุระหว่าง 12-19, การคุมกำเนิดชั่วคราวเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ และการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์, การคุมกำเนิดแบบชั่วคราว คือ การคุมกำเนิดที่สามารถกลับมาตั้งครรภ์ได้, การหลั่งอสุจิข้างนอกและการกลั้นอสุจิไม่ให้ไหลเข้าไปในช่องคลอดนั้น เป็นวิธีที่ดีที่สุดเพราะสะดวกไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและทำได้ทุกเมื่อ ,หน้า 7 หลัง 7 คือการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวันที่จะมีประจำเดือน 7 วัน และหลังวันแรกที่มีประจำเดือนอีก 7 วัน และยาคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินไม่ได้มีผลให้เกิดมะเร็งแต่อย่างใด แต่ผู้ที่จะเป็นมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ ไม่ควรทานเพราะฮอร์โมนที่รับประทานอาจจะเพิ่มการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งได้ รองลงมา มีผู้ตอบถูก ร้อยละ 96.30 จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ สำหรับสตรีให้นมบุตรควรใช้ยาคุมกำเนิดชนิดที่เป็นฮอร์โมนเอสโตรเจนเพียงอย่างเดียว, หลังคลอดยังไม่มีประจำเดือนจะไม่คุมกำเนิดเพราะคิดว่าไม่ตั้งครรภ์, ถ้าบุตรยังดูดนมอยู่ จะไม่ตั้งครรภ์โดยไม่ต้องคุมกำเนิด และผู้ชายทองแดง (อัณฑะ testis ข้างเดียว) เป็นหมัน ดังนั้นไม่ต้องกลัวว่าจะตั้งครรภ์ และมีผู้ที่ตอบถูก ร้อยละ 92.59 จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ยาคุมกำเนิดให้มดลูกแห้ง, หากมีอาการท้องเสีย ถ่ายเหลว และอาเจียนจะมีผลทำให้การดูดซึมของยาน้อยลงจึงควรใช้วิธีการคุมกำเนิดอื่น ๆ ร่วมด้วย, การฉีดยาคุมกำเนิดก็เหมือนกับยากิน คือต้องเริ่มภายใน 5 วันแรกของรอบเดือนก่อนที่รังไข่จะทำงาน ถ้ารังไข่ทำงานแล้วจึงฉีดมีโอกาสท้องได้เช่นกัน, คนที่ฉีดยาคุมกำเนิดต้องวางแผนเพราะไม่ใช่เพราะไม่พร้อมที่จะมีลูกหรืออยากมีลูกเมื่อไหร่แล้วหยุดฉีดจะมีลูกทันที แต่ต้องรอไประยะหนึ่ง, การฝังยาคุมกำเนิดจะฝังที่ท้องแขน ยาที่ใช้ฝังจะเป็นเม็ดแคปซูล ยาวประมาณ 2-3 เซนติเมตร ตอนใส่ไม่ยากครู่เดียวก็เสร็จ แต่ตอนเอาออกต้องใช้เวลานาน, ผลข้างเคียงเมื่อใส่ห่วงอนามัยคือ ใส่แลวอาจมีรอบเดือนมากขึ้น ปวดประจำเดือนมากขึ้น ตกขาวอาจมีบ้าง, ห่วงอนามัยปัจจุบันเป็นแบบอยู่ได้สามปี กับห้าปี เปลี่ยนครั้ง และการเลือกวิธีคุมกำเนิดนั้น ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละบุคคลว่าจะเลือกใช้วิธีใด ไม่ใช่ทุกคนจะเหมาะสมกับทุกวิธี ส่วนที่ตอบถูกน้อยที่สุด ร้อยละ 3.70 คือ ผลข้างเคียงในอดีตของยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมมักทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักตัวเพิ่ม บวมน้ำ

3. ทัศนคติในการคุมกำเนิดในมารดาของวัยรุ่นหลังคลอด ก่อนการทดลอง ทัศนคติในการคุมกำเนิดในมารดาของวัยรุ่นหลังคลอด พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$ = 3.70) คือ ผู้ที่คุมกำเนิดสามารถทำงานได้ตามปกติและมีเวลาหารายได้มากขึ้น ลองมาคือ ก่อนจะมีเพศสัมพันธ์ทั้งทีต้องปลอดจากการตั้งครรภ์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ การใช้ถุงยางอนามัยช่วยป้องกันความเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ได้ ($\overline{X}$ = 3.63) และการใช้ถุงยางอนามัยและการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์เหมาะสำหรับผู้ที่ไม่ต้องป้องกันการตั้งครรภ์ไว้ล่วงหน้า ($\overline{X}$ = 3.59) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การคุมกำเนิดจะทำให้คลอดลูกอยาก และลูกคนต่อมาจะมีความพิการ ($\overline{X}$ = 1.22)

หลังการทดลอง ทัศนคติในการคุมกำเนิดในมารดาของวัยรุ่นหลังคลอด พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ หากมีแฟนและปฏิเสธที่จะมีเพศสัมพันธ์กับแฟนจะทำให้ความรักกับแฟนสิ้นสุดลง ($\overline{X}$ = 3.81) รองลงมาคือ อาการปวดท้องปวดเอวเกิดจากการกินยาคุมกำเนิดแล้วสารสะสมในร่างกาย ($\overline{X}$ = 3.74) และการฝังคุมกำเนิดจะทำให้หลอดยาเข้าไปในเส้นเลือดได้ ($\overline{X}$ = 3.44) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การคุมกำเนิดเป็นการผิดศีลธรรม ($\overline{X}$ = 1.22)

4. ความตั้งใจในการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ก่อนการทดลอง ความตั้งใจในการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ลืมกินยาคุมกำเนิดมากกว่า 3 ชั่วโมง จึงกินทันทีที่นึกขึ้นได้และกินเม็ดต่อไปในเวลาเดิม ($\overline{X}$ = 3.07) รองลงมาคือ จะกินยาคุมกำเนิดในเวลาเดิมทุกวันเป็นประจำ ($\overline{X}$ = 2.70) และ. การรับประทานยาครบแต่ไม่ตรงเวลา คือ ลืมรับประทานยาเกิน 2 ชั่วโมง รับประทานยาไม่เกิน 4 เม็ด ในแบบที่มีเม็ด active pill 21 เม็ด หรือ 5 เม็ด ในแบบ 28 เม็ด ($\overline{X}$ = 2.59) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ หากมีความจำเป็นต้องใช้ยาคุมกำเนิดท่านจะซื้อยาคุมกำเนิดมาใช้ทันที ($\overline{X}$ = 1.26)

หลังการทดลอง ความตั้งใจในการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การที่จะปรึกษาครอบครัวและไปพบแพทย์เกี่ยวกับการฝังเข็มคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์แทนการใช้ยาคุมกำเนิด ($\overline{X}$ = 3.63) รองลงมา คือ การปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์หากคู่นอนไม่ใช้ถุงยางอนามัย มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ จะกินยาคุมกำเนิดในเวลาเดิมทุกวันเป็นประจำ ($\overline{X}$ = 3.63) และการนับวันปลอดภัยใช้ช่วงหน้า 7 หลัง 7 แทนการใช้ยาคุมกำเนิด ($\overline{X}$ = 3.59) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ หากมีความจำเป็นต้องใช้ยาคุมกำเนิดท่านจะซื้อยาคุมกำเนิดมาใช้ทันที มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ การจะรับประทานยาคุมกำเนิดชนิด 28 เม็ด ได้ทุกวันอย่างตรงเวลา และหากมีความจำเป็นต้องใช้ยาคุมกำเนิดอื่น จะไปพบและปรึกษาแพทย์ ($\overline{X}$ = 1.37)

5. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ครรภ์แรก ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ในการทดสอบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ย การวัดซ้ำ 2 ครั้ง และจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 27 คน ซึ่งมีแนวโน้มการแจกแจงข้อมูลไม่ปกติ ผู้วิจัยจึงใช้สถิติ Wilcoxon Matchedt Pair Singed-Ranks Test ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผลการเปรียบเทียบ พบว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย ($\overline{X}$ = 18.18) มากกว่าก่อนการทดลอง ($\overline{X}$ = 15.62) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดปรากฏตามตารางที่ 1

6. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความตั้งใจในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่น หลัง

คลอดครรภ์แรก ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความตั้งใจในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ในการทดสอบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ย การวัดซ้ำ 2 ครั้ง และจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 27 คน ซึ่งมีแนวโน้มการแจกแจงข้อมูลไม่ปกติ ผู้วิจัยจึงใช้สถิติ Wilcoxon Matchedt Pair Singed-Ranks Test ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผลการเปรียบเทียบ พบว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย ($\overline{X}$ = 2.76) มากกว่าก่อนการทดลอง ($\overline{X}$ = 2.16) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดปรากฏตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้การคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ตอบถูก

การทดลอง	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	p-value
		$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.		
ความรู้	27	15.62	2.48	18.18	2.18	4.493*	0.000
ความตั้งใจ	27	2.16	0.29	2.76	0.26	4.374*	0.000

หมายเหตุ: * แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบ พบว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในเรื่องการคุมกำเนิด มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับมารดาวัยรุ่น ซึ่งมีหลักการเลือกวิธีการควบคุมกำเนิดที่เหมาะสมในสตรีวัยรุ่นควรพิจารณาออกเป็น 2 ปัจจัย คือ สามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์ได้ และสามารถป้องกันโรคติดเชื่อทางเพศสัมพันธ์ได้ในรายที่มีความเสี่ยง ดังนั้นวิธีการคุมกำเนิดที่แนะนำเป็นทางเลือกหลักในสตรีวัยรุ่น ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยในรายที่มีความเสี่ยง ร่วมกับวิธีการคุมกำเนิดชั่วคราวที่มีประสิทธิภาพโดยสตรีวัยรุ่นควรให้คำแนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัย จนกว่าจะแน่ใจว่ามีคู่นอนคนเดียว และคู่นอนคนนั้น ๆ ปราศจากโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุพัตรา หน่ายสังขาร[10] ที่ได้ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมการใช้ยาฝังคุมกำเนิดต่อความรู้ระดับความพร้อมและการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด พบว่า มารดาวัยรุ่นในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิด (t= -6.26, p< .05) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อารียา สมรูป[11] ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก พบว่า ความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิดน่าจะเป็นตัวกำหนดเบื้องต้นในการยอมรับรับการปฏิบัติหรือยอมรับวิธีการคุมกำเนิดด้วยยาฝังคุมกำเนิดมากกว่า 3.33 เท่าของวัยรุ่นนักศึกษาที่มีความรู้เกี่ยวกับยาฝังคุมกำเนิดระดับต่ำ

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความตั้งใจในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความตั้งใจในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย มากกว่าก่อนการ

ทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นวิธีการคุมกำเนิดชั่วคราวที่นิยมมากในกลุ่มหญิงวัยรุ่นสะดวกซื้อหาง่าย แต่มีข้อจำกัดคือต้องรับประทานทุกวันและตรงเวลา วิธีการรับประทานคือในช่วงวันที่ 1-5 ของรอบเดือน จากกนั้นรับปะทานยาวันละ 1 เม็ด เวลาเดียวกันทุกวัน ซึ่งหญิงวัยรุ่นส่วนใหญ่มักจะหลงลืมรับประทานยาไม่ถูกวิธีส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษา ของ วรรณมงคล, จินตนา คูณหอม และธีรรัตน์[12] พบว่า ส่วนใหญ่เลือกใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดเนื่องจากสะดวกในการรับประทาน และไม่ต้องเผชิญกับผลข้างเคียงจากการคุมกำเนิด ด้วยวิธีการอื่น ๆ ได้แก่ ประจำเดือนมาผิดปกติ น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงเป็นต้น แต่ร้อยละ 77.0 ของหญิงเจริญพันธ์มักจะลืมรับประทานยาตามเวลา ซึ่งส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จากผลการวิจัยพบว่า ผลของโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดต่อความรู้และความตั้งใจในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด มีผลในทางดีต่อการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นหลังคลอด ด้งนั้นควรใช้โปรแกรมดังกล่าว นำไปเผยแพร่ให้กับโรงพยาบาลอื่น ๆ ต่อไป

1.2 พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการคุมกำเนิดไปใช้ในการส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคุมกำเนิดวิธีต่าง ๆ ทำให้เกิดความตั้งใจและการตัดสินใจในการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

2. การบริหารการพยาบาล

2.1 ผู้บริหารควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดต่อความรู้และความตั้งใจในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ใช้ในหน่วยงานของโรงพยาบาล เพื่อช่วยให้วัยรุ่นมีความรู้ ในการคุมกำเนิดที่เหมาะสม ไม่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

3. ด้านการศึกษา

3.1 เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาล ให้ตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

4. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

4.1 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรเพิ่มจำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ มากกว่า 30 รายขึ้นไป เพื่อป้องกันการแจกแจงแบบไม่ปกติ และเพิ่มกลุ่มควบคุมที่ใช้ในการทดลองและขจัดตัวแปรแทรกซ้อน

4.2 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการใช้ยาฝังคุมกำเนิดของวัยรุ่น โดยเน้นทักษะการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัวเพื่อส่งเสริมการใช้การคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรในมารดาวัยรุ่น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [WHO]. (2014). **Adolescent pregnancy**. Retrieved from http://www.who.int/mediacentre/fact sheets/fs364/en/.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2565. [ออนไลน์]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 3 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก :htt://rt.anamai.moph.go.th/main.php?filename=index.
3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, (2565).
4. Ladewig, A.W., London, M.L. & Davidson, M.R0 (2024). **Contemporary maternal newborn nursing care** (8th ed.).St.Louis:Pearson Prentice Hall.

5. วิโรจน์ อารีย์กุล. (2553). **การดูแลสุขภาพและการให้คำแนะนำวัยรุ่น**. (พิมพ์ครั้งที่ 1): บริษัทรุ่งศิลป์การพิมพ์ จำกัด.
6. Herrman, J.W. (2007). Repeat pregnancy in adolescent intention and decision making. **Journal of Maternal Child Nursing**, 32(2),89-74
7. ฤดี ปุงบางกะดี และเอมพร รติธร. (2557). ปัจจัยและผลกระทบจากการตั้งครรภ์ซ้ำของสตรีวัยรุ่นไทย กรณีศึกษาในกรุงเทพมหานคร. **วารสารพยาบาลศาสตร์**, 32(2),23-31.
8. นิภาพร คนเชี่ยว,มยุรี นิรัตธราดร,ณัฐพัชร์ บัวบุญ และณัฏฐนันท์พร สงวนกลิ่น.(2561).ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมของสามีต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น.วารสารพยาบาลทหารบก,19(ฉบับพิเศษ):326-335.
9. อาทิตยา มาละ,ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา,ณัฐกมล ชาญสาธิตพร และ กรกฎ ศิริมัย,(2564).ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฝึกทักษะการตัดสินใจต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด.Nursing Science Journal of Thailand.40(3):13-30.
10. สุพัตรา หน่ายสังขาร, วรรณี เดียวอิศเรศ และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. (2562). **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการใช้ยาฝังคุมกำเนิดต่อความรู้ ระดับความพร้อม และการใช้ยาฝังคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด**.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ,35(1):99-108.
11. อารียา สมรูป, วรรณี เดียวอิศเรศ,และวรรณทนา ศุภสีมานนท์.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดภายหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา.2562;27(3):79-87.
. 12. วรรณมงคล เชื้อมงคล, จินตนา คูณหอม และธีรรัตน์ ดาวแดน. (2562). ความรู้และผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้ยาคุมกำเนิดชนิดเม็ดคุมกำเนิดของหญิงวัยเจริญธุ์ในเขตอำเภอองค์รักษ์ จังหวัดนครนายก. **วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ**, 26(2): 36-49.

กระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

Participatory drug-user care process in the area of the Subdistrict Health Promoting Hospital Phon Sawang, Khao Wong District, Kalasin Province.

(Received: May 25,2024 ; Revised: May 27,2024 ; Accepted: May 28,2024)

พนม ขันธบูรณ์[1]
Phanom Khanthabun[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหายาเสพติด, ความพร้อม และกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาตั้งแต่ เดือน เมษายน ถึง มิถุนายน 2567 รวม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างคือ ชุดปฏิบัติการต่อต้านยาเสพติดตำบลและหมู่บ้าน จำนวน 82 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแนวทางการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานโดย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน และ Dependent t-test

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย การวิเคราะห์ชุมชน, การจัดโครงสร้างและกำหนดบทบาท, การวางแผน, การดำเนินการ, การติดตามประเมินผลและถอดบทเรียน ทำให้ชุดปฏิบัติการต่อต้านยาเสพติดตำบลและหมู่บ้านมีความพร้อมในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดหลังดำเนินการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก โดยที่หลังดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างจากก่อนดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในด้านการเตรียมพื้นที่, การค้นหา, การคัดกรอง, การบำบัดฟื้นฟูสภาพ, การลดอันตรายจากยาเสพติด และการติดตามดูแลช่วยเหลือทางสังคม

คำสำคัญ: ยาเสพติด, ความพร้อม, การมีส่วนร่วม

ABSTRACT

This research was participatory action research. It aimed to study the situation of drug problems, readiness, and the process of taking care of drug users in a participatory manner in the area of Phon Sawang Subdistrict Health Promoting Hospital, Khao Wong District, Kalasin Province. The study was conducted from April to June 2024, for a total of 3 months. The sample group was the Phon Sawang Subdistrict Anti-Drug Action Team, consisting of 82 people. Data were collected using questionnaires and group discussion guidelines. Qualitative data were analyzed using content analysis, and the data were analyzed inferentially by percentage, mean, deviation, and dependent t-test.

The participatory drug-user care process consisted of several key steps. Community analysis, structuring and defining roles, planning, implementation, monitoring and evaluation, and lessons learned formed the backbone of this process. These steps were crucial in preparing sub-district and village anti-drug operations teams to effectively care for drug users following overall and individual operations. After the operations, significant changes were observed. The mean score differed significantly from before the operation at the.05 level across various aspects, including area preparation, search, screening, rehabilitation treatment, and harm reduction from drugs. Furthermore, monitoring and social assistance played pivotal roles in the process.

Keywords: drugs, readiness, participation

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

สารเสพติดเป็นสารเคมีซึ่งเมื่อนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าโดยวิธีใดจะทำให้เกิดการเสพติด และหากใช้สารนั้นเป็นประจำจะส่งผลต่อผู้เสพได้แก่ การมีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจ, การมีความต้องการขนาดการเสพเพิ่มขึ้น และการมีอาการถอนยาเมื่อขาดยา[1] โทษและภัยของการติดยาเสพติดส่งผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้เสพ, ครอบครัว และยังขยายผลกระทบไปสู่ชุมชน สังคม และประเทศ[2] จากรายงานยาเสพติดโลกในปี พ.ศ. 2562 คาดว่ามีคนทั่วโลกประมาณ 35 ล้านคน ที่ต้องทุกข์ทรมานจากอาการความผิดปกติที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด โดยที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูมีเพียง 1 ใน 7 เท่านั้น และมีผู้เสียชีวิตจากการใช้ยาเสพติดในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 585,000 คน ซึ่งเป็นผู้ใช้ยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่นราว 2 ใน 3[3] ในประเทศไทยตลอดปี 2564 พบว่า ยาบ้ายังคงเป็นชนิดที่แพรระบาดมากที่สุดร้อยละ 75 รองลงมาคือ ไอซ์ร้อยละ 8.6 กัญชาแห้งร้อยละ 4.7 และเฮโรอีนร้อยละ 3.9 ตามลำดับ โดยมีกลุ่มประชากรอายุระหว่าง 18 – 24 ป ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมากที่สุดร้อยละ 24 รองลงมาเป็นกลุ่มประชากรอายุมากกว่า 39 ปขึ้นไปร้อยละ 22 ในส่วนของกลุ่มอาชีพพบว่า กลุ่มผู้ใช้แรงงานมีสัดส่วนการเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมากที่สุดร้อยละ 29 รองลงมาเป็นกลุ่มรับจ้างร้อยละ 27[4] กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2562 มีจำนวนผู้ติดยาเสพติด 1.4 ล้านคน แต่ผลการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยติดยาเสพติดในระบบ บสต. มีผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูเพียงสองแสนกว่าราย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ายังมีผู้ป่วยติดยาเสพติดจำนวนมากที่ไม่เข้าระบบการบำบัดฟื้นฟู[5] นอกจากนี้จากการประเมินสถานะหมู่บ้านหรือชุมชนของกระทรวงมหาดไทย รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 พบหมู่บ้านหรือชุมชนที่มีปัญหายาเสพติด 24,500 หมู่บ้านหรือชุมชน คิดเป็นร้อยละ 30 ของหมู่บ้านหรือชุมชนทั้งประเทศ

รัฐบาลได้ดำเนินนโยบาย “ผู้เสพคือผู้ป่วย” มีการประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2557 ซึ่งแนวคิดนี้ ถือว่า ผู้เสพทุกคนเป็นผู้ป่วย และจะให้โอกาสในการบำบัดรักษา รวมถึงดูแลช่วยเหลือให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยรัฐบาลได้ให้โอกาสแก่ผู้ต้องสงสัยว่าใช้ยาเสพติดทุกคน สามารถเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟู โดยไม่ถือว่ามีความผิดตามกฎหมาย หากพบผู้ใกล้ชิดใช้ยาเสพติดขอให้ทำความเข้าใจ และแนะนำให้เข้ารับการบำบัดรักษาได้ที่โรงพยาบาลรัฐทุกแห่งตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยปัญหายาเสพติดของโลก พ.ศ.2559 (United Nations General Assembly Special Session 2016 : UNGASS 2016) ที่มีมติและนโยบายใหม่ต่อปัญหายาเสพติดว่าปัญหายาเสพติดเป็นเรื่องสุขภาพ ระบบสาธารณสุข เรื่องของอาชญากรรม เรื่องของสิทธิมนุษยชน เรื่องของความยากจน ฯลฯ และให้มีการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยมุ่งเน้นด้านสาธารณสุข เน้นการดูแลสุขภาพผู้ป่วย นอกจากนี้ ปัญหาอย่างหนึ่งของการบำบัดรักษา คือ การเข้าถึงระบบบำบัดรักษา จึงมีการขยายแนวคิดการใช้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติด ภายใต้แนวทาง การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment)

การดูแลผู้ใช้ยาเสพติดให้เกิดการบำบัดฟื้นฟูใกล้บ้านหรือภายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง บำบัดฟื้นฟู การลดอันตรายจากยาเสพติด และการติดตามดูแลช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งต้องใช้ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการแก้ไขปัญหาอย่างแท้จริง เนื่องจากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยหลัก กล่าวคือ คนในชุมชนต้องมีบทบาทสำคัญในการเข้ามามีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาของตนเองด้วย[6] ซึ่งเป็นกระบวนการที่มุ่งสร้างการรับรู้แก่เครือข่ายระดับหมู่บ้านหรือชุมชนให้เกิดความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติด เพื่อให้การดำเนินการด้านการป้องกัน ปราบปราม การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ และดูแลช่วยเหลือทางสังคมให้มีความเชื่อมโยงกัน เพื่อคืนคนดีสู่สังคม ทั้งนี้

การดูแลผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชนที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาลหรือการเข้ารับบริการ และประวัติทางอาชญากรรมลดลงอย่างเห็นได้ชัด นอกจากนี้ยังเป็นวิธีที่คุ้มค่าที่สุดในการบำบัดผู้ใช้ยาเสพติด[3]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสวางมีพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 13 หมู่บ้าน ที่ผ่านมาในปี 2563-2565 มีการค้นหา คัดกรอง บำบัด และติดตามช่วยเหลือทางสังคมได้น้อยกว่าความเป็นจริงอย่างมาก เนื่องจากการค้นหาและเข้าถึงผู้ใช้ยาเสพติดเป็นเรื่องยากอาจเป็นเพราะกฎหมายยังคงถือว่าเป็นผู้กระทำผิด และทัศนคติของสังคมหรือคนรอบข้างที่สั่งสมความเชื่อที่ว่าผู้ใช้ยาเป็นคนไม่ดี อันตราย ประกอบกับการกระทำซ้ำของผู้ใช้สารเสพติดเองจนทำให้คิดว่าตนเองเป็นเช่นนั้น จึงอยู่อย่างหลบซ่อนไม่เปิดเผยตัว หรือสร้างเกราะป้องกันที่แสดงออกทางพฤติกรรมที่ก้าวร้าวให้ตนเองรู้สึกปลอดภัย และผู้ใช้สารเสพติดในระบบบำบัดโดยสมัครใจและระบบบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมเข้ารับการบำบัดไม่ครบตามเกณฑ์เวลาที่กำหนด รวมถึงการติดตามช่วยเหลือหลังการบำบัด การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลและการยอมรับผู้ป่วยยังมีน้อย จากสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นผู้วิจัยได้ตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน จึงสนใจที่ศึกษาสถานการณ์ปัญหายาเสพติด, ความพร้อม และกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความพร้อมและความเข้มแข็งของหมู่บ้านในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดของชุดปฏิบัติการต่อต้านยาเสพติดตำบลและหมู่บ้าน
2. เพื่อศึกษากระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

กระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) โดยมีระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง มิถุนายน 2567 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1) ชุดปฏิบัติการต้านยาเสพติดตำบล ประกอบด้วย ปลัดอำเภอผู้รับผิดชอบประจำตำบล, เจ้าหน้าที่ตำรวจที่ได้รับมอบหมาย, พัฒนากรผู้รับผิดชอบประจำตำบล, ปลัดเทศบาล, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, พยาบาลจิตเวช, ผู้อำนวยการโรงเรียน, กำนัน และปราชญ์ชุมชน รวม 12 คน

2) ชุดปฏิบัติการต้านยาเสพติดหมู่บ้าน ประกอบด้วย กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน, ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ,ประธาน อสม., ครูที่ได้รับมอบหมาย, เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย, ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน (ชรบ.)หรือชุดอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) และแกนนำครัวเรือนผู้ใช้สารเสพติด รวม 70 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้มีการวิเคราะห์กลุ่มประชากรที่มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ทั้งหมด แล้วทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจนได้กลุ่ม

ตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยตามโครงการและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ จำนวน 82 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม คือ กระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์การดำเนินงาน, การจัดโครงสร้างและกำหนดบทบาท, การวางแผนดำเนินงาน, การดำเนินงานตามแผนและติดตามประเมินผล และการถอดบทเรียน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความพร้อมของกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์, แบบประเมินความเข้มแข็งหมู่บ้าน/ชุมชน และทะเบียนบันทึกผลการค้นหา การคัดกรอง การบำบัดและการติดตามช่วยเหลือผู้ใช้สารเสพติด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไขจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย, ผู้เชี่ยวชาญด้านกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติด และผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา เพื่อขอคำปรึกษาและแนะนำ จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับแก้ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาให้เหมาะสม รวมถึงมีความชัดเจนยิ่งขึ้น หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตำบลกุดสิม อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน ซึ่งมีบริบทคล้ายคลึงกันกับพื้นที่วิจัย เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .898

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ประสานทีมชุดปฏิบัติการต้านยาเสพติดตำบลและหมู่บ้านให้เข้าร่วมกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

2. ทบทวนข้อมูลผลการดูแลผู้ใช้สารเสพติด และเก็บข้อมูลความพร้อม รวมถึงประเมินความเข้มแข็งของหมู่บ้านในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดของชุดปฏิบัติการฯ ก่อนดำเนินการ

3. วางแผนและดำเนินการตามกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

4. ติดตาม กำกับ และประเมินผลกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

5. นำเสนอข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่าง นักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญร่วมกันตรวจสอบ วิพากษ์วิจารณ์และเสนอข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วย ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสถิติอ้างอิง วิเคราะห์ด้วย ค่าสถิติ Dependent t-test โดยกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. ความพร้อมในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดของชุดปฏิบัติการต้านยาเสพติดตำบลและหมู่บ้าน ก่อนดำเนินการ โดยรวมอยู่ในระดับน้อย ส่วนรายด้าน ได้แก่ การค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน, การคัดกรองผู้ใช้ยาเสพติด, การบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ใช้ยาเสพติด

และการลดอันตรายจากยาเสพติด อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด มีเพียงด้านการเตรียมพื้นที่และการติดตามดูแลช่วยเหลือทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง

2. ผลการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ ปีงบประมาณ 2563-2565 พบว่า การค้นหาพบผู้ใช้สารเสพติดจำนวนใกล้เคียงกัน (ระหว่าง 11-13 ราย), อัตราการคัดกรองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.75 เป็นร้อยละ 75.00, การนำผู้เสพและผู้ติดสารเสพติดเข้าสู่การบำบัดปีงบประมาณ 2565 เพิ่มขึ้นจากปี 2564 แต่น้อยกว่าปีงบประมาณ 2563 (2563=88.89, 2564=66.67, 2565=75.00), การลดอันตรายจากยาเสพติดในผู้ใช้สารเสพติดมีการขึ้นทะเบียนผู้ใช้สารเสพติดที่ยังไม่สามารถเลิกเสพได้ในปีงบประมาณ 2563-2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 10 ต่อปี แต่การเข้ารับบริการครบตามชุดบริการกลับลดลงโดยเฉพาะปีงบประมาณ 2565 (2563=66.67, 2564=66.67, 2565=50.00), การติดตามช่วยเหลือทางสังคมผู้เข้ารับการบำบัดมีอัตราปรับขึ้นในปีงบประมาณ 2564 (ร้อยละ 100) แต่ลดลงต่ำสุดในปีงบประมาณ 2565 (ร้อยละ 66.67) ซึ่งในส่วนนี้มีการติดตามช่วยเหลือทางสังคมครบตามเกณฑ์มากกว่าปีงบประมาณ 2563 และปีงบประมาณ 2564

3. การวางแผนการดำเนินงาน

ผู้วิจัยร่วมกับชุดปฏิบัติการต้านยาเสพติดตำบลและหมู่บ้านจัดประชุมระดมสมอง โดยใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อวางแผนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลโพนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ จนได้กระบวนการและกิจกรรม ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 กระบวนและกิจกรรมตามแผนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลโพนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

กระบวนการ	กิจกรรม	
	ชุดปฏิบัติการต่อต้านยาเสพติดตำบล	ชุดปฏิบัติการต่อต้านยาเสพติดหมู่บ้าน
การเตรียมความพร้อม	1.ประชุมวางแผน บูรณาการแผนงานระหว่างองค์กร และทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการสร้างความเข้มแข็งหมู่บ้านต้านยาเสพติด 2.ประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติแก่ชุดปฏิบัติการต้านยาเสพติดหมู่บ้าน	1. สำรวจข้อมูลหมู่บ้าน ตามแบบประเมินหมู่บ้าน/ชุมชนฯ 2. ประชุมวิเคราะห์สภาพชุมชนและจัดทำแผนปฏิบัติการหมู่บ้าน 3. ประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจนโยบายให้โอกาสแก่ผู้ใช้สารเสพติด ภายใต้แนวคิด“ผู้เสพคือผู้ป่วย” 4. แสวงหาและระดมทุนทางสังคมในการดูแลผู้ใช้สารเสพติด 5. จัดเตรียมความพร้อมในการจัดเวทีประชาคมหมู่บ้าน
การค้นหา	1.ประชุมเตรียมความพร้อมในการค้นหาผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน -ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน -ทวนสอบข้อมูลและกำหนดเป้าหมาย - วางแผนเพื่อดำเนินการ X - ray 2. เข้าร่วมเวทีประชาคมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางปฏิบัติและสร้างความเข้าใจแก่ชุมชนภายใต้แนวคิด“ผู้เสพคือผู้ป่วย” และ “ลดการตีตรา”	1.ประชาสัมพันธ์และเชิญชวนแกนนำครัวเรือนเข้าร่วมประชาคม 2. จัดเวทีประชาคมกำหนดข้อตกลง (ธรรมนูญหมู่บ้าน) และระเบียบชุมชน รวมถึงประกาศใช้ 3. ประชาสัมพันธ์ เชิญชวน รณรงค์ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรอง บำบัด ช่วยเหลือ และโอกาสคืนคนดีสู่สังคม 4. ค้นหาและรายงานข้อมูลผู้ใช้สารเสพติดให้ชุดปฏิบัติการต้านยาเสพติดตำบล
การคัดกรอง	1.ประสานและจัดเตรียมความพร้อมออกปฏิบัติการคัดกรองเชิงรุก 2.ออกปฏิบัติการคัดกรองตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข รวบรวมข้อมูล และจำแนกกลุ่มผู้ใช้ ผู้ติด และผู้เสพ 3.ประชุมวางแผนดูแลผู้ใช้สารผู้ติดร่วมกับชุดปฏิบัติการต้านยาเสพติดหมู่บ้าน	1. ร่วมปฏิบัติการคัดกรองเชิงรุก 2. ทวนสอบข้อมูล และจำแนกกลุ่มผู้ใช้ ผู้ติด และผู้เสพร่วมกับชุดปฏิบัติการต่อต้านยาเสพติดตำบล 3. ร่วมประชุมวางแผนดูแลผู้ใช้ ผู้ติด และผู้เสพ
การบำบัด	1.ประเมินสภาพการเสพติด วินิจฉัยและจำแนกผู้ป่วยยาเสพติดตามคำนิยามได้แก่สีแดง, สีส้ม, สีเหลือง และสีเขียว	1.ประสานผู้ปกครอง ญาติเพื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้าบำบัดรักษา

ตารางที่ 1 กระบวนและกิจกรรมตามแผนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลโพนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

กระบวนการ	กิจกรรม	
	ชุดปฏิบัติการต่อต้านยาเสพติดตำบล	ชุดปฏิบัติการต่อต้านยาเสพติดหมู่บ้าน
	2.ประชุมวางแผนบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยยาเสพติดร่วมกับชุดปฏิบัติการต้านยาเสพติดหมู่บ้าน 3. จัดค่ายบำบัดและส่งต่อเข้าระบบบำบัดตามระดับความรุนแรงที่วิเคราะห์จำแนกฯ 4.ประชุมสะท้อนผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดร่วมกับชุดปฏิบัติการต้านยาเสพติดหมู่บ้าน	2.ประสานท้องถิ่นสนับสนุนการเดินทางของผู้ป่วยเข้ารับการบำบัด 3. นำผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดและประสานส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติด
การลดอันตราย	1. ค้นหาและขึ้นทะเบียนผู้ใช้สารเสพติดที่ยังไม่พร้อมเลิกเสพ 2. คัดกรองและตรวจรักษาโรคร่วม 3. จัดคลินิกให้ความรู้และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาเสพติด 4. จัดบริการเยี่ยมบ้านรายบุคคล (Home visit)	1. จัดกระบวนการกลุ่มสร้างแรงจูงใจให้สมัครใจเข้าบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ 2. จัดกิจกรรมเพื่อนชวยเพื่อนหรือกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ร่วมกับชุดปฏิบัติการต้านยาเสพติดหมู่บ้าน 3. เฝ้าระวังปัญหาจากการใช้เสพติดในชุมชน
การติดตามช่วยเหลือทางสังคม	1.ประชุมวางแผนติดตามช่วยเหลือทางสังคมร่วมกับชุดปฏิบัติการต้านยาเสพติดหมู่บ้าน 2.ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ผ่านการบำบัดเพื่อตรวจปัสสาวะ ประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ สังคมและครอบครัว 3. จัดกระบวนการกลุ่มปัญญาสังคม กลุ่มสนับสนุนทางสังคม 4. ประสานภาคส่วนในการให้การดูแลช่วยเหลือด้านสิทธิและสวัสดิการ เช่น การศึกษา, การรักษา, อาชีพ เป็นต้น	1.ประชุมวางแผนติดตามช่วยเหลือทางสังคมระดับหมู่บ้าน 2. ติดตาม ดูแลช่วยเหลือในด้านอาชีพ การศึกษา และโอกาสทางสังคม 3. จัดกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ร่วมกับผู้นำชุมชน 4. สื่อสารครอบครัว ชุมชน สังคม เพื่อให้โอกาสผู้ที่เคยผ่านการบำบัดหรือผู้เคยต้องโทษภายใต้แนวคิด “คืนคนดีสู่สังคม” 5. เฝ้าระวังและป้องกันการกลับไปเสพซ้ำและพื้นที่เสี่ยง

4. ผลการดำเนินงานตามแผนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลโพนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

4.1 ความพร้อมในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดของชุดปฏิบัติการต่อต้านยาเสพติดตำบลและหมู่บ้าน หลังดำเนินการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก และการเปรียบเทียบความพร้อมในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดของชุดปฏิบัติการต่อต้านยาเสพติดตำบลและหมู่บ้าน ก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ ดังตาราง 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความพร้อมในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดของชุดปฏิบัติการต่อต้านยาเสพติดตำบลและหมู่บ้าน ก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
1. การเตรียมความพร้อมในพื้นที่	2.66	0.316	4.04	0.319	81	-29.99	0.000	-1.476	-1.292
2. การค้นหาผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน	2.09	0.306	3.99	0.353	81	-32.61	0.000	-2.009	-1.778
3. การคัดกรองผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน	2.22	0.295	4.03	0.364	81	-32.47	0.000	-1.925	-1.703
4. การบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ใช้สารเสพติด	2.23	0.279	4.19	0.255	81	-41.90	0.000	-2.058	-1.871
5. การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดหลังบำบัด	2.36	0.360	4.16	0.405	81	-28.45	0.000	-1.925	-1.673
6. การติดตามดูแลช่วยเหลือทางสังคม	2.48	0.287	4.10	0.299	81	-38.46	0.000	-1.695	-1.529
รวม	2.66	0.316	4.04	0.319	81	-29.99	0.000	-1.476	-1.292

จากตารางที่ 2 พบว่า ความพร้อมในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดของชุดปฏิบัติการต่อต้านยาเสพติดตำบลและหมู่บ้านโดยรวมและรายด้านก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p < .05) โดยที่หลังการดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ

4.2 ผลการดำเนินกิจกรรมตามแผนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลโพนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ของชุดปฏิบัติการต้านยาเสพตำบลและหมู่บ้านเป็นไปตามแผนดำเนินงานทุกกิจกรรม ส่งให้การค้นหาและคัดกรองผู้ใช้สารเสพติดมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากกว่าหนึ่งเท่าจากสามปีงบประมาณที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังพบว่าผลการคัดกรองเป็นบวกทั้งหมดจากผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง, การนำผู้เสพและผู้ติดสารเสพติดเข้าสู่การบำบัดมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากกว่าหนึ่งเท่าจากสามปีงบประมาณที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังพบว่าผลการคัดกรองเป็นบวกทั้งหมดจากผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง, การลดอันตรายจากยาเสพติดในผู้ใช้สารเสพติดมีจำนวนการขึ้นทะเบียนผู้ใช้สารเสพติดที่ยังไม่สามารถเลิกเสพเพิ่มขึ้นมากกว่าหนึ่งเท่าจากสามปีงบประมาณที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังพบว่ามีอัตราการเข้ารับบริการครบตามเกณฑ์ของผู้ใช้สารเสพติดที่ขึ้นทะเบียนมากกว่าร้อยละ 26.67

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษากระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อม กระบวนการและผลของกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสวาง อำเภอ เขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถสรุปผลและอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ความพร้อมในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดของชุดปฏิบัติการต่อต้านยาเสพติดตำบลและหมู่บ้านโดยรวมและรายด้านในช่วงแรกอยู่ในระดับน้อย แต่หลังดำเนินการอยู่ในระดับมาก โดยที่ก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p < .05) เนื่องจากกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ได้เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมจนครบกระบวนการ โดยเริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์การดำเนินงาน, การจัดโครงสร้างและกำหนดบทบาท, การวางแผนดำเนินงาน, การดำเนินงานตามแผนและติดตามประเมินผล และการถอดบทเรียน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมและการเสริมพลังอำนาจของกิปสัน คือการให้ความตระหนักถึงศักยภาพและข้อจำกัดของตนเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง หรือแก้ไขปัญหานั้น ๆ ผ่านกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์ การร่วมปฏิบัติและร่วมมือกันเพื่อแก้ไขปัญหา จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชนของตนเองได้อย่างยั่งยืน[7] และสอดคล้องกับศึกษาของนิตยา ฤทธิ์ศรี, สุกัญญา วัฒนประไพจิตร และศุภลักษณ์ จันหาญ ที่พบว่า การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ชุมชนต้องมีความพร้อมในการเข้าร่วมทุกขั้นตอน เป็นบริการที่บูรณาการการสร้างชุมชนเข้มแข็งร่วมกับการบำบัดในชุมชนอย่างกลมกลืน ส่งผลให้ผู้ใช้ยาเสพติดเข้าสู่บริการพยาบาลและบริการทางสังคมและสุขภาพในชุมชน ชุมชนเป็นเจ้าของสามารถควบคุมตรวจสอบได้ เป็นวิธีการบำบัดที่แทรกแซงชีวิตประจำวันปกติน้อยกว่าการรักษาอื่น[8]

2. กระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการประสานงาน การปฏิบัติตามแผนดำเนินงานที่ต่อเนื่องและครอบคลุมกิจกรรมภายใต้แนวคิดการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย การเตรียมพื้นที่, การค้นหาผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน, การคัดกรองผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน, การบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ใช้ยาเสพติด, การลดอันตราย

จากยาเสพติด และการติดตามดูแลช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งมีปัจจัยพื้นฐานของความสำเร็จได้แก่ การส่งเสริมความเข้าใจ ลดการตีตรา ความเห็นอกเห็นใจ และความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐ ส่งผลให้การดูแลผู้ใช้สารเสพติดหลังดำเนินการมีการค้นหาผู้ใช้สารเสพติดในชุมชนจำนวน 30 ราย, ผลการคัดกรองเป็นบวกร้อยละ 53.33, การบำบัดครบตามเกณฑ์ร้อยละ 100 และการติดตามครบตามเกณฑ์ร้อยละ 100.00 ซึ่งมากกว่าผลการดำเนินงานในทุกปีงบประมาณที่ผ่านมา สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิต ยาใจ, วสิมล สุวรรณรัตน และวราภรณ์ นองเนือง ที่ดำเนินการตามกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นทำความเข้าใจปัญหาและเตรียมพื้นที่, ขั้นจัดทำแผนชุมชน, ขั้นดำเนินการตามแผน และขั้นประเมินผล ทำให้เกิดรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 1) การจัดทำและปฏิบัติตามแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) การสร้างและใช้มาตรการทางสังคมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด 3) การจัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อสนองตอบโครงการเสริมพลัง สร้างความเข้มแข็งต่อต้านยาเสพติด และ 4) การจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้เพื่อต่อต้านยาเสพติดในชุมชน เพื่อให้สมาชิกในชุมชนใช้เรียนรู้ร่วมกันส่งผลให้การดำเนินงานรุ่นที่ 1 จำนวน 7 คน สามารถหยุดเสพยาเสพติดได้ต่อเนื่องจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 71.43[9] และการศึกษาของณฐพร ผลงาม ที่พบว่า รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดระยอง ควรใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนขับเคลื่อนการดำเนินงานทุกขั้นตอน เปิดโอกาสให้คนในชุมชนออกแบบวิธีการโดยเริ่มต้นจากการร่วมคิด ตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร เน้นความสมัครใจ โดยแบ่ง การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นช่วงก่อนการบำบัด ระหว่างการบำบัดและหลังการบำบัด ตามบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ชุมชนและประชาชนทั่วไป ส่วนสถานบริการสาธารณสุข ควรดำเนินงาน 3 ส่วนคือ การจัดการดูแลผู้ป่วย, การดูแลแบบองค์รวมในการฟื้นฟูสมรรถสภาพ และภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดกระบวนการความร่วมมือ ช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการและลดปัญหาการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติด[10]

3. หมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์ดัชนีชี้วัดความเข้มแข็งของหมู่บ้าน/ชุมชนด้านยาเสพติดในช่วงแรกอยู่ในระดับเข้มแข็งน้อยทุกหมู่บ้าน (ผ่านเกณฑ์ 1-5 ตัวชี้วัด) แต่หลังดำเนินการหมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์ดัชนีชี้วัดความเข้มแข็งของหมู่บ้าน/ชุมชนด้านยาเสพติดอยู่ในระดับเข้มแข็งมากทุกหมู่บ้าน (ผ่านเกณฑ์ 8-10 ตัวชี้วัด) เนื่องจากกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่งเสริมให้ตำบลหรือหมู่บ้านมีการดำเนินงานตามแนวทางสร้างความเข้มแข็งของหมู่บ้าน/ชุมชนด้านยาเสพติดได้แก่ การแต่งตั้งชุดปฏิบัติการต้านยาเสพติดระดับตำบลและหมู่บ้าน, การประชุมวางแผนติดตาม และถอดบทเรียน, การสร้างข้อตกลงหรือธรรมนูญหมู่บ้านผ่านเวทีประชาคม, การแสวงหาทุนหรือระดมทุนทางสังคม, การค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน, การคัดกรองผู้ใช้ยาเสพติด, การการนำผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัด, การลดอันตรายจากยาเสพติด การติดตามดูแลช่วยเหลือทางสังคม และเฝ้าระวังและป้องกันการกลับไปเสพซ้ำและพื้นที่เสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอกรัตน์ หามนตรี ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเยาวชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดยาเสพติดประกอบด้วยปัจจัยภายใน ได้แก่ เยาวชน ครอบครัว ชุมชน ผู้นำท้องถิ่น และองค์กรภายในชุมชน และปัจจัยภายนอก ได้แก่ เครือข่ายชุมชนยาเสพติด องค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด[11] การศึกษาของ ธงชัย สิงอุดม และพระมหาสมศักดิ์ สติสมฺปนฺโน ที่พบว่า ชุมชนต้นแบบในการป้องกันและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติดมีการกำหนดกติกาและใช้มาตรการทางชุมชน เช่น มีมาตรการทางสังคม มีกติกาชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหา[12] และการศึกษาของเกศินี วีรศิลป์ และคณะ ที่พบว่า ปัจจัยแห่ความสำเร็จในการแก้ไข

ปัญหาคือการส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด จะช่วยให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในชุมชนสำเร็จและสามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหายาเสพติดประสบผลสำเร็จได้ในระยะยาว[13]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอ (ศป.ปส.อ.) ควรสนับสนุนให้ชุดปฏิบัติการต้านยาเสพติดตำบลและหมู่บ้านให้ดำเนินการวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์การดำเนินงาน, การจัดโครงสร้างและกำหนดบทบาท, การวางแผนดำเนินงาน, การดำเนินงานตามแผนและติดตามประเมินผล และการถอดบทเรียน เพื่อให้เกิดหรือพัฒนาความพร้อมในการเตรียมพื้นที่, การค้นหาผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน, การคัดกรองผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน, การบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ใช้ยาเสพติด, การลดอันตรายจากยาเสพติด และการติดตามดูแลช่วยเหลือทางสังคม

2. ชุดปฏิบัติการต้านยาเสพติดตำบลและหมู่บ้านควรมีการดำเนินการเตรียมพื้นที่, การค้นหาผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน, การคัดกรองผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน, การบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ใช้ยาเสพติด, การลดอันตรายจากยาเสพติด และการติดตามดูแลช่วยเหลือทางสังคม บนพื้นฐานการส่งเสริมความเข้าใจ ลดการตีตรา ความเห็นอกเห็นใจ และความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐของประชาชนในพื้นที่

3. การนำกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ไปใช้ในพื้นที่อื่นควรมีการศึกษาและปรับให้เข้ากับบริบทพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยด้านวัฒนธรรม ค่านิยม สภาพทางสังคม สภาพเศรษฐกิจ และการเมืองที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชนเพิ่มเติม เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสวาง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่เพิ่มขึ้น

2. ควรศึกษาผลลัพธ์ของกระบวนการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ในระยะยาว เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วมให้ชัดเจนเพิ่มขึ้น เนื่องจากการศึกษานี้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับระยะเวลาในการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. สาลิณี ภู่รุ่งเรืองผล. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522. (2562). สืบค้นเมื่อ 8 กันยายน 2565, จาก https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web.
2. ศูนย์ศึกษาปัญหายาเสพติด. ยาเสพติดที่อันตรายที่สุดในโลก. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2564). สืบค้นเมื่อ 8 กันยายน 2565 จากhttps://cads.in.th/cads/content?id=305.
3. United Nations Office on Drugs and Crime. (UNODC). Guidance for Community-Based Treatment and Care Services for People Affected by Drug Use and Dependence In Southeast Asia. Bangkok: United Nations Office on Drugs and Crime Regional Office for Southeast Asia and the Pacific. Available 2022 Aug 31. From http://www.unodc. org/documents/southeast Asia and pacific//cbtx/cbtx-brief-TH.pdf.
4. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. ผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ สำนักปราบปรามยาเสพติด: รายงานประจำปี ANNUAL REPORT 2564. (2564). สืบค้นเมื่อ 8 กันยายน 2565 จาก https://www.oncb.go.th/DocLib.
5. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 – 2566. (2564). สืบค้น เมื่อ 8 กันยายน 2565. จาก https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/rptk5fmp8q8sk0soko.pdf.

6. กัลป์ยานี สุเวทเทวิน. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในกลุ่มเยาวชนด้วยครอบครัว To Be Number One จังหวัดอำนาจเจริญ. สารสุขภาพภาคประชาชน ภาคอีสาน. (2560). 31(2); 33-41.

7. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. J Adv Nurs. 1991; 16(3): 354–61.)

8. นิตยา ฤทธิ์ศรี, สุกัญญา วัฒนประไพจิตร และศุภลักษณ์ จันหาญ. รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชุมเป็นศูนย์กลาง: กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. (2565). 19(2); 50-63.

9. สมจิต ยาใจ, วสิมล สุวรรณรัตน และวราภรณ์ นองเนือง. รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. (2564). 32(1). 224-236.

10. ณฐพร ผลงาม. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม. (2564). 1(1). 49-71.

11. เอกรัตน์ หามนตรี. ความสำเร็จของชมุชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเยาวชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดยาเสพติดในจังหวัดอ่างทอง. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์, (2561). 5(2), 434–451

12. ธงชัย สิงอุดม, และพระมหาสมศักดิ์ สติสมฺปนฺโน. การป้องกันและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติดตามแนวชายแดนของชุมชนในจังหวัดเลย. วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์, (2564). 10(1), 137–148.

13. เกศินี วีรศิลป์, ธนวัฒน์ ปินตา, อุบลวรรณ สุภาแสน, เชษฐ ใจเพชร และวินิจ ผาเจริญ. การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ในพื้นที่ตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. วารสารรัฐศาสตร์มหาวิทยาลัยมหามกุฎราชวิทยาลัย. (2566) ; 3(1): 16-31.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

The efficacy of triage training program for registered nurse in the outpatient department at Wanonniwat Hospital, Sakon Nakhon Province.

(Received: May 25,2024 ; Revised: May 27,2024 ; Accepted: May 28,2024)

รัตติยา แสดคง[1]
Rattiya Sadkong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1 ผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปที่เข้ารับการตรวจโรคทั่วไปแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลวานรนิวาสระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน 2567 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามการปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน แบบบันทึกความถูกต้องในการคัดกรองผู้ป่วย และแบบบันทึกจำนวนผู้ป่วยมีอาการทรุดขณะรอตรวจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเปรียบเทียบใช้ nonparametric Wilcoxon signed rank test

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100.00 อายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 58.83 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 47.06 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100.00 รับราชการ ร้อยละ 82.35 ระยะเวลาปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 41.18 การเปรียบเทียบผลลัพธ์พบว่าหลังได้รับโปแกรมการฝึกอบรมพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (Z=-3.097, p=0.002; Z=-3.558, p<0.001) และก่อนได้รับโปรแกรมพยาบาลวิชาชีพคัดกรองผู้ป่วยถูกต้องร้อยละ 92.83 และคัดกรองผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ร้อยละ 7.17 หลังได้รับโปแกรมพบว่ามีการคัดกรองผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.04 และมีคัดกรองผู้ป่วยไม่ถูกต้องลดลงเป็นร้อยละ 3.96 นอกจากนี้ยังพบว่าก่อนดำเนินโปรแกรมการฝึกอบรมพบผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจร้อยละ 0.82 และหลังดำเนินโปรแกรมพบผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจลดลงเป็นร้อยละ 0.41

คำสำคัญ: งานผู้ป่วยนอก, การคัดกรองผู้ป่วย**,** การฝึกอบรม

Abstract

This quasi experimental research aimed to study the efficacy of triage training program for registered nurse in the outpatient department at Wanonniwat Hospital, Sakon Nakhon Province. Sample size were the patient who receiving services from the outpatient department during the month of February to April 2024. The instrument of data collection included; the questionnaires of demographic, knowledge, triage skill, outcome of triage record, and deteriorating patients during waiting doctor record. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics, frequency, percentage, mean and standard deviation. The comparative nonparametric statistics used Wilcoxon signed rank test.

The results showed; mainly of registered nursed were female (100.00%), age group between 30-99 years (58.83%), married couple status (47.06%), graduated with bachelor's degree (100.00%), position of government service (82.35%), and worked in the outpatient department more than 10 year (41.18%). The comparative statistic found; mean score of knowledge and triage skill after receiving the triage training program higher than before, significant at the level of 0.01 (Z=-3.097, p=0.002; Z=-3.558, p<0.001). Before receiving the triage training program

[1] โรงพยาบาลวานร นิวาส

found 92.83% of triage correct and 7.17% of incorrect, but after receiving triage training program found triage correct rate was 96.04% and triage incorrect rate was decreased to 3.96. However, before receiving the triage training program found the deteriorating patient rate was 0.82%, and after receiving the triage training program found 0.41%.
Keyword: outpatient department, triage, training.

บทนำ

การคัดกรองผู้ป่วยเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการด่านหน้าของโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอก (Outpatient department: OPD) เป็นจุดแรกในการคัดกรอง ประเมินอาการ และคัดแยกผู้ป่วยส่งต่อแผนกต่างๆได้อย่างถูกต้อง พยาบาลคัดกรองผู้ป่วย (Triage nurse) จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการคัดแยกผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการตรวจรักษาและความช่วยเหลือตามลำดับความเร่งด่วน[1] พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะการปฏิบัติงานดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อเป้าหมายสำคัญคือผู้ป่วยปลอดภัย รวมถึงการดูแลรักษาพยาบาลช่วยเหลือปฐมพยาบาลเบื้องต้นในรายที่มีอาการรบกวน อาการไม่คงที่ และอาการรุนแรง หรือมีภาวะเสี่ยงอันตรายต่อชีวิตเฉียบพลัน[2]

ปัจจุบันได้มีการนำแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง Emergency severity index (ESI) ได้แก่ ESI 1 หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตพบแพทย์ทันที (Resuscitation) ESI 2 หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนพบแพทย์ภายใน 10 นาที (Emergent) ESI 3 หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วนพบแพทย์ภายใน 30 นาที (Urgent) ESI 4 หมายถึง ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน บาดเจ็บเล็กน้อยพบแพทย์ภายใน 1-2 ชั่วโมง (Semi-Urgent) และ ESI 5 หมายถึงผู้ป่วยทั่วไป พบแพทย์ภายใน 1-4 ชั่วโมง (Non-Urgent) (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) นำมาใช้ในโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองผู้ป่วยที่ความถูกต้อง รวดเร็ว และแม่นยำมากขึ้น เนื่องจากระบบการคัดกรองผู้ป่วยช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางมาตรฐานการคัดแยกประเภทผู้ป่วยและจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ลดความคลาดเคลื่อนในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยและอัตราการไหลเวียนของผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น[3] (Christ M et al., 2010) ทำให้สามารถลดความแออัดในพื้นที่การรักษาผู้ป่วยได้[4]

มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพการคัดกรองผู้ป่วยและพบว่าการคัดกรองต่ำกว่าเกณฑ์และสูงกว่าเกณฑ์มากที่สุดคืออยู่ในช่วงเวลา 8.31-16.30 น.ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่คัดกรองผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก[5]คัดกรองประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้องร้อยละ 53.2 ซึ่งเป็นการคัดแยกประเภทผู้ป่วยสูงกว่าเกณฑ์และต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 33.0 และ 20.2 ตามลำดับ[6]ปัญหาในการคัดกรองแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลคือ ไม่มีการกำหนดมาตรฐานการคัดกรอง ไม่พบการบันทึกประเภทความเร่งด่วน/ความรุนแรงของผู้ป่วย ไม่ได้ลงผลอาการของโรคติดต่อร้ายแรงที่กำหนดไว้ และไม่ได้ซักถามอาการสำคัญของการเจ็บป่วย/บาดเจ็บ[7] และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าส่วนใหญ่มีการนำกระบวนการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง Emergency severity index (ESI) มาเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาบุคลากรในการดำเนินงานประจำจุดคัดกรองผู้ป่วย อาทิเช่น การศึกษาของกงทอง ไพศาล[8] ที่พบว่าการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยทำให้พยาบาลปฏิบัติตามขั้นตอนการคัดกรองร้อยละ 94.8 และไม่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะรอตรวจ และการอบรมการคัดแยกผู้ป่วยทำให้เจ้าหน้าที่สามารถคัดแยกประเภทผู้ป่วยได้ถูกต้องมากขึ้น[9] และการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนทำให้พยาบาลคัดกรองสามารถคัดกรองผู้ป่วยได้แม่นยำมากขึ้น[10] อีกทั้งมีการศึกษาผลของการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยแผนกงานผู้ป่วยนอก พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการใช้แนวทางการคัด

กรองร้อยละ 100.0 และประสิทธิผลการจัดลำดับความฉุกเฉินถูกต้อง ร้อยละ 98.9[11]

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลวานรนิวาสระหว่างปี 2564-2566 พบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับบริการจำนวน 113,983 ราย, 124,800 ราย,และ 152,541 ราย ตามลำดับ พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ จำนวน 64 ราย, 79 ราย และ 59 ราย ตามลำดับ แต่ไม่พบรายงานการคัดแยกประเภทผู้ป่วยเนื่องจากไม่มีการบันทึกการผลการคัดกรองความเร่งด่วน จึงได้มีการประชุมทีมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวานรนิวาสเพื่อทบทวนปัญหาหน้างานและพบว่าการคัดกรองผู้ป่วยยังไม่มีการบันทึกข้อมูลในระบบ มีเพียงการลงบันทึกอาการ อาการสำคัญที่ผู้ป่วย และบันทึกสัญญาณชีพของผู้ป่วยเท่านั้น อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพที่ประจำจุดคัดกรองส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการอบรมหรือทำความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรองประเภทผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน มีเพียงการสื่อสารบอกต่อกันในการปฏิบัติงาน ประกอบกับจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการมีจำนวนมาก ปัจจุบันมีผู้ป่วยเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกไม่น้อยกว่า 400 คนต่อวัน ในขณะที่อัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกมีจำนวน 1 7 คน นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านการสื่อสารระหว่างบุคลากรแผนกผู้ป่วยนอกและห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้แนวทางการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วยไม่ตรงกัน จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกในการด้านการคัดกรองผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การพัฒนาบุคลากรในองค์กรให้เหมาะสมกับงานก่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อการปฏิบัติงานและส่งเสริมให้การทำงานบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่องค์กรหรือหน่วยงานที่กำหนดไว้ เป็นแนวคิดของ Nadler (1980) หนึ่งในกิจกรรมของการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรคือ การฝึกอบรม (Training) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ออกแบบมาเพื่อให้บุคลากรที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบันสามารถปฏิบัติงานได้ดีขึ้น เป็นการยกระดับความรู้ ความสามารถและทักษะของบุคลากรในขณะนั้นให้สามารถปฏิบัติงานในตำแหน่งนั้นๆได้ ผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมไปแล้วสามารถนำความรู้ไปใช้ได้ทันที หรือมีพฤติกรรมในการทำงานเปลี่ยนแปลงไปตามความต้องการของหน่วยงาน ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนมาศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวานรนิวาส เพื่อเสริมทักษะการคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็วป้องกันหรือลดอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดขณะรอตรวจและผู้ป่วยปลอดภัย

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรม

2) เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรม

3) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการคัดกรองผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรม

4) เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดขณะรอตรวจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรม

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา:เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มทดสอบก่อนและหลัง (A one-group pretest-

posttest design) โปรแกรมการฝึกอบรม เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน 2567 โดยใช้ระยะเวลา 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวานรนิวาส จำนวน 17 คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ 1.1) ปฏิบัติงานประจำที่แผนกผู้ป่วยนอก เข้าเวรประจำจุดคัดกรองผู้ป่วย 1.2) ไม่อยู่ในระหว่างลาศึกษาต่อ ลาคลอด หรือลาพักผ่อน 1.3) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทุกขั้นตอนการศึกษา และต้องการถอนตัวออกจากการศึกษา

2) ผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจโรคทั่วไปที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวานรนิวาส ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน 2567 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 2.1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไปและมารับบริการตรวจโรคทั่วไป 2.2) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดออกคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการบันทึกข้อมูลการคัดกรองไม่ครบถ้วนซึ่งไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาได้ เนื่องจากใช้ข้อมูลทางเวชระเบียนที่มีการบันทึกครบถ้วนสมบูรณ์มาวิเคราะห์ความถูกต้องแม่นยำของการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และเก็บข้อมูลจำนวนผู้ป่วยมีอาการทรุดขณะรอตรวจ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ประกอบด้วย 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตามแนวทางของ MOPH ED Triage มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบ “ถูก” ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบ “ผิด” ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรู้ดีกว่าคะแนนรวมต่ำ การแปลผลพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom[12]มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับดังนี้

ความรู้ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (16 - 20 คะแนน)

ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 (12 - 15 คะแนน)

ความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0 - 11 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เนื้อหาประกอบด้วย การจำแนกผู้ป่วยตามความเร่งด่วน ขั้นตอนการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน การซักประวัติอาการและอาการสำคัญ คัดแยกผู้ป่วยโรคติดต่อ ประเมินสัญญาณชีพ การให้การพยาบาลเบื้องต้นตามความจำเป็น จัดคิวรอพบแพทย์ และส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินไปยังห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การบันทึกเวชระเบียน การให้ข้อมูลผู้ป่วยและการประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บันทึกอาการเปลี่ยนแปลงและหัตการที่สำคัญลงใน slip card เป็นต้น มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า ตอบไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน ตอบปฏิบัติให้ 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน การแปลผลอิงเกณฑ์โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom[12] แบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้ ระดับ ปรับปรุง สามารถปฏิบัติกิจกรรมการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ไม่เกินร้อยละ 60 (0-8 คะแนน)

ระดับพอใช้ สามารถปฏิบัติกิจกรรมการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ร้อยละ 61-79 (9-11 คะแนน) ระดับดี สามารถปฏิบัติกิจกรรมการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องแม่นยำตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (12-15 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกความถูกต้องในคัดกรองผู้ป่วยก่อนและหลังโปรแกรมการฝึกอบรม

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกจำนวนผู้ป่วยมีอาการทรุดขณะรอตรวจก่อนและหลังโปรแกรมการฝึกอบรม

2) เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนที่พัฒนาขึ้นให้เหมาะกับการคัดกรองแผนกผู้ป่วยนอก ประยุกต์จากแนวคิดการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงจาก ESI (Emergency severity index)[13] ร่วมกับมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกของสำนักการพยาบาล[1] และแนวคิดการพัฒนาบุคลากรของ Nadler[14]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์รายข้อโดยใช้ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ได้ค่า IOC ของแบบสอบถามรายข้ออยู่ระหว่าง 0.81-1.00 ส่วนโปรแกรมการฝึกอบรมนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้_การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญมาแล้ว ได้แก่ แบบสอบถามความรู้และแบบสอบถามการปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน ไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีขนาดและบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลวานรนิวาส จำนวน 20 ชุด เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อถือของเครื่องมือ (Reliability) พบว่าแบบสอบถามความรู้และแบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.76 และ 0.82 ตามลำดับ ซึ่งยอมรับได้

ขั้นตอนการศึกษา

ขั้นตอนเตรียมการ 1) ผู้วิจัยทบทวนอุบัติการณ์ วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาสถานการณ์การคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน และแนวคิดการพัฒนาบุคลากร 2) ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับ และจัดทำโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน โรงพยาบาลวานรนิวาส 3) เขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร หลังได้รับการอนุมัติผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จัดประชุมทีมที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก ชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่องค์กรและผู้รับบริการจะได้รับจากการศึกษา รวมถึงการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมงานแต่ละคน

ขั้นดำเนินการ

ระยะที่ 1 จัดอบรมเชิงปฏิบัติหลักสูตรการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนให้กับพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 17 คน ใช้เวลา 1 วัน โดยให้ทำแบบสอบถามความรู้และการปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรองประเภทผู้ป่วยตามความเร่งด่วนก่อนและหลังการฝึกอบรม และบรรยายเนื้อหาเกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน โดยชี้ให้เห็นถึงจุดสำคัญในการตัดสินใจแยกประเภทผู้ป่วยจากการประเมินแรกรับ อาการและอาการสำคัญ ร่วมกับสัญญาณชีพ และประวัติการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นจึงยกตัวอย่างสถานการณ์จากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่มีการคัดกรองผู้ป่วยได้ถูกต้อง และคัดกรองผู้ป่วยไม่ถูกประเภท พร้อมกับให้ผู้เข้ารับการอบรมวิเคราะห์ปัญหาที่พบจากการคัดกรองผู้ป่วยไม่ถูกประเภท หลังจากนั้นจึงทำ

ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลวานรนิวาส และข้อมูลสำคัญในการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเข้ารับบริการที่แผนกห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ระยะที่ 2 ปฏิบัติหน้างานประจำจุดคัดกรองตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนไปใช้ในการปฏิบัติหน้างานบริการ และให้หัวหน้าเวรเป็นผู้ตรวจสอบการคัดกรองประเภทผู้ป่วยที่มารับบริการพร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องของการแยกประเภทผู้ป่วยก่อนลงเวรทุกครั้ง

ติดตามนิเทศการคัดกรองประเภทผู้ป่วยโดยผู้วิจัยร่วมกับหัวหน้ากลุ่มงาน ติดตาม กำกับ ดูแล นิเทศการปฏิบัติงานและให้คำชี้แนะในส่วนที่ผู้ปฏิบัติยังคัดกรองประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ใน 1 เดือนแรกของการใช้แนวปฏิบัติ

หลังดำเนินการ 3 เดือน ผู้วิจัยทำการประเมินผลความถูกต้องในการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนจากเวชระเบียนที่บันทึกไว้ และติดตามบันทึกจำนวนผู้ป่วยมีอาการทรุดขณะรอตรวจ

ผู้วิจัยให้พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกการอบรมการคัดกรองประเภทผู้ป่วยตามความเร่งด่วนได้สะท้อนข้อมูลการฝึกและให้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปปรับปรุงแบบคัดกรองประเภทผู้ป่วยให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลวานรนิวาสต่อไป

ผู้วิจัยรวบรวมและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน แบบบันทึกความถูกต้องในการคัดกรองผู้ป่วย และแบบบันทึกจำนวนผู้ป่วยมีอาการทรุดขณะรอตรวจ และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov Smirnov test (KS test) พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวไม่เป็นไปตามแบบปกติจึงใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ ใช้สถิติ nonparametric Wilcoxon signed rank test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรม ใช้สถิติเชิงพรรณนาอัตราส่วนร้อยละในการนำเสนอผลการคัดกรองประเภทผู้ป่วยตามความเร่งด่วนและอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดขณะรอตรวจ

จริยธรรมการวิจัย

โครงร่างวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2024-038

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100.00 อายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 58.83 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 47.06 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100.00 รับราชการ ร้อยละ 82.35 ระยะเวลาปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 41.18

ความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน ก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.35 และระดับสูง ร้อยละ 17.65 ตามลำดับ หลังได้รับโปรแกรมพบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 76.47 และระดับปานกลาง ร้อยละ 23.53 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรม โดยใช้สถิติ nonparametric Wilcoxon signed rank test พบว่าหลังได้รับโปรแกรมพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนได้รับ

โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (Z=-3.097, p=0.002) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการคัดกรองป่วยตามความเร่งด่วนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรม

ตัวแปรความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วย	n	Mean rank	Sum of Ranks	Z	p
ก่อนได้รับโปรแกรม Negative Ranks	3	3.83	11.50	-3.097	0.002*
หลังได้รับโปรแกรม Positive Ranks	14	10.11	141.50		
Ties	0				
Total	17				

* p<.01

การปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน ก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีการปฏิบัติการคัดกรองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.82 รองลงมาคือ ระดับดี ร้อยละ 29.42 และควรปรับปรุง ร้อยละ 11.76 ตามลำดับ หลังได้รับโปรแกรมพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ร้อยละ 94.12 และระดับปานกลาง ร้อยละ 5.88 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรม โดยใช้สถิติ nonparametric Wilcoxon signed rank test พบว่าหลังได้รับโปรแกรมพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (Z=-3.558, p<0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรม

ตัวแปรการปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วย	n	Mean rank	Sum of Ranks	Z	p
ก่อนได้รับโปรแกรม Negative Ranks	0	0.0	0.00	-3.558	<0.001*
หลังได้รับโปรแกรม Positive Ranks	16	8.50	136.00		
Ties	1				
Total	17				

* p<.01

ผลลัพธ์ของการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน ก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการคัดกรองผู้ป่วยถูกต้อง ร้อยละ 92.83 และคัดกรองผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ร้อยละ 7.17 แบ่งเป็นคัดกรองผู้ป่วยต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 4.12 และสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 3.05 ตามลำดับ หลังได้รับโปแกรมพบว่ามีการคัดกรองผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.04 และมีคัดกรองผู้ป่วยไม่ถูกต้องลดลงเป็นร้อยละ 3.96 แบ่งเป็นคัดกรองผู้ป่วยต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 2.54 และสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 1.42 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ของการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรม

รายการ	ก่อนได้รับโปรแกรม 3 เดือน		หลังได้รับโปรแกรม 3 เดือน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	8,929	10.00	8,077	100.00
2. คัดกรองผู้ป่วยถูกต้อง	8,289	92.83	7,757	96.04

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ของการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรม

รายการ	ก่อนได้รับโปรแกรม 3 เดือน		หลังได้รับโปรแกรม 3 เดือน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3. คัดกรองผู้ป่วยไม่ถูกต้อง	640	7.17	320	3.96
3.1 คัดแยกประเภทผู้ป่วยต่ำกว่าเกณฑ์	368	4.12	205	2.54
3.2 คัดแยกประเภทผู้ป่วยสูงกว่าเกณฑ์	272	3.05	115	1.42

ก่อนดำเนินโปรแกรมการฝึกอบรมพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดขณะรอตรวจ จำนวน 73 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.82 พบมากที่สุดคือ ภาวะน้ำตาลสูงหรือต่ำ ร้อยละ 0.25 และหลังดำเนินโปรแกรมการฝึกอบรมพบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดขณะรอตรวจ จำนวน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.41 พบมากที่สุดคือ อาการปวดเพิ่มขึ้น (pain score≥ 7 คะแนน) ร้อยละ 0.12 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยอาการทรุดขณะรอตรวจก่อนและหลังดำเนินโปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วน

รายการ	ก่อนได้รับโปรแกรม 3 เดือน		หลังได้รับโปรแกรม 3 เดือน	
	จำนวน (n=8,929)	ร้อยละ	จำนวน (n=8,077)	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยมีอาการทรุดขณะรอตรวจ	73	0.82	33	0.41
- ภาวะน้ำตาลสูงหรือต่ำ	22	0.25	5	0.06
- ภาวะโปรแตสเซียมต่ำหรือสูงผิดปกติ	8	0.09	1	0.01
- หอบเหนื่อย ออกซิเจนในเลือดต่ำ	3	0.03	1	0.01
- แน่นหน้าอกหายใจไม่อิ่ม	0	0.00	1	0.01
- เด็กไข้สูง ชัก เกร็ง	1	0.01	0	0.00
- อาการปวดเพิ่มขึ้น (pain score≥7 คะแนน)	14	0.16	10	0.12
- สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงผิดปกติ	11	0.12	8	0.10
- มีอาการผิดปกติรุนแรงขึ้น ได้แก่ วิงเวียน หน้ามืด คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น	14	0.16	7	0.09

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์ของการคัดกรองผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมมีคัดกรองผู้ป่วยถูกต้องสูงขึ้นเป็นร้อยละ 96.04 และอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดขณะรอตรวจลดลง เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับการศึกษาของวัชราภรณ์ โต๊ะทอง[10] ที่พบว่าการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนทำให้การคัดกรองผู้ป่วยได้แม่นยำมากขึ้น และการศึกษาของเทพีรัตน์ เทศประสิทธิ์[15] ที่ได้พัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน และพบว่าการคัดแยกประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้องลดลงหลังการพัฒนา ตลอดจนการศึกษาของกงทอง ไพศาล[8] ที่ได้ศึกษาพัฒนาการระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและยังพบว่าอัตราการคัดกรองผู้ป่วยได้ถูกต้องร้อยละ 94.80 อีทั้งยังสอดคล้องกับกับการศึกษาของพิมพา วีระคำและคณะ[9] ที่พบว่าการอบรมการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

ตามระบบ MOPH ED Triage ทำให้ให้เจ้าหน้าที่สามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ถูกต้องมากขึ้นเช่นกัน

การศึกษานี้พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้และปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนได้ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ผลการศึกษานี้เกิดจากการที่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวานรนิวาสได้รับการฝึกอบรมอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งโปแกรมการฝึกอบรมนี้เป็นหนึ่งในแนวทางการพัฒนาบุคลากรให้มีประสิทธิภาพตามแนวคิดของ Nadler[14] ที่กล่าวว่า การฝึกอบรมกิจกรรมที่จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ ถูกออกแบบขึ้นเพื่อให้บุคลากรที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบันหรือกำลังจะได้รับมอบหมายให้ทำงานในอนาคต สามารถปฏิบัติงานได้ดีขึ้น เป้าหมายก็คือ การยกระดับความรู้ ความสามารถและทักษะของบุคลากรในขณะนั้นให้สามารถปฏิบัติงานในตำแหน่งนั้นๆได้ ผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมไปแล้วสามารถนำความรู้ไปใช้ได้ทันที หรือมีพฤติกรรมในการทำงานเปลี่ยนแปลงไปตามความต้องการของหน่วยงาน ในการฝึกอบรมครั้งนี้เป็นการฝึกอบรมโดยเพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในการการคัดกรองผู้ป่วยตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากการคัดกรองผู้ป่วยเป็นกระบวนการประเมินสภาพของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว เพื่อตัดสินความเร่งด่วนของอาการและนำมาใช้ในการจัดลำดับความเร่งด่วนของอาการและการรักษาอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการบริหารความเสี่ยงของผู้รับบริการ และเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย และระหว่างรอรับการตรวจรักษา ซึ่งอาจนำไปสู่การเสียชีวิตอย่ากะทันหัน หรือเกิดทุพพลภาพอย่างถาวรได้ ดังนั้นพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยนอก จึงต้องมีความสามารถในการประเมินเพื่อประบุปัญหาและความเร่งด่วนและสำคัญได้อย่างแม่นยำ ครอบคลุมมากขึ้น[13]

กล่าวโดยสรุป โปรแกรมการฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนทำให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก มีความรู้เพิ่มมากขึ้นและสามารถปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการได้ถูกต้องมากขึ้น อีกทั้งยังพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดขณะรอตรวจลดลง แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรม สามารถนำโปรแกรมการฝึกอบรมไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาทักษะพยาบาลวิชาชีพแผนกอื่นๆได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำผลการศึกษาไปใช้เพื่อการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการกระตุ้นให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกได้ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ควรมีการนำแนวทางโปรแกรมการฝึกอบรมไปใช้ในการพัฒนาทักษะพยาบาลวิชาชีพแผนกอื่นๆต่อไป
3. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินผลจากมุมมองของผู้รับบริการเช่น ผู้ป่วย และ/หรือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในกระบวนการคัดกรองผู้ป่วยที่มีการนำมาใช้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2). พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์;2551.
2. Jirasinthipok T, Jermwiwatnakul P, Nittayangkun S, Wongsuansiri S, Wongcharoen S, editors. Standards of Nursing Care. 2nd ed. Nonthaburi: Wvo Officer of Printing Mill;2008.
3. Christ M, Goransson F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern Triage in the Emergency Department. Medicine 2010,107(50),892-898.

4. Hoot N, & Aronsky D. Sytematic review of emergency department Crowding: Cause, effects, and solution. Annuals of Emergency Medicine 2008:53(2),126-136.
5. นงค์เยาว์ อินทรวิเชียร. การศึกษาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารการพยาบาลสุขภาพ และการศึกษา 2562,2(2),43-53.
6. ชลลดา ทอนเสาร์, วิภาดา วิจักขณาลัญฉ์, เกียรติศักดิ์ ชัยพรม, พิมพิมาน แหล่งสท้าน, เปรมสุดา จันทพิมพ์, ภรณ์พินิจ แสนสุข และไมตรี ทอนเสาร์. (23 มีนาคม 2563). การศึกษาการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. The 7th National Conference Nakhonratchasima College 2020.
7. ดารุณี จันฤาไชย, พนารัตน์ เฒ่าอุดมและพัชลิน หุนติราช. รายงานวิจัยเรื่องการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอาจารย์ฟื่น อาจาโร จังหวัดสกลนคร. OPEN ACCESS SAKON NAKHON PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE 2564,1-17.
8. กงทอง ไพศาล. การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2562,12(1),93-100.
9. พิมพา วีระคำ, คัคนนันทร์ วิริยาภรณ์ประภาส, ศิริพร จักรอ้อม และ พิชญุตม์ ภิญโญ. ประสิทธิผลของการอบรมการคัดแยกผู้ป่วยตามระบบ MOPH ED Triage ต่อความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแม่สาย. วารสารกรมการแพทย์ 2562,44(5),70-74.
10. วัชราภรณ์ โต๊ะทอง. ประสิทธิผลการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนต่อระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย ความแม่นยำการคัดกรง และการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลคัดกรองงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และสาธารณสุข 2565, 1(2),1-11.
11. มยุรี มานะงาน. ผลของการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจักราช อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2563, 34(3),52-65.
12. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill;1971.
13. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. MOPH ED. Triage. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี;2561.
14. Nadler L. Corporate Human Resource Development: A Management Tool. Housto:Gulf;1980.
15. เทพีรัตน์ เทศประสิทธิ์. การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลโชคชัย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2564, 15(36), 160-178.

ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือ เพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของนักเรียน ชั้นอนุบาล โรงเรียนบ้านหนองพอกน้อย ตำบลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร

THE EFFECTIVENESS OF HAND WASHING PROGRAM FOR PREVENTION TO HAND, FOOT AND MOUTH DISEASES OF KINDERGARTEN STUDENTS IN BANNONGPOKNOI SCHOOL, KHAMTAKLA SUB-DISTRICT, KHAMTAKLA DISTRICT, SAKONNAKHON PROVINCE.

(Received: May 25,2024 ; Revised: May 28,2024 ; Accepted: May 29,2024)

ภัคจิรา เหลาพรม[1]
Phakjira Laoprom[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi–Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest–Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือ เพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของนักเรียนชั้นอนุบาล โรงเรียนบ้านหนองพอกน้อย ตำบลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นอนุบาล 1-3 ที่ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 46 คน รวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตและสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนหลังด้วยสถิติ Paired Sample T-Test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 6 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.13 อายุเฉลี่ย 5.15 ปี เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 58.70 และกำลังศึกษาอยู่ชั้นอนุบาล 3 คิดเป็นร้อยละ 39.13 หลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือ เพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก พบว่า นักเรียนชั้นอนุบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน ก่อนรับประทานอาหารกลางวัน เพิ่มมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือ เพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก มีผลในการเพิ่มความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการล้างมือในเด็กนักเรียนชั้นอนุบาล

คำสำคัญ โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือ นักเรียนชั้นอนุบาล การป้องกันโรคมือ เท้า ปาก

ABSTRACT

This research study was Quasi–Experimental Research One Group Pretest–Posttest Design. The objective is to evaluate the results of hand washing program for prevention to hand, foot and mouth diseases for Ban Nong Phok Noi kindergarten students at Kham Ta Kla Sub-district, Kham Ta Kla District, Sakon Nakhon Province. The sample group that was selected according to the specified criteria was 46 students in Kindergarten 1-3. Data were collected by observe and interview. Data were analyzed using percentage, mean, and standard deviation. and compare the average values before and after with the Paired Sample T-Test statistic.

The results of the research were that the majority of the sample was 6 years old, accounting for 39.13 percent, with an average age of 5.15 years. Males was 58.70 percent and students studying in Kindergarten 3 was 39.13 percent. After the effectiveness of hand washing program for prevention to hand, foot and mouth diseases, kindergarten students have more knowledge and behavior about washing hands before eating lunch than before the program < 0.05

Keyword : hand washing program, kindergarten students, prevention to hand foot and mouth diseases

บทนำ

โรคมือ เท้า ปาก มีรายงานจากทั่วโลก ทั้งเขตหนาว เขตอบอุ่น และเขตร้อน มีประวัติตัวอย่าง การ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลคำตากล้า จังหวัดสกลนคร

ระบาดในช่วง 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมา ดังนี้ เชื้อไวรัสเอ็นเทอโร71 (HEV71)นี้เพาะเชื้อได้จากผู้ป่วยเป็นครั้งแรกเมื่อปีพ.ศ. 2512 ผู้ป่วยเป็นเด็กเล็กป่วยเป็นโรคเยื่อหุ้มสมองและสมอง จากการรายงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ผู้ป่วยย้อนหลัง ปี พ.ศ. 2561-2565 พบผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ตลอดทั้งปี ซึ่งในแต่ละปีจะพบผู้ป่วยสูงขึ้น ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม และจะสูงสุดในเดือนมิถุนายน เนื่องจากเป็นช่วงเปิดภาคเรียนของสถานศึกษา เด็กจะเข้ามาอยู่รวมกันจำนวนมาก ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างรวดเร็ว หากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลมีการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคตามมาตรการที่กรมควบคุมโรคกำหนด เช่น การตรวจ คัดกรองเด็กทุกเช้า การแยกเด็กป่วย การทำความสะอาดห้องเรียน ที่นอน อุปกรณ์เครื่องใช้และของเล่น เป็นประจำสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จะสามารถป้องกันควบคุมโรค ลดการป่วย และการเสียชีวิตของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อีกทั้งเป็นการสร้างเสริมสุขภาพเด็กให้แข็งแรงสมบูรณ์ มีความพร้อมในการพัฒนาการเรียนรู้อย่างมีศักยภาพในขณะเดียวกัน[3]

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้เพิ่มมาตรการในการเฝ้าระวังป้องกันโรคล่วงหน้า โดยกำหนดแนวทางมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังคัดกรองเด็กป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก ได้อย่างรวดเร็ว สามารถแยกเด็กป่วยจากเด็กปกติ ทำให้สามารถควบคุมโรคไม่ให้แพร่ระบาดต่อไปได้ ตลอดจนในระดับชุมชนส่งเสริมให้เกิด การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า ปาก มาตรการในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ดังนี้ 1) การตรวจคัดกรองเด็กเป็นประจำทุกวันในตอนเช้า 2) ไม่ให้เด็กป่วยเล่นคลุกคลีอยู่กับเด็กปกติและควรพักรักษาอยู่ที่บ้าน 3) ควรให้เด็กล้างมือบ่อย ๆ 4) ทำความสะอาดอุปกรณ์ เครื่องมือ ของใช้ของเล่น หรือทุกครั้งที่พบมีเด็กป่วย 5) หากพบเด็กป่วยเป็นโรคมือ เท้า ปาก ให้แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้านทันที 6) จัดประชุมอบรมให้ความรู้ผู้ปกครอง อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

สถานการณ์โรคมือ เท้า ปาก จังหวัดสกลนคร ปีพ.ศ. 2561-2565 พบอัตราป่วยต่อแสนประชากรตามลำดับ ดังนี้ 33.77 (384 ราย), 71.56 (825 ราย), 9.82 (113 ราย), 10.99 (126 ราย) และ 88.02 (1,009 ราย) ไม่พบรายงานผู้เสียชีวิต ในปีพ.ศ. 2561-2565 จังหวัดสกลนคร มีผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก รวมทั้งหมด 2,457 ราย กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ อายุ 0-4 ปี 2,123 ราย (ร้อยละ 86.41) รองลงมาคือ อายุ 5-9 ปี 292 ราย (ร้อยละ 11.88) อายุ 10-14 ปี จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 1,06) และอายุ 15 ปีขึ้นไป 16 ราย (ร้อยละ 0.65) ตามลำดับ ถ้าพิจารณาเฉพาะในปีพ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก จำนวน 1,009 ราย กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ อายุ 0-4 ปี 840 ราย (ร้อยละ 83.25) รองลงมา คือ อายุ 5-9 ปี 154 ราย (ร้อยละ 15.28) อายุ 10-14 ปี จำนวน 10 ราย (0.99) และอายุ 15 ปี ขึ้นไป 5 ราย (ร้อยละ 0.50) ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยสัญชาติไทย ร้อยละ 100 ไม่พบรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต จากการศึกษาของตระกูลไทย ฉายแม้น (2563)[4] เรื่องการพยากรณ์โรคมือ เท้า ปาก จังหวัดสกลนคร ปี 2563 สรุปผลการศึกษาสถานการณ์โรคมือ เท้า ปาก จังหวัดสกลนคร ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2550-2562 พบผลการศึกษา ดังนี้ 1) แนวโน้มระยะยาว (Trend) สูงขึ้น แต่ว่าในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยสูงขึ้นและลดลงบ้างในแต่ละปี แนวโน้มความรุนแรงของโรคมือ เท้า ปาก พบว่าไม่มีผู้เสียชีวิต แต่เมื่อพิจารณาจากผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล (IPD) พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น 2) การเปลี่ยนแปลงตามฤดูกาลของโรคมือ เท้า ปาก พบว่ามีผู้ป่วยตลอดทั้งปี แต่จะมีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนตุลาคม ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝนที่มีอุณหภูมิและความชื้น ที่เหมาะสมต่อการแพร่กระจายเชื้อ รวมทั้งเป็นช่วงที่มีการเปิดเรียนมีการจัดการเรียนการสอนทำให้มี การคลุกคลีสัมผัสกัน ซึ่งจะทำให้มีการระบาดแพร่กระจายออกไปมากขึ้น 3) การเปลี่ยนแปลงตามวัฏจักร พบว่าจำนวน

ผู้ป่วยช่วง 5 ปี ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2550-2554 ค่อนข้างต่ำแล้วเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยมีจำนวนลดลงเล็กน้อยในบางปี ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวน่าจะสรุปได้ว่ายังไม่พบลักษณะของการเปลี่ยนแปลงตามวัฏจักรที่ชัดเจนสำหรับโรคมือ เท้า ปาก ในจังหวัดสกลนคร 4) แนวโน้มตามเพศ พบว่า เพศชายมีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าเพศหญิงในทุก ๆ ปี โดยพบว่ามีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงทั้งเพศชายและเพศหญิง 5) แนวโน้ม ตามอายุ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 0-4 ปี มากกว่าร้อยละ 80 เกือบทุกปี รองลงมาจะพบในกลุ่มอายุ 5-9 ปี และมีรายงานในช่วงอายุอื่น ๆ เพียงเล็กน้อย 6) แนวโน้มตามอาชีพ พบผู้ป่วยเป็นกลุ่มเด็ก ในปกครองมากที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มนักเรียน นอกจากนี้ยังพบได้บางในกลุ่มอาชีพเกษตร ข้าราชการ รับจ้าง นักบวช และอื่น ๆ 7) แนวโน้มตามสถานที่ พบว่าอำเภอที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น คือ อำเภอกุดบาก อำเภอกุสุมาลย์ อำเภอคำตากล้า อำเภอโคกศรีสุพรรณ อำเภอเจริญศิลป์ อำเภอเต่างอย อำเภอนิคมน้ำอูน อำเภอบ้านม่วง อำเภอพังโคน อำเภอพรรณนานิคม อำเภอภูพาน อำเภอเมืองสกลนคร อำเภอวานรนิวาส อำเภอวาริชภูมิ อำเภอสว่างแดนดิน อำเภอส่องดาว อำเภออากาศอำนวย และอำเภอที่มีแนวโน้มลดลงมีเพียง 1 อำเภอ คือ อำเภอโพนนาแก้ว

ข้อมูลรายงาน 506 ของศูนย์ระบาดวิทยา อำเภอคำตากล้า สถานการณ์โรคมือ เท้า ปาก ปีพ.ศ. 2561-2565 พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 9, 19, 9, 16 และ 29 ราย ตามลำดับ รวม 82 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากรายงานผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ปีพ.ศ. 2561-2565 หากจำแนกตามเพศพบว่าเป็นเพศชาย 45 ราย (ร้อยละ 54.88) เพศหญิง 37 ราย (ร้อยละ 45.12) อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1 : 0.82 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 0-4 ปี จำนวน 71 ราย (ร้อยละ 86.59) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 5-9 ปี จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 13.41) อายุน้อยที่สุดที่พบ คือ 10 เดือน อายุมากที่สุด คือ 9 ปี พื้นที่อำเภอคำตากล้า มี 4 ตำบล หากแยกการเกิดโรคเป็นรายตำบล พบว่า ตำบลที่มีผู้ป่วยมากที่สุด คือ ตำบลคำตากล้า 31 ราย (ร้อยละ 37.88) รองลงมาคือ ตำบลหนองบัวสิม 20 ราย (ร้อยละ 24.39) ตำบลแพด 16 ราย (ร้อยละ 19.51) และตำบลนาแต้ 15 ราย (ร้อยละ 18.29) ตามลำดับ (โรงพยาบาลคำตากล้า ศูนย์ระบาดวิทยา[5]

การล้างมือ เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นขั้นตอนที่ง่าย ประหยัด และมีประสิทธิภาพในการป้องกัน การติดต่อของโรคติดเชื้อที่มีมือเป็นพาหะได้เป็นอย่างดี ซึ่งโรคติดเชื้อสามารถผ่านเข้าสู่ร่างกายได้ทางผิวหนัง ทางปาก ทางตา หรือทางเดินหายใจ และอาจเป็นสาเหตุของการป่วยเป็นโรคติดเชื้อได้ โรคติดเชื้อที่พบบ่อยโดยมีมือเป็นพาหะนำโรค ได้แก่ โรคไข้หวัด โรคไข้หวัดใหญ่ โรคอุจจาระร่วง โรคตาแดง และโรคมือ เท้า ปาก เป็นต้น ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก เป็นปัญหาทางการแพทย์ที่สำคัญในประเทศไทยและประเทศต่างๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกและเอเชียอาคเนย์ โดยผู้เสียชีวิตจากอาการทางระบบประสาทและปอดบวมน้ำเฉียบพลันรุนแรง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประชากรวัยเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี

โรคมือ เท้า ปาก ยังคงเป็นโรคติดต่อที่สำคัญที่อันตรายสำหรับเด็ก และต้องเฝ้าระวังป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เพราะเป็นกลุ่มที่เกิดโรคมากที่สุดทั้งในระดับประเทศ ระดับจังหวัด รวมถึงในพื้นที่อำเภอคำตากล้า กลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ส่วนใหญ่เข้าไปเรียนในศูนย์พัฒนา เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล ดังนั้นจึงต้องมีมาตรการการเฝ้าระวังป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล และส่งเสริมสุขอนามัยการล้างมือให้เป็นสุขนิสัยสำหรับเด็ก มีการศึกษาของทัศสินีย์ มีงาม[7] ได้ศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมโปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือเพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของนักเรียนชั้นอนุบาล โรงเรียนนภาเชียงใหม่ ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งประชากรที่ศึกษา คือ นักเรียนชั้นอนุบาล 2 และ 3 ที่มีอายุระหว่าง 4-6 ปี จำนวน 56 คน ผลการศึกษาพบว่า หลังใช้นวัตกรรมนักเรียนชั้นอนุบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการล้างมือตาม

ขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน ก่อนรับประทานอาหารกลางวัน เพิ่มมากกว่าก่อนใช้นวัตกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 และการศึกษาของกมลมาศ วงษ์ใหญ่ และ ชยุต โชคพันธนันท์[8] ได้ศึกษาการพัฒนาการ์ตูนแอนิเมชัน เรื่อง ห่างไกลโรคมือ เท้า ปาก เพื่อส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนระดับชั้นอนุบาล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับชั้นอนุบาลของโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จำนวน 25 คน มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังชมการ์ตูนแอนิเมชัน เรื่องห่างไกลโรคมือ เท้า ปาก เฉลี่ยร้อยละ 88 สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

จากสถานการณ์ที่กล่าวมา การล้างมือเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญมากที่จะช่วยลดการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อโรคมือ เท้า ปาก ในพื้นที่อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร โรคมือ เท้า ปาก นี้พบมากที่สุดที่ตำบลคำตากล้า ซึ่งเป็นตำบลในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการโรงพยาบาลคำตากล้า และพบมากในกลุ่มอายุ 0-4 ปี ซึ่งเป็นเด็กก่อนปฐมวัยและเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยเห็นว่าโรงเรียนซึ่งเป็นสถานศึกษาสำหรับเด็กของชุมชน ควรที่จะมีรูปแบบในการสอนการล้างมือที่เป็นแนวใหม่ของพื้นที่และสอดคล้องกับบริบทและสังคมยุคปัจจุบัน โดยการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือ เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนมีความกระตือรือร้นที่จะล้างมืออย่างมีประสิทธิภาพจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือ เพื่อป้องกัน โรคมือ เท้า ปาก สำหรับนักเรียนชั้นอนุบาลของโรงเรียนบ้านหนองพอกน้อย ตำบลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร เป็นโรงเรียนนำร่องพื้นที่ตำบลคำตากล้า ที่เข้าร่วมโดยสมัครใจโดยมุ่งหวังผลจากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก สำหรับนักเรียนชั้นอนุบาลให้เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือ เพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของนักเรียนชั้นอนุบาล โรงเรียนบ้านหนองพอกน้อย ตำบลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน ก่อนรับประทานอาหารกลางวัน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือ

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi–Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest–Posttest Design)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยเตรียมพร้อมตนเองในการเข้ารับการอบรมหลักพื้นฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Human Subject Projection : HSP) อบรมออนไลน์ ได้รับใบรับรอง เมื่อวันที่ 11 กันยายน 2566 และดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่ SKN REC 2024-037 วันที่รับรอง 16 มกราคม 2567 วันที่หมดอายุ 15 มกราคม 2568

2. ประสานบุคคล องค์กร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. ผู้วิจัยเตรียมสื่ออนิเมชั่นนิทานสอนใจ เรื่อง “เก่งเป็นโรคมือ เท้า ปาก” และสื่ออนิเมชั่นนิทานวิธีล้างมือให้สะอาด 7 ขั้นตอน “แก๊งมือสะอาด” โดย By Indysong Kids ป้ายไฟขั้นตอนการล้างมือ ที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน เพื่อทำการสอนกลุ่มตัวอย่าง เตรียม

ภาพเตือนการล้างมือที่ผู้วิจัยออกแบบเองเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตกแต่งภาพ และโปสเตอร์ภาพการล้างมือถูกวิธี 7 ขั้นตอน “ล้างมืออย่างไร ให้สะอาด” ขนาดกระดาษเอ 4

4. ผู้วิจัยเตรียมตัวแบบบุคคล ขั้นดำเนินการวิจัย สัปดาห์ที่1 ก่อนใช้โปรแกรมการส่งเสริม การล้างมือ ดังนี้

4.1 ตัวแทนนักเรียนชั้นอนุบาลแต่ละห้อง จำนวน 3 คน ในการสาธิตการล้างมือ ตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยการสอนล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน แก่ตัวแทนนักเรียนชั้นอนุบาล คนละ 2 นาที ในคาบกิจกรรมเล่นเกมการศึกษา

4.2 ครูประจำชั้นอนุบาล ช่วยสาธิตการล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอนให้แก่ กลุ่มตัวอย่างในโรงเรียนและกระตุ้นเตือนให้ล้างมือเป็นประจำ

4.3 ผู้ปกครองนักเรียนชั้นอนุบาลหรือตัวแทนช่วยสาธิตการล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอนให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ที่บ้าน และกระตุ้นเตือนให้ล้างมือเป็นประจำ และมอบโปสเตอร์ภาพการล้างมือถูกวิธี 7 ขั้นตอน “ล้างมืออย่างไร ให้สะอาด” ขนาดกระดาษเอ 4 ไปติดไว้ที่บ้านบริเวณจุดล้างมือ

สำหรับครูประจำชั้นและผู้ปกครองนักเรียนชั้นอนุบาลหรือผู้แทน ผู้วิจัยจะจัดกิจกรรมประชุมครูประจำชั้นอนุบาล และอบรมให้ความรู้เรื่องโรคมือ เท้า ปาก วิธีการล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน และการส่งเสริมการล้างมือแก่ผู้ปกครองตามกำหนดการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าความรอบรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ปกครองเด็กมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมของผู้ปกครอง[12]

ขั้นดำเนินการ

สัปดาห์ที่ 1 ก่อนใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือ ดำเนินกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ในกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ซึ่งลักษณะการตอบแบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกหยิบสัญลักษณ์ในการตอบคำถาม ได้แก่ หน้ายิ้ม คือ คำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง หน้าบูด คือ คำตอบที่ไม่ตรงกับความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง

2. ประเมินพฤติกรรมการล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน ก่อนรับประทานอาหารกลางวันของกลุ่มตัวอย่าง โดยการสังเกตของผู้วิจัยและจากการดูผ่านกล้องบันทึกภาพ โดยดำเนินการเก็บข้อมูล 5 วัน

3. ประชุมครูจำชั้นอนุบาล 1-3 และอบรมผู้ปกครองเรื่องโรคมือ เท้า ปาก การส่งเสริม การล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน การกระตุ้นเตือนให้ล้างมือเป็นประจำ สอนและทดสอบให้คุณครูและผู้ปกครองนักเรียนหรือผู้แทน เป็นตัวแบบการล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างดูสื่ออนิเมชั่นนิทานสอนใจเรื่อง “เก่งเป็นโรคมือ เท้า ปาก” ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการโรค เชื้อที่เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรค วิธีการแพร่กระจายโรค ระยะฟักตัว การป้องกันโรค การรักษา ใช้เวลาในการดูสื่อ 3.40 นาที และให้กลุ่มตัวอย่าง สื่ออนิเมชั่นนิทานวิธีล้างมือให้สะอาด 7 ขั้นตอน “แก๊งมือสะอาด” โดย By Indysong Kids ที่ให้ความรู้ขั้นตอนการล้างมือที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน ใช้เวลาในการดูสื่อ 4.20 นาที หลังจากดูสื่ออนิเมชั่นเสร็จแล้ว ผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก โดยการให้กลุ่มตัวอย่างแสดงรูปภาพเชื้อที่ก่อให้เกิดโรค อาการและอาการแสดงของโรค จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างสังเกตดูขั้นตอนการล้างมือ 7 ขั้นตอนจากป้ายไฟ ขั้นตอนการล้างมือที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน ที่ผู้วิจัยออกแบบให้นักคอมพิวเตอร์สร้างขึ้น ใช้เวลาในการดูป้ายไฟ 2 นาที และสังเกตดูการล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน จากตัวแบบที่ผู้วิจัยเลือก

สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างตกแต่งภาพเตือนการล้างมือ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อกระตุ้นเตือนการล้างมือของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้หญิงจะได้รูปการ์ตูนที่เป็นเด็กผู้หญิง และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ชายจะได้รูปการ์ตูนที่เป็นเด็กผู้ชาย ซึ่งรูปการ์ตูนจะมีลักษณะที่เหมือนกันทุก

รูป แต่ข้อความในรูปจะแตกต่างกันไป เช่น “อย่าลืมล้างมือกันนะคะ” “ล้างมือครบ 7 ขั้นตอนหรือยังคะ” “ล้างมือบ่อย ๆ นะครับ”และ “ล้างมือสะอาดหรือเปล่านะ” กิจกรรมนี้จัดในห้องเรียนคาบเรียนเสริมประสบการณ์ วันพุธ เวลา 1 ชั่งโมง และคาบสร้างสรรค์เสรี วันพุธ เวลา 1 ชั่วมง ซึ่งผู้วิจัยใช้ภาพเตือนการล้างมือที่กลุ่มตัวอย่างตกแต่งทุกภาพติดตามสถานที่ต่างๆได้แก่ บริเวณอ่างล้างมือ หน้าห้องน้ำ จุดวางแอลกอฮอล์เจลหน้าห้องเรียนทุกห้องและทางเดินอาคารเรียน

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยทบทวนการล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยการโปรยกากเพชรลงในมือกลุ่มตัวอย่าง แล้วให้กลุ่มตัวอย่างทำการล้างมือ 7 ขั้นตอน หลังจากที่ กลุ่มตัวอย่างล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธีครบ 7 ขั้นตอนแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างดูมือตนเองว่ามีกากเพชรติดอยู่หรือไม่ ถ้าไม่มีแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างล้างมือถูกต้อง แต่ถ้ายังมีกากเพชรติดอยู่แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างขาดการล้างมือไปขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง กิจกรรมนี้จัดบริเวณอ่างล้างมือโรงอาหาร จัดในคาบเรียนเสริมประสบการณ์ วันพุธ 1 ชั่วโมง และคาบสร้างสรรค์เสรี วันพุธ 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 5 หลังใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ในกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ซึ่งลักษณะการตอบแบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกหยิบสัญลักษณ์ในการตอบคำถาม ได้แก่ หน้ายิ้ม คือ คำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง หน้าบูด คือ คำตอบที่ไม่ตรงกับความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง และประเมินพฤติกรรมการล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน ก่อนรับประทานอาหารกลางวันของกลุ่มตัวอย่าง โดยการสังเกตของผู้วิจัยและจากการดูผ่านกล้องบันทึกภาพ ดำเนินการเก็บข้อมูล 5 วัน

ขั้นหลังดำเนินการ

นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

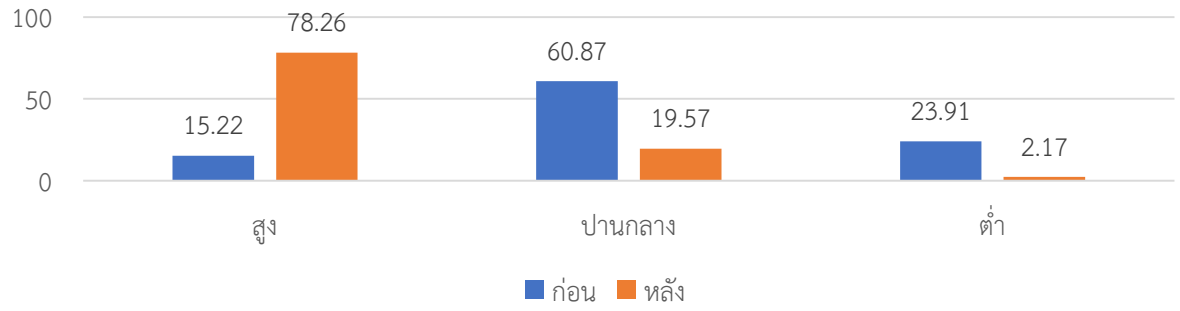
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปในแบบสัมภาษณ์ และนำเสนอโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก และคะแนนพฤติกรรมการล้างมือตามขั้นตอนที่ถูก วิธี 7 ขั้นตอน ก่อนรับประทานอาหารกลางวัน ของนักเรียนชั้นอนุบาล ใช้สถิติ Paired Sample T-Test

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 6 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.13 อายุเฉลี่ย 5.15 ปี เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 58.70 และกำลังศึกษาอยู่ชั้นอนุบาล 3 คิดเป็นร้อยละ 39.13

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือเพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก กลุ่มตัวอย่างมีความรู้มากที่สุดในเรื่องการป้องกันโรค ได้แก่ การล้างมือไม่สะอาดทำให้เป็นโรคมือ เท้า ปาก คิดเป็นร้อยละ 89.13 รองลงมา คือ มีความรู้ในเรื่องลักษณะของโรค ได้แก่ โรคมือ เท้า ปาก จะมีแผลในปาก และตุ่มพองเล็ก ๆ ตามฝ่ามือฝ่าเท้า คิดเป็นร้อยละ 78.26 และมีความรู้ในเรื่องการติดต่อของโรค ได้แก่ โรคมือ เท้า ปาก ติดต่อทางน้ำมูก น้ำลาย คิดเป็นร้อยละ 73.91 ตามลำดับ และหลังการใช้โปรแกรม การส่งเสริมการล้างมือเพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก กลุ่มตัวอย่างมีความรู้มากที่สุดในเรื่องการติดต่อของโรค ได้แก่ โรคมือ เท้า ปาก ติดต่อทางน้ำมูก น้ำลาย คิดเป็นร้อยละ 97.83 รองลงมา คือ เรื่องการป้องกันโรค และลักษณะของโรค ซึ่งมีร้อยละเท่ากัน ได้แก่ การล้างมือไม่สะอาดทำให้เป็นโรคมือ เท้า ปาก และ โรคมือ เท้า ปาก จะมีแผลในปากและตุ่มพองเล็ก ๆ ตามฝ่ามือฝ่าเท้า คิดเป็นร้อยละ 95.65 ตามลำดับ



แผนภูมิที่ 2.1 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือเพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก (N=46)

จากแผนภูมิที่ 1 พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือเพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 60.87 รองลงมา คือ มีความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 23.91 และอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 15.22 ตามลำดับ และหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือ เพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก อยู่ในระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 78.26 รองลงมา คือ มีความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 19.57 และอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 2.17 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือ (N=46)

คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก	$\bar{X}$	S.D.	P-value
ก่อนการใช้โปรแกรม	2.87	0.80	<0.05
หลังการใช้โปรแกรม	4.26	0.85	
คะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น	1.39	0.88	0.00

คะแนนเต็ม 5 คะแนน

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือ เพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก เท่ากับ 2.87 ($\bar{X}$ = 2.87, S.D. = 0.81) และหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือเพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก เท่ากับ 4.26 ($\bar{X}$ = 4.26, S.D. = 0.85) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก พบว่าหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือ เพื่อป้องกัน โรคมือ เท้า ปาก กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน ก่อนรับประทานอาหารกลางวันของนักเรียนชั้นอนุบาล ดำเนินการเก็บข้อมูล 5 วัน พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือเพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการล้างมือตามขั้นตอนก่อนรับประทานอาหารกลางวัน ใน 5 วัน ที่ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างเปิดน้ำล้างมือทุกวันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.96 รองลงมา คือ ล้างมือโดยใช้ฝ่ามือถูกันทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 10.87 ตามลำดับ และหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือเพื่อป้องกัน โรค

มือ เท้า ปาก กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการล้างมือตามขั้นตอนก่อนรับประทานอาหารกลางวัน ใน 5 วัน ที่ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างเปิดน้ำล้างมือทุกวันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95.65 รองลงมา คือ ใช้สบู่ในการล้างมือทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 73.97 และล้างมือโดยใช้ฝ่ามือถูกันทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 73.91 ตามลำดับ

ก่อนการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือเพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการล้างมือตามขั้นตอนก่อนรับประทานอาหารกลางวัน ใน 5 วัน ที่ดำเนินการ เก็บข้อมูลโดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ พฤติกรรมการเปิดก๊อกน้ำล้างมือ ($\bar{X}$ = 2.28, S.D. = 0.62) รองลงมา คือ พฤติกรรมการล้างมือตามขั้นตอนฝ่ามือถูกัน ($\bar{X}$ = 1.96, S.D. = 0.51) และพฤติกรรมการล้างมือด้วยน้ำสะอาดหลังล้างมือ 7 ขั้นตอน ($\bar{X}$ = 1.74, S.D. = 0.44) ตามลำดับ และหลังการใช้โปรแกรม การส่งเสริมการล้างมือเพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการล้างมือตามขั้นตอน ก่อนรับประทานอาหารกลางวัน ใน 5 วัน ที่ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ พฤติกรรมการเปิดก๊อกน้ำล้างมือ ($\bar{X}$ = 2.96, S.D. = 0.21) รองลงมา คือ พฤติกรรมการล้างมือตามขั้นตอนฝ่ามือถูกัน ($\bar{X}$ = 2.74, S.D. = 0.44) และพฤติกรรมล้างมือด้วยน้ำสะอาดหลังล้างมือ 7 ขั้นตอน ($\bar{X}$ = 2.72, S.D. = 0.46) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับพฤติกรรมการล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอนก่อนรับประทานอาหารกลางวันของนักเรียนชั้นอนุบาล ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือเพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก (N=46 ; คะแนนเต็ม 33 คะแนน)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน ก่อนรับประทานอาหารกลางวัน	$\bar{X}$	**S.D.**	**P-value**
ก่อนการใช้โปรแกรม	15.57	2.05	<0.05
หลังการใช้โปรแกรม	27.02	2.67	0.00
คะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น	11.45	2.96	

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือเพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน ก่อนรับประทานอาหารกลางวัน เท่ากับ 15.57 ($\bar{X}$ = 15.57, S.D. = 2.05) และหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือ เพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน ก่อนรับประทาอาหารกลางวันเท่ากับ 27.02 ($\bar{X}$ = 27.02, S.D. = 2.67) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน ก่อนรับประทานอาหารกลางวัน พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือเพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน ก่อนรับประทานอาหารกลางวัน เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัย พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือ เพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของนักเรียนชั้นอนุบาล โรงเรียนบ้านหนองพอกน้อย ตำบลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีผลในการเพิ่มความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการล้างมือของเด็กนักเรียนชั้นอนุบาล 1-3 ได้ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก หลังจากใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือ เพื่อป้องกัน โรคมือ เท้า ปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก เพิ่มมากกว่าก่อน

การใช้โปรแกรม เป็นไปตามทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง กลุ่มตัวอย่าง ได้เรียนรู้จากตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านสื่ออนิเมชั่นนิทานสอนใจ เรื่อง เก่งเป็นโรคมือเท้า ปาก ของ By Indysong Kids ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการโรค เชื้อที่เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรค วิธีการแพร่กระจาย ระยะฟักตัว การรักษา การป้องกันโรค จากนั้นทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้า ปาก ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดเป้าหมายในการดูแลตัวเองไม่ให้เป็นโรคมือ เท้า ปาก และใช้แบบสัมภาษณ์วัดความสามารถด้านความจำ ในรูปแบบของเนื้อหาเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก โดยสัญลักษณ์ป้ายหน้ายิ้มและป้ายหน้าบูด ในการเลือกคำตอบในแบบสัมภาษณ์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของทัศสินีย์ มีงาม[7] หลังใช้นวัตกรรมโปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือเพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยให้ดูตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านการ์ตูนอนิเมชั่น เรื่อง โรคมือ เท้า ปาก ของโรงพยาบาลขอนแก่นราม ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนชั้นอนุบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก มากกว่าก่อนการใช้นวัตกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของกมลมาศ วงษ์ใหญ่ และชยุต โชคพัทธนันท์[8] ที่พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียน ชั้นอนุบาลหลังชมการ์ตูนแอนิเมชัน 2 มิติ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เรื่อง ห่างไกลโรคมือ เท้า ปาก มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ร้อยละ 88 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. พฤติกรรมการล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน ก่อนรับประทานอาหารกลางวัน ของนักเรียนชั้นอนุบาล หลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือเพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน ก่อนรับประทานอาหาร เพิ่มมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม เป็นไปตามองค์ประกอบของของทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4 องค์ประกอบ (การใช้ตัวแบบ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างได้รับการเรียนรู้จากการดูตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านสื่ออนิเมชันนิทาน เรื่องแก๊งมือสะอาด ของ By Indysong Kids โดยสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน เห็นตัวแบบจากป้ายไฟขั้นตอนการล้างมือที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอนที่ประดิษฐ์ขึ้น เห็นตัวแบบโปสเตอร์ “ล้างมืออย่างไรให้สะอาด” ของกรมควบคุมโรค ติดไว้ที่บริเวณจุดล้างมือที่โรงเรียนและที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง เห็นตัวแบบครูประจำชั้น ผู้ปกครอง และผู้วิจัย เป็นแบบอย่างในการล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน เห็นตัวแบบจากตัวแทนนักเรียนชั้นอนุบาลห้องละ 1 คน เป็นผู้สาธิตการล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกว่าตนเองก็สามารถที่จะล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอนได้ และให้กลุ่มตัวอย่างเกิดประสบการณ์โดยตรงจากการฝึกทักษะการล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอนด้วยตนเอง มีการฝึกประสบการณ์การล้างมือให้สะอาดถูกต้องตามขั้นตอนโดยกลุ่มตัวอย่างสามารถล้างมือจนกากเพชรที่โปรยใส่มือถูกล้างออกจนหมด มีการใช้คำพูดชักจูงใจกล่าวชื่นชมกลุ่มตัวอย่างที่ล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอนได้ถูกต้อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธีได้และเกิดความคาดหวังว่าถ้าตนเองล้างมือได้ถูกวิธีจะไม่ทำให้ป่วยเป็นโรคมือ เท้า ปาก และการใช้ป้ายไฟขั้นตอนการล้างมือที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน ภาพเตือนการล้างมือ โปสเตอร์ล้างมืออย่างไรให้สะอาด กิจกรรมโปรยกากเพชร เป็นการกระตุ้นทางอารมณ์กระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติการล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอนของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศุภกัญญา ชูจันทร์[13] ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรค ติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจของเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หลังได้รับการให้ข้อมูลผ่านการ์ตูน 2 มิติ ดีกว่าก่อนได้รับข้อมูล อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของทัศสินีย์ มีงาม[7] พบว่า หลังใช้นวัตกรรมโปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือ เพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของเด็กนักเรียนชั้นอนุบาล โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการล้างมือตามขั้นตอนที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน ก่อนรับประทานอาหารกลางวัน เพิ่มมากกว่าก่อนการใช้นวัตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. โรงเรียนควรมีการส่งเสริมความยั่งยืนของโปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือ เพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของนักเรียนชั้นอนุบาล เพื่อนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการล้างมือของนักเรียนชั้นอนุบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. โรงเรียนควรมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือ เพื่อป้องกันโรคสำหรับนักเรียนชั้นอนุบาลแก่โรงเรียนอื่นๆที่สนใจ

3. โรงเรียนควรมีการส่งเสริมการล้างมือเพื่อป้องกันโรคในทุกระดับชั้น โดยการประยุกต์กิจกรรมที่เหมาะสมในแต่ละระดับชั้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในระยะยาวของผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือต่อไป

2. ควรมีการเก็บข้อมูลพฤติกรรมการล้างมือของนักเรียนในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือต่อไป เช่น พฤติกรรมการล้างมือหลังใช้ห้องน้ำ

3. ควรมีการนำโปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือไปใช้ที่บ้านนักเรียน และติดตามผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือผ่านผู้ปกครอง

4. ควรมีการศึกษาผลของนวัตกรรมโปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือในโรคอื่นๆสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค

เอกสารอ้างอิง

1. นริศรินทร์ วังใน. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคมือเท้าปากให้บุตรที่เรียนโรงเรียนอินเตอร์ทอทส์ ไตรลิงกวล อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564. 75 หน้า
2. กรมควบคุมโรค สำนักระบาดวิทยา. รายงานการเฝ้าระวังโรค 506. [อินเตอร์เน็ต]. 2565[สืบค้นเมื่อ 6 ก.พ.2567]. สืบค้นจาก: http://doe.moph.go.th/surdata/disease.php?dcontent=situation&ds=02
3. กรมควบคุมโรค สำนักระบาดวิทยา. รายงานการเฝ้าระวังโรค 506. [อินเตอร์เน็ต]. 2565[สืบค้นเมื่อ 6 ก.พ.2567]. สืบค้นจาก: http://apps-doe.moph.go.th/boe/software/downloadtab.php
4. ตระกูลไทย ฉายแม้น. การพยากรณ์โรคมือ เท้า ปาก จังหวัดสกลนคร ปี 2563. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อม. 2565; 5(3): หน้า 88-95.
5. โรงพยาบาลคำตากล้า. ข้อมูลรายงานโรคมือ เท้า ปาก ปีพ.ศ. 2561-2566 โรงพยาบาลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร. 2566.
6. อินนิเชียล. วันล้างมือโลก 2565 รวมกันเป็นหนึ่งเพื่อสุขอนามัยมือ [อินเตอร์เน็ต] กรุงเทพมหานคร:อินนิเชียล; 2565 [สืบค้นเมื่อ 6 ก.พ.2567]. สืบค้นจาก https://www.initial.com/th/blog/global-handwashing-day
7. ทัศสินีย์ มีงาม. ประสิทธิผลของนวัตกรรมโปรแกรมการส่งเสริมการล้างมือ เพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปากของนักเรียนชั้นอนุบาลโรงเรียนนภาเชียงใหม่ ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่.[วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2563. 119 หน้า.
8. กมลมาศ วงษ์ใหญ่ และชยุต โชคพัทธนันท์. การพัฒนาการ์ตูนแอนิเมชัน เรื่อง ห่างไกลโรคมือเท้าปาก เพื่อส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนระดับชั้นอนุบาล. วารสารบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ 2564; 15(1): 1-12.

9. อินดี้ซอง คิดส์. สื่ออนิเมชั่นนิทานสอนใจ เรื่อง เก่งเป็นโรคมือ เท้า ปาก. ยูทูป [อินเตอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 9 ก.พ.2567]. สืบค้นจาก:https://www.youtube.com/watch?v=Gf9Uv6W3zh8
10. อินดี้ซอง คิดส์. สื่ออนิเมชั่นนิทานสอนใจ เรื่อง แก๊งมือสะอาด. ยูทูป [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 9 ก.พ.2567]. สืบค้นจาก: https://www.youtube.com/watch?v=8F5cuYK8fgA
11. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. ล้างมืออย่างไรให้สะอาด. โปสเตอร์ล้างมือ [อินเตอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 9 ก.พ.2567]. สืบค้นจาก: https://amonrat2541.wordpress.com/โปสเตอร์โฆษณา/โปสเตอร์ล้างมือ1/
12. พรพญา เตปิน, วราภรณ์ บุญเชียง, ศิริตรี สุทธจิตต์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย. ลำปางเวชสาร 2561; 39(2): 72-80.
13. ศุภกัญญา ชูจันทร์. ผลของการให้ข้อมูลผ่านการ์ตูนสองมิติต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์เด็กเล็ก [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562. 120 หน

ผลของโปรแกรมการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์โดยแนวคิดลีนต่อประสิทธิภาพการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลหนองคาย

Effectiveness of lean medical equipment inventory management program implementation in central medical equipment inventory department, Nong Khai hospital.

(Received: June 6,2024 ; Revised: June 12,2024 ; Accepted: June 13,2024)

อิฏฐิวรรณ พิมพศักดิ์[1] นงนุช ลานอุ่น[1]
Itthiwan Pimpasak[1] Nongnuch Lan-un[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์โดยแนวคิดลีนต่อประสิทธิภาพการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางแพทย์ งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลหนองคาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1)เปรียบเทียบผลของการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์งานจ่ายกลาง ด้านความถูกต้อง มีประสิทธิภาพพร้อมใช้งาน และทันเวลา ระหว่างรูปแบบเดิมและรูปแบบ Lean Concepts 2) เปรียบเทียบผลการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์งานจ่ายกลางระหว่างรูปแบบเดิมและรูปแบบ Lean Concepts และ 3) ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์รูปแบบ Lean Concepts เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ชนิดสองกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองกลุ่มละ 77 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แนวทางปฏิบัติการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์รูปแบบเดิม และ 2)แนวทางปฏิบัติการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์แบบ Lean Concepts สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย t-test Independent และ Chi-square

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผลการเปรียบเทียบการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) การรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ปนเปื้อนของบุคลากรงานจ่ายกลาง ตอบว่า ถูกต้อง สูงสุด คือ มีการขนย้ายอุปกรณ์ที่ใช้แล้วด้วยความระมัดระวัง การรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ปราศจากเชื้อของบุคลากรงานจ่ายกลาง มีผู้ตอบถูกคือ การวางอุปกรณ์ปราศจากเชื้อในตำแหน่งที่ตกลงกับทางหน่วยงาน การรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ปนเปื้อนของบุคลากรงานจ่ายกลาง ตอบว่า ถูกต้อง ตอบว่า พร้อมใช้ คิดเป็นร้อยละสูงสุด คือ มีการขนย้ายอุปกรณ์ที่ใช้แล้วด้วยความระมัดระวัง การรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ปราศจากเชื้อของบุคลากรงานจ่ายกลาง มีผู้ที่ตอบสูงสุด คือ การวางอุปกรณ์ปราศจากเชื้อในตำแหน่งที่ตกลงกับทางหน่วยงาน การรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ปนเปื้อนของบุคลากรงานจ่ายกลาง ตอบว่า ถูกต้อง ทันเวลา คิดเป็นร้อยละสูงสุด คือ มีการขนย้ายอุปกรณ์ที่ใช้แล้วด้วยความระมัดระวัง การรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ปราศจากเชื้อของบุคลากรงานจ่ายกลาง คือ การวางอุปกรณ์ปราศจากเชื้อในตำแหน่งที่ตกลงกับทางหน่วยงาน 3) ความพึงพอใจของกลุ่มควบคุม โดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.82 เมื่อแยกวิเคราะห์เป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ความพึงพอใจสูงสุด คือ เวลาในการรับส่ง

คำสำคัญ : การรับและส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์, Lean Concepts, งานจ่ายกลาง

Abstract

Research on Effects of the medical equipment delivery program using the Lean concept on the efficiency of medical equipment delivery, Central Distribution Department, Nong Khai Hospital. The objective was to study 1) Compare the results of the delivery of medical equipment and central payment work. Aspect of correctness Efficient, ready to use, and timely between the original model and the Lean Concepts model. 2) Compare the results of compliance with the guidelines for sending and receiving medical equipment and central distribution work between

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย

the original model and the Lean Concepts model, and 3) satisfaction. of personnel towards the transfer of medical equipment in the Lean Concepts format. This is a quasi experimental research with two groups comparing. Between the control group and the experimental group, there were 77 people per group. The tools used in the research were 1) guidelines for sending and receiving medical equipment using the traditional model and 2) guidelines for sending and receiving medical equipment using the Lean Concepts model. Statistics used in the research Including number, percentage, mean, t-test, independent, and Chi-square.

The results of the research found that: 1) Comparative results of the assessment of compliance with the guidelines for sending and receiving medical equipment. Between the control group and the experimental group There is a statistical significant difference at the .05 level. 2) The delivery of contaminated medical equipment by central distribution personnel answered that the highest correct answer was that used equipment was moved with care. Delivery of sterile medical equipment by central distribution personnel There is a correct answer: Placing sterile equipment in locations agreed with the agency. The highest percentage of contaminated medical equipment and equipment received by central distribution personnel answered correctly and answered that they were ready for use, i.e. used equipment was moved with care. Delivery of sterile medical equipment by central distribution personnel. The highest number of respondents was placing sterile equipment in the location agreed upon with the agency. The highest percentage of contaminated medical equipment and equipment received by central distribution personnel answered correctly and in a timely manner, i.e. used equipment was moved with care. The delivery of sterile medical equipment by central distribution personnel involves placing sterile equipment in the location agreed upon with the agency. 3) Overall satisfaction of the control group had a mean value of 1.82 when analyzed separately by item. that the item with the highest average score is The greatest satisfaction is the delivery time.

Keywords: Receiving and sending medical equipment, Lean Concepts, central payment work

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) ให้ความสำคัญเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) ซึ่งประเทศไทยได้พัฒนาระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยมาโดยตลอด โดยมีเป้าหมายให้มี ผลลัพธ์ของการบริการที่ดีเกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยลดลง[1] โดยการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วยในทุกหน่วยบริการ ซึ่งงานจ่ายกลาง (Central Sterile Supply Department [CSSD]) เป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับกระบวนการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่นำมาใช้กับผู้ป่วย หากระบบการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ไม่เคร่งครัดในเรื่องของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ เช่น ผู้ป่วย ได้รับเชื้อโรคจากอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ ทำให้เกิดการติดเชื้อจากการรักษาในโรงพยาบาลนอกจากนี้ การแจกจ่ายอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ไปยังหน่วยงานในโรงพยาบาลต้องตรงเวลาและมีความถูกต้องตามความต้องการของหน่วยงาน รวมถึงพร้อมใช้งาน ไม่แตกหัก ชำรุด ซึ่งบุคลากรของหน่วยงานและของงานจ่ายกลางต้องได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้ความเข้าใจในการบริหารจัดการอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ได้ถูกต้องเหมาะสมทันต่อความต้องการใช้[2] จึงต้องมีระบบการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อจากอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและทีมสุขภาพมีความมั่นใจในการใช้อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์

ปัจจุบันหลาย ๆ องค์กรทั้งภายนอกและภายในประเทศ ได้มีการนำแนวคิดลีน (Lean Concepts) มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการผลิตอย่างแพร่หลาย ทั้งภาครัฐและเอกชน สำหรับในภาครัฐของประเทศไทยนั้นได้มีการนำแนวคิดลีนมาประยุกต์ใช้ในงานบริการเพื่อสนองตอบต่อความต้องการของประชาชนมากขึ้น อันเป็นผลมาจากการมีพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546 ซึ่งส่งผลให้ส่วนราชการจำเป็นจะต้องพัฒนาและปรับปรุงการให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยจะต้องมีการประเมินและวิเคราะห์กระบวนการให้บริการเพื่อหาแนวทางในการปรับปรุง โดยมีหัวใจสำคัญคือ การเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปรับปรุงงานนั้น ๆ เนื่องจากเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงซึ่งการสร้างการมีส่วนร่วมนี้จะทำให้ผู้ปฏิบัติงาน เกิดความเต็มใจที่จะพัฒนาและปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เนื่องจากจะส่งผลดีกับตัวผู้ปฏิบัติงานเอง ทั้งในเรื่องของความสะดวกรวดเร็วและได้ผลงานที่มีคุณภาพ ซึ่งแนวคิดลีนเป็นแนวคิดหนึ่งที่สามารถนำมาใช้เพื่อปรับปรุงและพัฒนาระบบราชการให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยลดความสูญเสียทั้งในส่วนของภาครัฐและประชาชน เพื่อให้เหลือเนื้อแท้ ในการทำงานจากงานจ่ายกลาง[3]

งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลหนองคายมีภารกิจหลักในการดูแลและทำให้อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ปราศจากเชื้อให้กับหน่วยงานในโรงพยาบาล โดยวางระบบให้บุคลากรงานจ่ายกลางรับอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ปนเปื้อนจากหน่วยงาน บุคลากรหน่วยงานบันทึกจำนวนที่ต้องการส่งคืนขอแลกในสมุด จากนั้นบุคลากรงานจ่ายกลางนำไปทำให้ปราศจากเชื้อที่งานจ่ายกลาง แล้วนำอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ปราศจากเชื้อแล้วนำส่งหน่วยงาน แต่พบปัญหาคือ ระยะเวลารอคอยอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์นาน อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์มาส่งไม่เป็นเวลา หน่วยงานได้รับอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ไม่ถูกต้องทั้งจำนวนและชนิด รวมถึงอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ได้รับชำรุด แตก หัก ระหว่างนำส่ง ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ทดแทนเพิ่มขึ้น อีกทั้งทำ ให้หน่วยงานไม่มีอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่พร้อมใช้งาน ส่งผลให้การปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง ทั้งนี้จากการวิเคราะห์ปัญหาในหน่วยงาน พบว่าบุคลากรงานจ่ายกลางและหน่วยงานไม่ปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ของโรงพยาบาล เนื่องจากแนวทางการรับส่งอุปกรณ์แบบเดิมไม่มีความชัดเจน และไม่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลที่มีการขยายศักยภาพการดูแลผู้ป่วย

จากปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบงานจ่ายกลางภายใต้ข้อจำกัดในเรื่องของการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อให้มีคุณภาพและเพียงพอตามความต้องการของหน่วยงานต่าง ๆ จึงมีความสนใจในการนำแนวคิดลีนมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการรับ-ส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์และศึกษาผลของพัฒนาการรับ-ส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น โดยเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างรูปแบบเดิม (ก่อน) กับรูปแบบใหม่ ระบบลีน (หลัง) ในเรื่องผลของการรับและส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ด้านความถูกต้อง มีประสิทธิภาพพร้อมใช้งานและทันเวลา ผลการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งอุปกรณ์ฯ ของบุคลากรและความพึงพอใจของบุคลากร ซึ่งผลที่ได้ จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาพัฒนาการรับ-ส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ของหน่วยจ่ายกลาง ช่วยให้กระบวนการผลิตอุปกรณ์ปราศจากเชื้อเกิดความคล่องตัวเกิดความสะดวกรวดเร็ว มุ่งเน้นการกำจัดความสูญเปล่าและกระบวนการที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่าในระบบปฏิบัติการทำ

ให้ปราศจากเชื้อ ขณะเดียวกันก็กระตุ้นให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง และนำไปสู่ขีดความสามารถในการลดต้นทุน และเพิ่มคุณภาพในการให้บริการ สามารถให้บริการได้ทันตามความต้องการ และเพิ่มความสามารถในการสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการ รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการให้บริการของเจ้าหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพ ที่คำนึงถึงการให้บริการที่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ และเพื่อเป็นต้นแบบให้หน่วยงานอื่น ๆ ของโรงพยาบาลในการนำระบบลีนไปใช้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์งานจ่ายกลาง ด้านความถูกต้อง มีประสิทธิภาพพร้อมใช้งาน และทันเวลา ระหว่างรูปแบบเดิมและรูปแบบ Lean Concepts
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์งานจ่ายกลางระหว่างรูปแบบเดิมและรูปแบบ Lean Concepts
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรต่อการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์รูปแบบ Lean Concepts

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasiexperimental research) ชนิดสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อน-หลังการทดลอง (Two - group, pre test – post test design) โดยศึกษาเปรียบเทียบผลของการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์งานจ่ายกลาง รูปแบบเดิม (มีนาคม2567) กับรูปแบบ Lean Concepts (เมษายน 2567) กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์จำนวน 125 คน ได้แก่ บุคลากรหน่วยงานที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยใน และหน่วยงานพิเศษจำนวน 103 คน และบุคลากรงานจ่ายกลางจำนวน 22 คน โรงพยาบาลหนองคาย ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2567- 30 เมษายน 2567 ได้กลุ่มละ 77 คน กลุ่มทดลอง จำนวน 77 คน และกลุ่ม ควบคุม จำนวน 77 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์จำนวน ได้แก่ บุคลากรหน่วยงานที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน และบุคลากรงานจ่ายกลาง

กลุ่มที่ 2 กระบวนการรับและส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ประมาณ

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์จำนวน จำนวน 125 คน ได้แก่ บุคลากรหน่วยงานที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยใน และหน่วยงานพิเศษจำนวน 103 คน และบุคลากรงานจ่ายกลางจำนวน 22 คน โดยทำการศึกษาจากประชากรกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ (1.1) มีประสบการณ์ในการใช้ชุดเครื่องมือการแพทย์ปราศจากเชื้อที่ผลิตจากงานจ่ายกลางโรงพยาบาล ศึกษาอย่างน้อย 1 เดือน (1.2) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย (2) กระบวนการรับและส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ประมาณ 1,120 ครั้ง/เดือน โดยคำนวณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ภายในโรงพยาบาลหนองคาย รวมทั้งหมด 41 หน่วยงาน มีจำนวนวันที่มีการรับและส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ประมาณ 18-20 วัน/เดือน (3) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย (การทดลอง) ได้แก่ (1) แนวทางปฏิบัติการรับส่ง

อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์รูปแบบเดิม และ (2) แนวทางปฏิบัติการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์แบบ Lean Concepts

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

(1) แบบประเมินผลการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ เป็นแบบสังเกต มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist)จำนวน 3 ด้าน ได้แก่ ถูกต้อง มีประสิทธิภาพพร้อมใช้งาน และทันเวลา

(2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์เป็นแบบตรวจสอบรายการ ประกอบด้วย แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทาง ฯ รูปแบบเดิมและรูปแบบ Lean Concepts ทั้งชนิดปนเปื้อนและปราศจากเชื้อของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรหน่วยงาน จำนวน 7 ข้อ และ 3 ข้อ ตามลำดับ จากการสังเกตการปฏิบัติโดยนักวิจัย แบ่งคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางออกเป็น 4 ระดับ เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มได้ชัดเจน ดังนี้

คะแนน 0-30 หมายถึง การปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ในระดับน้อย

คะแนน 31-60 หมายถึง การปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ในระดับปานกลาง

คะแนน 61-80 หมายถึง การปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ในระดับมาก

คะแนน 81-100 หมายถึง การปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ในระดับมากที่สุด

(3) แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรงานจ่ายกลางและหน่วยงาน 5 ด้าน คือ ด้านการกำหนดเวลาการ กำหนดเส้นทาง การทันเวลาและความถูกต้อง ความสะดวก และผลกระทบต่อความปวดของกล้ามเนื้อและกระดูกโดยมีระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบระหว่างด้านได้ชัดเจน ดังนี้

คะแนน 1.00-1.49 หมายถึง ไม่พึงพอใจ

คะแนน 1.50-2.49 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อย

คะแนน 2.50-3.49 หมายถึง พึงพอใจระดับปานกลาง

คะแนน 3.50-4.49 หมายถึง พึงพอใจระดับมาก

คะแนน 4.50-5.00 หมายถึง พึงพอใจระดับมากที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 1 ท่าน พยาบาลควบคุมคุณภาพทางการพยาบาล จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิจัย จำนวน 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยปรับแก้ข้อความให้เหมาะสมยิ่งขึ้นและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้งหนึ่งจนกระทั่งผู้ทรงคุณวุฒิเห็นพ้องต้องกันทั้งหมดก่อนนำไปใช้จริง ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.91 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดสอบความสอดคล้องของการสังเกต (interrater agreement) โดยผู้วิจัย 2 คน นำแบบเก็บข้อมูลทั้งหมดไปทดลองสังเกตการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ แล้วนำผลการประเมินมาพูดคุยทำความเข้าใจจนตรงกันทุกข้อจึงนำไปเก็บข้อมูลจริงและนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ดำเนินการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์รูปแบบเดิม ในเดือนมีนาคม 2567

1.1 ผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์รูปแบบเดิม

1.2 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์แบบประเมินผลการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ด้านความถูกต้อง มีประสิทธิภาพพร้อมใช้งาน และทันเวลา และแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์รูปแบบเดิม

1.3 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเรื่องความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยแจกแบบสอบถามความพึงพอใจในสัปดาห์สุดท้ายของการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์รูปแบบเดิม

ระยะที่ 2 ดำเนินการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์รูปแบบ Lean Concepts ในเดือนเมษายน 2567

2.1 ผู้วิจัยร่วมกันออกแบบเส้นทางการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์กับผู้ร่วมวิจัยงานจ่ายกลาง

2.2 ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยในการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์รูปแบบ Lean Concepts

2.3 ผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์รูปแบบ Lean Concepts

2.4 ผู้วิจัยทำ การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์แบบประเมินผลการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ด้านความถูกต้อง มีประสิทธิภาพพร้อมใช้งาน และทันเวลา และแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์รูปแบบ Lean Concepts

2.5 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเรื่องความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยแจกแบบสอบถามความพึงพอใจในสัปดาห์สุดท้ายของการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์รูปแบบ Lean Concepts

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การนำเสนอข้อมูล เชิงคุณภาพ ใช้ความถี่ ร้อยละ เชิงปริมาณ ใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงคุณภาพ (nominal และ Ordinal Scale) ใช้ Chi -Square หรือ Fisher Exact test เชิงปริมาณ ใช้ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test (ทั้งนี้ต้องดูข้อมูลว่ามีการแจกแจงแบบปกติ หรือไม่ปกติ)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่โครงการวิจัย 10/2567 วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มควบคุม หน่วยงาน OPD พบว่า อยู่สังกัดสามัญ ร้อยละ 28.57 รองลงมาคือ IPD ร้อยละ 27.27 สังกัดกลุ่มงาน อยู่กลุ่มงานอายุรกรรม ร้อยละ 29.87 รองลงมาคือ อยู่ศัลยกรรม ร้อยละ 27.27 ส่วนมากเป็นหญิง ร้อยละ 76.62 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 53.25 จบการศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 68.83 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.51 ไม่มีประสบการณ์ทำงาน มีเพียง ร้อยละ 6.49 มีประสบการณ์ทำงาน แต่ส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.81 ได้รับการฝึกอบรม

กลุ่มทดลอง หน่วยงาน พบว่า สามัญ ร้อยละ 39.00 รองลงมาคือ IPD พิเศษ ร้อยละ 11.70 และที่ ICU ร้อยละ 5.20 ตามลำดับ กลุ่มงานศัลยกรรม ร้อยละ 49.35 ส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 80.50 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 49.40 จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 75.32 และมัธยมศึกษาตอนปลาย

ร้อยละ 24.68 มีประสบการณ์ทำงานร้อยละ 94.81 ที่เหลือไม่มีประสบการณ์ ร้อยละ 5.19 และ มีเพียงร้อยละ 7.79 ได้เข้ารับการอบรม

เมื่อทดสอบความแตกต่างกันด้วยสถิติ Chi-square พบว่า มีความต่างกัน 2 ตัวแปร คือ หน่วยงานและกลุ่มงาน ส่วนตัวแปรที่เหลือทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การประเมินผลการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ของกลุ่มควบคุม ในการการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ปนเปื้อนของบุคลากรงานจ่ายกลาง

2.1 การรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ปนเปื้อนของบุคลากรงานจ่ายกลาง ตอบว่า ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 3 ลำดับแรก คือ การตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนกล่องใส่อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ รองลงมาคือ การตรวจนับและบันทึกรายการอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ และการส่งคืนอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์หมดอายุ ส่วนข้อที่มีการตอบถูกต้องต่ำสุด คือ การวางกล่องใส่อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ปนเปื้อนทดแทนให้หน่วยงานในรอบต่อไป การรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ปราศจากเชื้อของบุคลากรงานจ่ายกลาง ที่ตอบว่าถูกต้อง คือ 3 ลำดับแรก คือ การวางอุปกรณ์ปราศจากเชื้อในตำแหน่งที่ตกลงกับทางหน่วยงาน รองลงมาคือ การส่งมอบอุปกรณ์ให้ทางหน่วยงานแบบส่งถึงมือผู้รับพร้อมลงชื่อผู้รับ และบุคลากรในหน่วยงานด้านตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนและชื่อหน่วยงานพร้อมลงชื่อผู้รับ

2.2 การรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ปนเปื้อนของบุคลากรงานจ่ายกลาง ตอบว่า ถูกต้อง ตอบว่า พร้อมใช้ คิดเป็นร้อยละ 3 ลำดับแรกคือ การวางกล่องใส่อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ปนเปื้อนทดแทนให้หน่วยงานในรอบต่อไป รองลงมาคือ การบันทึกจำนวนกล่องอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ปนเปื้อน และบุคลากรในหน่วยงานด้านตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนและชื่อหน่วยงานพร้อมลงชื่อผู้รับ ส่วนข้อที่มีการตอบถูกต้องต่ำสุด คือ มีเส้นทางการสัญจรเป็นทางเดียว และข้อที่ยังตอบไม่ถูก ได้แก่ มีการขนย้ายอุปกรณ์ที่ใช้แล้วด้วยความระมัดระวัง มีการแยกประเภทอุปกรณ์ของอุปกรณ์และของแหลมคม และการสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล การรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ปราศจากเชื้อของบุคลากรงานจ่ายกลาง ที่ตอบว่า ถูกต้อง คือ 3 ลำดับแรก คือ การวางอุปกรณ์ปราศจากเชื้อในตำแหน่งที่ตกลงกับทางหน่วยงาน รองลงมา คือ การส่งมอบอุปกรณ์ให้ทางหน่วยงานแบบส่งถึงมือผู้รับพร้อมลงชื่อผู้รับ และบุคลากรในหน่วยงานด้านตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนและชื่อหน่วยงานพร้อมลงชื่อผู้รับตามลำดับ

2.3 การรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ปนเปื้อนของบุคลากรงานจ่ายกลาง ตอบว่า ถูกต้อง ตอบว่า ทันเวลา คิดเป็นร้อยละ 3 ลำดับแรกคือ การตรวจนับและบันทึกรายการอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ รองลงมา คือ มีเส้นทางการสัญจรเป็นทางเดียว และการบันทึกจำนวนกล่องอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ปนเปื้อน เท่ากับการคีย์เบิกของในโปรแกรมเบิกของออนไลน์ ข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ การวางกล่องใส่อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ปนเปื้อนทดแทนให้หน่วยงานในรอบต่อไป การรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ปราศจากเชื้อของบุคลากรงานจ่ายกลาง คือ บุคลากรในหน่วยงานด้านตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนและชื่อหน่วยงานพร้อมลงชื่อผู้รับ รองลงมาคือ การส่งมอบอุปกรณ์ให้ทางหน่วยงานแบบส่งถึงมือผู้รับพร้อมลงชื่อผู้รับ และการวางอุปกรณ์ปราศจากเชื้อในตำแหน่งที่ตกลงกับทางหน่วยงาน

3. การประเมินผลการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ของกลุ่มทดลอง ในการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ปนเปื้อนของบุคลากรงานจ่ายกลาง

3.1 การรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ปนเปื้อนของบุคลากรงานจ่ายกลาง ตอบว่า ถูกต้อง ตอบว่า ถูกต้อง 3 สูงสุดเป็นอันดับแรก คือ มีการขนย้ายอุปกรณ์ที่ใช้แล้วด้วยความระมัดระวัง รองลงมาคือ การคีย์เบิกของในโปรแกรมเบิกของออนไลน์ และมีเส้นทางการสัญจรเป็นทางเดียว ส่วนข้อที่ตอบต่ำสุด คือ การตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนกล่องใส่อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ (ร้อยละ 47.9) การรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ปราศจากเชื้อของบุคลากรงานจ่ายกลาง มีผู้ตอบถูกคือ การวางอุปกรณ์ปราศจากเชื้อในตำแหน่งที่ตกลงกับทางหน่วยงาน รองลงมาคือ บุคลากรในหน่วยงานด้านตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนและชื่อหน่วยงานพร้อมลงชื่อผู้รับ (ร้อยละ 60.7) และการส่งมอบอุปกรณ์ให้ทางหน่วยงานแบบส่งถึงมือผู้รับพร้อมลงชื่อผู้รับ (ร้อยละ 50.0)

3.2 การรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ปนเปื้อนของบุคลากรงานจ่ายกลาง ตอบว่า ถูกต้อง ตอบว่า พร้อมใช้ คิดเป็นร้อยละ 3 ลำดับแรกคือ มีการขนย้ายอุปกรณ์ที่ใช้แล้วด้วยความระมัดระวัง รองลงมาคือ การคีย์เบิกของในโปรแกรมเบิกของออนไลน์และการส่งคืนอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์หมดอาย ส่วนข้อที่ตอบน้อยที่สุด คือ มีการแยกประเภทอุปกรณ์ของอุปกรณ์และของแหลมคม การรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ปราศจากเชื้อของบุคลากรงานจ่ายกลาง มีผู้ที่ตอบถูกมากที่สุด คือ การวางอุปกรณ์ปราศจากเชื้อในตำแหน่งที่ตกลงกับทางหน่วยงาน รองลงมาคือ บุคลากรในหน่วยงานด้านตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนและชื่อหน่วยงานพร้อมลงชื่อผู้รับ และการส่งมอบอุปกรณ์ให้ทางหน่วยงานแบบส่งถึงมือผู้รับพร้อมลงชื่อผู้รับ

3.3 ตอบว่าการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ปนเปื้อนของบุคลากรงานจ่ายกลาง ตอบว่า ถูกต้อง ทันเวลา คิดเป็นร้อยละสูงสุด 3 ลำดับแรกคือ มีการขนย้ายอุปกรณ์ที่ใช้แล้วด้วยความระมัดระวัง รองลงมาคือ การวางอุปกรณ์ปราศจากเชื้อในตำแหน่งที่ตกลงกับทางหน่วยงาน และการคีย์เบิกของในโปรแกรมเบิกของออนไลน์ ส่วนข้อที่มีคนตอบน้อยที่สุด คือ มีการแยกประเภทอุปกรณ์ของอุปกรณ์และของแหลมคม การรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ปราศจากเชื้อของบุคลากรงานจ่ายกลาง คือ การวางอุปกรณ์ปราศจากเชื้อในตำแหน่งที่ตกลงกับทางหน่วยงานรองลงมาคือ บุคลากรในหน่วยงานด้านตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนและชื่อหน่วยงานพร้อมลงชื่อผู้รับ และการส่งมอบอุปกรณ์ให้ทางหน่วยงานแบบส่งถึงมือผู้รับพร้อมลงชื่อผู้รับ

4. การประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์

กลุ่มควบคุม ผลการวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ของกลุ่มควบคุม โดยรวมมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.70 เมื่อจำแนกการวิเคราะห์เป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 ข้อแรก ได้แก่ ฉีดพ่นสารฉีดพ่นเพิ่มความชุ่มชื้นบนอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ รองลงมาคือ บันทึกจำนวนกล่องอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ปนเปื้อน และการคีย์เบิกของในโปรแกรมเบิกของออนไลน์ ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การส่งคืนอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์หมดอายุ

กลุ่มทดลอง ผลการวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ของกลุ่มควบคุม โดยรวมมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ เมื่อจำแนกการวิเคราะห์เป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 ข้อแรก ได้แก่ การคีย์เบิกของในโปรแกรมเบิกของออนไลน์ รองลงมาคือ การส่งคืนอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์หมดอายุ และบันทึกจำนวนกล่องอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ปนเปื้อน ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ตรวจนับรายการอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์บันทึกจำนวนพร้อมลงชื่อผู้ตรวจนับ

5. ผลการเปรียบเทียบการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ผลการเปรียบเทียบการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.70 ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.65 ($\overline{X}$ = 3.65) เมื่อทดสอบสถิติ t-test Independent พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์รูปแบบ Lean Concepts ความพึงพอใจของกลุ่มควบคุม โดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.82 ($\overline{X}$ = 1.82) เมื่อแยกวิเคราะห์เป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ เวลาในการรับส่ง รองลงมาคือ ความสะดวกในการปฏิบัติ และเส้นทางการรับส่ง ข้อที่เหลือคือ ความถูกต้องทันเวลา และความปวดของกล้ามเนื้อ ความพึงพอใจของกลุ่มทดลอง โดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 ($\overline{X}$ = 3.61) เมื่อแยกวิเคราะห์เป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ความสะดวกในการปฏิบัติ รองลงมาคือ ความถูกต้องทันเวลา และเส้นทางการรับส่ง ที่เหลือคือ เวลาในการรับส่ง กับความปวดของกล้ามเนื้อ

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์โดยแนวคิดลีนต่อประสิทธิภาพการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางแพทย์ งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลหนองคาย ผู้วิจัยพบประเด็นที่น่าสนใจนำมาอภิปรายผล ดังนี้

ผลการเปรียบเทียบการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์

ผลการเปรียบเทียบการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.70 ส่วนกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.65 ($\overline{X}$ = 3.65) เมื่อทดสอบสถิติ t-test Independent พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ที่เป็นเช่นนี้ อาจเป็นเพราะว่า การพัฒนาระบบปฏิบัติการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดลีนในการศึกษาครั้งนี้ จะช่วยปรับปรุงประสิทธิภาพการดำเนินงาน ด้วยการสร้างให้เกิดการไหลของงานตลอดทั้งกระบวนการอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของพนักงานทุกคน และการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการเป็นสำคัญ (Customer focused) ด้วยคุณภาพสูงสุด ต้นทุนต่ำสุด และใช้เวลาน้อยที่สุด อันจะเป็นการสร้างคุณค่าให้กับผลลัพธ์ของงาน ซึ่งผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของระบบปฏิบัติการทำให้ปราศจากเชื้อในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้ในระบบปฏิบัติการทำให้ปราศจากเชื้อลดลง จำนวนชุดอุปกรณ์ที่ไม่มีคุณภาพลดลง ความพึงพอใจในงานของพนักงานจ่ายกลางที่เพิ่มสูงขึ้น และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบปฏิบัติการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดลีนที่พัฒนาขึ้น[4,5,6] สอดคล้องกับพันธิภา พิญญะคุณ[7] ได้พัฒนารูปแบบการบริการคลินิกเบาหวานโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีน โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ผลจากการพัฒนาสามารถลดขั้นตอนการรับบริการจาก 16 ขั้นตอน เหลือ 6 ขั้นตอน มีแนวทางและคู่มือการให้บริการของทีมสุขภาพที่เน้นคุณภาพการบริการมากขึ้น ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงกวารูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยด้านระยะเวลาการใช้บริการลดลงน้อยกว่ารูปแบบเดิม สายธารการให้บริการตามการรับรู้ของผู้ป่วยสูงกว่ารูปแบบเดิม และคุณภาพการบริการที่มีการลดความสูญเปล่าจากการใช้บริการครั้งแรกสูงกวารูปแบบเดิม'

ข้อเสนอแนะ

1.ควรนำผลของโปรแกรมการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์โดยแนวคิดลีนต่อประสิทธิภาพการรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางแพทย์ งานจ่ายกลาง

โรงพยาบาลหนองคาย ไปทดลองใช้ในโรงพยาบาลในจังหวัดอื่น ๆ ต่อไป

2.การศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติที่ดีของหน่วยงาน รวมทั้งนำไปพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง การศึกษาครั้งต่อไป ควรนำวิธีการควบคุมและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในระดับสากล เช่น การวัดความสะอาดเครื่องมือ ด้วยชุดตรวจสอบประสิทธิภาพการทำความสะอาดเครื่องมือแพทย์ด้วยการทดสอบเอทีพี (Adenosine triphosphate:ATP) หรือชุดตรวจสอบโปรตีนตกค้างมาใช้ในการประเมินคุณภาพของเครื่องมือ เพื่อสร้างความมั่นใจและความน่าเชื่อถือในการจัดเตรียมเครื่องมือ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2559). บัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบโครงการพัฒนาระบบ สารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล(Thailand Hospital Indicator Project: THIP). Retrieved from http://www.thip2.com/member/login
2. อะเคื้อ อุณหเลขกะ. (2559). หลักและแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. เชียงใหม่: มิ่งเมืองนวรัตน์.
3. ชมรมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล.(2566). การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล.[อินเตอร์เนต]. เข้าถึงได้จาก: http://wecache.googleusercontent.com/.[เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2566].
4. เพ็ญวิสาข์ เอกกะยอและวัชรวลี ตังคับตานนท์. (2555). การใช้หลักการลีนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดเก็บเอกสาร และออกเลขหนังสือด้วยซอฟต์แวร์เสรีกรณีศึกษาสำนักงานโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา,
5. ไพรจิตรา จันทศิลป์, นางกอบเกื้อ พลเจริญ, นางสมจิตร รินเพ็ง และคณะ.(2558).การลดการ Re – sterile เครื่องมือทางการแพทย์ งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลเพ็ญ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี.
6. ประเสริฐ ศรีบุญจันทร์และบุตรี ลักษรา ปัญญากุล. (2551). การปรับปรุงกระบวนการผลิตกระจกด้วยการผลิตแบบ Lean, การประชุมวิชาการเครือข่ายงานวิศวกรรมอุตสาหการ, 20-22 ตค 51:614-621
7. พันธภา พิญญะคุณ. (2557). การพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกเบาหวาน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีน โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบันฑิต), มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินในช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานอุดรธานี

Development of Emergency Management Model for Udonthani Airport Point of Entry

(Received: May 15,2024 ; Revised: May 26,2024 ; Accepted: May 27,2024)

ปรีชา เศษสมบูรณ์[1]
Preecha Sessomboon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินความเสี่ยงโรค และภัยสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี 2) พัฒนารูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินในช่องทาง 3) ประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉิน ประชากรที่ใช้ในการวิจัยได้แก่บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านการป้องกัน ควบคุมโรคในท่าอากาศยานอุดรธานี โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างร่วมกระบวนการวิเคราะห์ความเสี่ยง และพัฒนาแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข จำนวน 14 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมกระบวนการประเมินความเหมาะสมของแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข จำนวน 45 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบประเมินความเสี่ยงตามแนวทาง Risk Assessment เอกสารการจัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน แบบสอบถามเชิงโครงสร้างเพื่อประเมินผลการซ้อมแผน และแบบสอบถามความเหมาะสมของแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าร้อยละ (Percentage) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ค่าฐานนิยม (Mode)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผลจากการประเมินความเสี่ยง โรคและภัยสุขภาพที่มีความเสี่ยงในระดับสูง ได้แก่ 1) โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2) ภัยจากคุณภาพอากาศภายในอาคาร 3) ภัยจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก และโรคและภัยสุขภาพที่มีความเสี่ยงในระดับปานกลาง ได้แก่ 1) โรคไข้เหลือง 2) วัณโรค 3) การรั่วไหลของสารโคบอลต์จากเครื่องตรวจสัมภาระผู้โดยสาร 4) ไฟไหม้อาคารผู้โดยสาร 5) เครื่องบินไถลออกนอกรันเวย์

2. แผนเฉพาะโรคและภัยสุขภาพ กรณีโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ มีองค์ประกอบของแผน คือ 1) ที่มา และความสำคัญ 2) วัตถุประสงค์ 3) ขอบเขตของแผน 4) ความรับผิดชอบ (หน่วยงานหลัก และหน่วยงานสนับสนุน) 5) นิยาม / คำจำกัดความ 6) ข้อสันนิษฐาน 7) กรอบการปฏิบัติงาน (โครงสร้างการปฏิบัติงาน บทบาทหน้าที่ตามโครงสร้างภารกิจ ภารกิจที่สำคัญก่อนเกิดเหตุการณ์ ระหว่างเกิดเหตุการณ์ และหลังเกิดเหตุการณ์) 8) การติดต่อสื่อสาร

3. การประเมินความเหมาสมของแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข โดยผลการประเมินพบว่า ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสมอยู่ในระดับสูง

คำสำคัญ : ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ, ท่าอากาศยาน, การประเมินความเสี่ยง, ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน

Abstract

This action research aims to 1) Assess the risk of disease and health hazards that may occur in Udonthani Airport Point of Entry 2) Develop an emergency management model for Udonthani Airport Point of Entry and 3) Evaluate the outcomes of the emergency management model. The study population consists of personnel from agencies involved in disease prevention and control at Udonthani Airport. The sample is divided into two groups: one participating in risk analysis and emergency response plan development, comprising 14 individuals, and the other evaluating the suitability of the emergency response plan, comprising 45 individuals. Research tools include risk matrix assessment form, emergency response plan form, questionnaires for evaluate emergency plan suitability. Statistical analysis methods include mean, percentage, standard deviation, and mode. The study findings

1. The results from the risk assessment indicate high-risk diseases and health hazards, including: 1) Novel Influenza virus 2) Indoor air quality hazards 3) Air pollution from small dust particles. Additionally, moderate-risk diseases

[1] ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

and health hazards including 1) Yellow fever 2) Tuberculosis 3) Cobalt from passenger baggage screening machines 4) Fire 5) Aircraft runway excursion.

2. Hazard specific plan for Novel Influenza virus comprises 8 components about 1) Background 2) Objectives 3) Plan Scope 4) Responsibilities 5) Definition/Limitations 6) Assumptions 7) Operational Framework 8) Communication

3. The evaluation of Hazard specific plan's suitability found that, overall, the average score of suitability is at a high level.

Keywords: Quarantine, Airport, Risk assessment, Emergency operation center

บทนำ

โรคติดต่อระหว่างประเทศ ถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพ การเดินทางและการค้าระหว่างประเทศ โดยที่ผ่านมามีสถานการณ์โรคติดต่อระหว่างประเทศ ที่ส่งผลกระทบในวงกว้างหลายเหตุการณ์ อาทิ การเกิดการระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง การระบาดของโรคไข้หวัดนก การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา รวมไปถึงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นต้น องค์การอนามัยโลก ได้นำกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation: IHR) มาเป็นแนวทางในการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ โดยการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ เป็นวัตถุประสงค์ที่สำคัญอย่างหนึ่ง ของกฎอนามัยระหว่างประเทศ การพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศตามแนวทางกฎอนามัยระหว่างประเทศ เป็นบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานที่ปฏิบัติงานในช่องทางเข้าออกประเทศ โดยมีขอบเขตในการพัฒนาสมรรถนะทั้งในภาวะปกติ และภาวะฉุกเฉินให้ครอบคลุม โรคระบาด และภัยสุขภาพที่สำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ โรคติดเชื้อ (infectious) โรคติดต่อจากสัตว์สู่คน (zoonosis) อาหารปลอดภัย (food safety) สารเคมี (chemical) กัมมันตภาพรังสี (nuclear) และภัยพิบัติ (disaster) โดยต้องพัฒนาสมรรถนะหลักใน 8 เรื่อง ได้แก่ กฎหมายและนโยบาย (Legislation and Policy) การติดต่อสื่อสาร (Coordination) การเฝ้าระวัง (Surveillance) การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (response) การเตรียมความพร้อม (Preparedness) การสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communications) บุคลากร (Human resource) และความพร้อมทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory) ตามที่กำหนดไว้ของ IHR โดยการพัฒนาต้องครอบคลุมทั้งระดับชาติ (national) ระดับเขต (เขตตรวจราชการและจังหวัด) และระดับพื้นที่ (อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน และชายแดน) อนึ่งในส่วนที่เป็นช่องทางเข้าออกประเทศเน้นการเฝ้าระวัง ตรวจจับ ตอบโต้เหตุการณ์ที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข (PHEIC)[1] โดยบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการจัดการภาวะฉุกเฉินในช่องทางเข้าออกประเทศประกอบไปด้วยการวิเคราะห์ความเสี่ยงโรค และภัยสุขภาพ การจัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข การฝึกซ้อมแผน รวมไปถึงการเรียกใช้แผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ผิดปกติเกิดขึ้นในช่องทาง

ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี เป็นช่องทางเข้าออกประเทศหนึ่งที่ตั้งขึ้นตามกฎหมาย สังกัดสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ผู้เดินทางส่วนมากเป็นการโดยสารเครื่องบินภายในประเทศ โดยจำนวนผู้เดินทางภายในประเทศในช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานีเฉลี่ยวันละประมาณ 5,000 คน เดือนละประมาณ 150,000 คน มีจำนวนเที่ยวบินเฉลี่ย 30 เที่ยวบินต่อวัน ในการเดินทางระหว่างประเทศที่พบเป็นการเดินทางประเภทเครื่องบินเช่าเหมาลำ และเป็นการเดินทางของเจ้าหน้าที่ทางการทหารจากต่างประเทศที่เข้ามาฝึกยุทธวิธีในประเทศไทย ณ จังหวัดอุดรธานี การดำเนินงานของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าอากาศยานอุดรธานีเป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานตามกฎอนามัย

ระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 โดยมีการดำเนินงานใน 3 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) ด้านการปฏิบัติงานที่ต้องมีตลอดเวลา เช่น การคัดกรองผู้เดินทาง การตรวจสุขาภิบาลในช่องทาง การตรวจสุขาภิบาลอากาศยาน การตรวจสุขาภิบาลอาหาร 2) การปฏิบัติงานด้านการสร้างเครือข่ายการสื่อสารและติดต่อประสานงาน และ 3) การปฏิบัติงานด้านการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินภายในช่องทางเข้าออกประเทศ[2]

จากบทบาทหน้าที่ของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ตามที่กฎอนามัยระหว่างประเทศได้กำหนดไว้ในการดำเนินงานพัฒนาสมรรถนะทั้ง 3 ด้าน ประกอบกับสถานการณ์ผู้เดินทางที่ผ่านท่าอากาศยานอุดรธานี ทั้งการเดินทางภายในประเทศ และการเดินทางระหว่างประเทศ รวมถึงจากเหตุการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างปี 2564 – 2566 ที่ผ่านมา ซึ่งถือว่าเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดขึ้น โดยยังไม่มีความพร้อม และยังไม่มีระบบในการรับมือในระยะเวลาแรกส่งผลให้การดำเนินงานขาดประสิทธิภาพเกิดการแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่พบผู้เดินทางที่ติดเชื้อ และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในช่องทางติดเชื้อ ดังนั้นผู้วิจัยในบทบาทหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี และในบทบาทเลขานุการคณะทำงานพัฒนาสมรรถนะช่องทาง ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้นำแนวความคิดของการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขโดยใช้ระบบบัญชาการณ์เหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ซึ่งมีกลไกการทำงานครอบคลุมทุกช่วงระยะเวลาตั้งแต่ก่อนการเกิดโรค ระหว่างการเกิดโรค และหลังการเกิดโรคมาเป็นแนวทาง และดำเนินการวิจัยการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินในช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานอุดรธานี ในครั้งนี้ขึ้น เพื่อเป็นการประเมินความเสี่ยงโรค และภัยสุขภาพรวมทั้งจัดทำแผนในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินที่สอดคล้องกับความเสี่ยง และผลักดันให้เกิดการนำไปปฏิบัติโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานภายใน และภายนอกช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี ซึ่งจะส่งให้การดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรค และจัดการภาวะฉุกเฉินดำเนินไปได้อย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินความเสี่ยงโรค และภัยสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินในช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานอุดรธานี
3. เพื่อติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินในช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานอุดรธานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ คณะทำงานพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกประเทศตามแนวทางกฎอนามัยระหว่างประเทศ ช่องทางท่าอากาศยานอุดรธานี บุคลากรผู้รับผิดชอบงานด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในช่องทางท่าอากาศยานอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวน 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในกระบวนการวิเคราะห์ความเสี่ยง และพัฒนาแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ได้แก่ ผู้แทนคณะทำงานพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกประเทศตามแนวทางกฎอนามัยระหว่างประเทศ บุคลากรผู้รับผิดชอบงานด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี และผู้แทนบุคลากร

ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในช่องทางท่าอากาศยานอุดรธานี จำนวน 14 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในกระบวนการประเมินความเหมาะสมของแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และการประเมินความพึงพอใจต่อแผนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน คัดเลือกด้วยวิธีการเฉพาะเจาะจง จากประชากรที่สมัครใจ โดยประกอบด้วย คณะทำงานพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกประเทศตามแนวทางกฎอนามัยระหว่างประเทศ และผู้แทนบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในช่องทางท่าอากาศยานอุดรธานี จำนวนรวม 45 คน

เกณฑ์การคัดเข้า 1) เป็นคณะทำงานพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกประเทศตามแนวทางกฎอนามัยระหว่างประเทศ หรือเป็นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ในพื้นที่ท่าอากาศยานอุดรธานี 2) เป็นผู้ที่มีความสามารถในการอ่าน และเขียน รวมถึงแปลความหมายของประโยคจากการอ่านได้ด้วยตนเอง 3) เป็นผู้ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม ได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย4) เป็นผู้ที่สมัครใจ และมีความยินยอมที่จะเข้าเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก 1) อาสาสมัครไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด 2) อาสาสมัครเกิดการป่วย หรือการบาดเจ็บ ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโรงการวิจัยต่อได้ หรือเกิดความบากลำบากในการเข้าร่วมโครงการวิจัย 3) อาสาสมัครมีความประสงค์ยุติบทบาทการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพตามแนวทาง Risk matrix assessmentโดยเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างโอกาสที่จะเกิดโรค / ภัยสุขภาพ (Likelihood) และผลกระทบที่เกิดขึ้น (Consequence หรือ Impact)[3]

1.2 แบบการจัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Hazard specific plan) ตามแนวทางที่กรมควบคุมโรคกำหนด[4]

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยการจัดซ้อมแผนในรูปแบบ Table top exercise ได้แก่ สรุปรายงานการซ้อมแผนฯ และแบบสอบถามเชิงโครงสร้างในประเด็นการถอดบทเรียนการซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน[5]

3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเหมาะสมของแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ในรูปแบบแบบสอบถาม ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเหมาะสมของแผนฯ รายด้าน ได้แก่ ความเหมาะสมต่อการดำเนินงานด้านความถูกต้อง ด้านความมีประโยชน์ และด้านความเป็นไปได้ มีลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือก ได้แก่ เหมาะสมมาก เหมาะสมปานกลาง และไม่เหมาะสม จำนวนรวมทั้งหมด 17 ข้อกำหนดเกณฑ์การแปลผลข้อมูล อ้างอิงตาม Bloom[6] โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง และต่ำ

โดยมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.94 สามารถนำไปใช้ได้

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

วางแผนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวทางวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้แนวทางการดำเนินงานตามวงจร PAOR ของเดมมิ่ง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning: P)

1. ดำเนินการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการดำเนินงานตามมาตรฐานด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ตามแนวทางกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 หลักการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข เพื่อนำมาเป็นกรอบในการวิจัย

2. วิเคราะห์ความเสี่ยง โรคและภัยสุขภาพตามแนวทาง Risk matrix assessment เพื่อศึกษาและจัดลำดับความเสี่ยงโรค และภัยสุขภาพที่อาจ

เกิดขึ้นในช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติการ (Acting: A)

พัฒนาแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Hazard specific plan) ตามแนวทางของกรมควบคุมโรค โดยการมีส่วนร่วมของคณะทำงานพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกประเทศตามแนวทางกฎอนามัยระหว่างประเทศ บุคลากรผู้รับผิดชอบงานด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี และผู้แทนบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในช่องทางท่าอากาศยานอุดรธานี

ขั้นตอนที่ 3 (Observing: O)

1. จัดการฝึกซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยใช้แผนฯที่พัฒนาขึ้นเป็นแนวทางในการฝึกซ้อมในรูปแบบการซ้อมแผนบนโต๊ะ (Tabletop exercise) พร้อมทั้งมีการประเมินผลการฝึกซ้อม และวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสในการพัฒนา และปัญหาอุปสรรคในการใช้แผน

2. เก็บข้อมูลความเหมาะสมของแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในประเด็นความเหมาะสมต่อการดำเนินงาน ด้านความถูกต้อง ด้านความมีประโยชน์ และด้านความเป็นไปได้

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflecting: R)

ปรับปรุง แก้ไขแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขให้สมบูรณ์ และจัดทำสรุปผลการพัฒนาแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี รวมถึงรายงานผลการฝึกซ้อมแผนให้คณะทำงานพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกประเทศตามแนวทางกฎอนามัยระหว่างประเทศ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วางแผนวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกเป็น 2 รูปแบบ คือ 1) การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) 2) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและใช้สถิติ ดังนี้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสูตรในการวิเคราะห์ความเสี่ยงโรค และภัยสุขภาพด้วยวิธี Risk matrix assessment ตามแนวทางที่กรมควบคุมโรคกำหนด

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นพัฒนาเชิงระบบ จึงไม่ได้ดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ แต่ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมพัฒนาแผนฯคือ การเก็บข้อมูลในส่วนของการตอบแบบสอบถามเป็นความลับ และทำการทำลายเอกสารข้อมูลเมื่อมีการวิเคราะห์เสร็จสิ้นทันที

ผลการศึกษา

1. การประเมินความเสี่ยงโรค และภัยสุขภาพในช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี

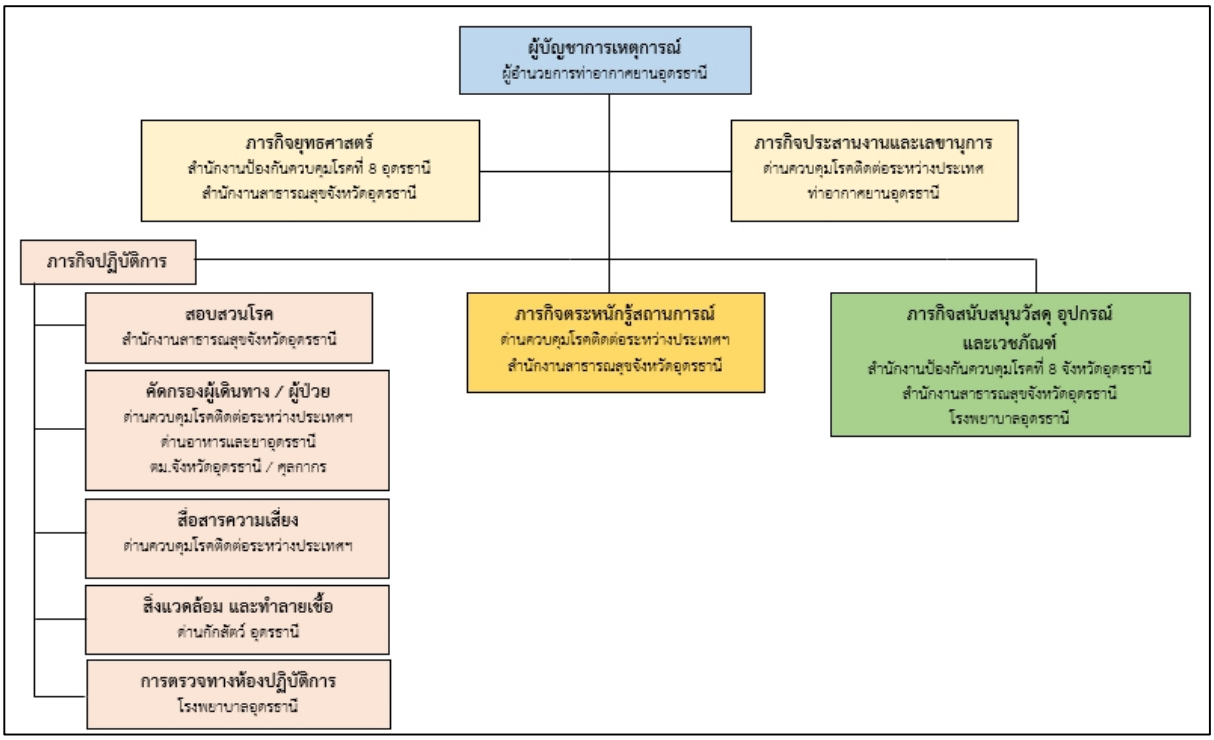
การพิจารณาโรค และภัยสุขภาพที่มีโอกาสเกิดในพื้นที่ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานอุดรธานี ตาม 5 ระบบโรคและภัยสุขภาพพบว่าในช่องทางฯมีโอกาสพบโรค และภัยสุขภาพ ได้แก่ โรคไข้เหลือง โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ โรควัณโรค คุณภาพอากาศภายในอาคาร ฝุ่นละอองขนาดเล็ก การรั่วไหลของสารโคบอลต์จากเครื่องตรวจสัมภาระผู้โดยสาร ไฟไหม้อาคารผู้โดยสาร และเครื่องบินไถลออกนอกรันเวย์

การประเมินความเสี่ยงโรค และภัยสุขภาพด้วยวิธี Risk matrix assessment ตามแนวทางที่กรมควบคุมโรคกำหนด พบว่าโรคและภัยสุขภาพที่มีความเสี่ยงในระดับสูง ได้แก่ 1) โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2) ภัยจากคุณภาพอากาศภายในอาคาร 3) ภัยจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก และโรคและภัยสุขภาพที่มีความเสี่ยงในระดับปานกลาง ได้แก่ 1) โรคไข้เหลือง 2) วัณโรค 3) การรั่วไหลของสารโคบอลต์จากเครื่องตรวจสัมภาระผู้โดยสาร 4) ไฟไหม้อาคารผู้โดยสาร 5) เครื่องบินไถลออกนอกรันเวย์ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการประเมินความเสี่ยงโรค และภัยสุขภาพ

โรค / ภัยสุขภาพ	% โอกาสที่จะเกิด (ระดับ)	% ผลกระทบที่จะเกิด (ระดับ)	การแปลผล	หมายเหตุ[3]
โรคไข้เหลือง	22.00 (ระดับ 2)	49.00 (ระดับ 3)	ปานกลาง	ยอมรับได้
โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่*	47.5 (ระดับ 3)	72.00 (ระดับ 4)	สูง	มีแผนรองรับ
โรควัณโรค	22.00 (ระดับ 2)	49.00 (ระดับ 3)	ปานกลาง	ยอมรับได้
คุณภาพอากาศภายในอาคาร	85.88 (ระดับ 4)	36.00 (ระดับ 3)	สูง	มีแผนรองรับ
ฝุ่นละอองขนาดเล็ก	85.88 (ระดับ 4)	40.00 (ระดับ 3)	สูง	มีแผนรองรับ
โคบอลต์	29.41 (ระดับ 2)	48.00 ระดับ 3)	ปานกลาง	ยอมรับได้
ไฟไหม้อาคารผู้โดยสาร	17.00 (ระดับ 2)	54.00 (ระดับ 3)	ปานกลาง	ยอมรับได้
เครื่องบินไถลออกนอกรันเวย์	52.94 (ระดับ 3)	28.00 ระดับ 2)	ปานกลาง	ยอมรับได้

2. การพัฒนาแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ การพัฒนาแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Hazard Specific Plan) ดำเนินการเลือกโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ เนื่องจากเป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส สามารถแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว และจากการประเมินความเสี่ยงมีระดับผลกระทบที่เกิดต่อสุขภาพสูงที่สุด มีองค์ประกอบของแผน คือ 1) ที่มาและความสำคัญ 2) วัตถุประสงค์ 3) ขอบเขตของแผน 4) ความรับผิดชอบ (หน่วยงานหลัก และหน่วยงานสนับสนุน) 5) นิยาม / คำจำกัดความ 6) ข้อสันนิษฐาน 7) กรอบการปฏิบัติงาน (โครงสร้างการปฏิบัติงาน บทบาทหน้าที่ตามโครงสร้างภารกิจ ภารกิจที่สำคัญก่อนเกิดเหตุการณ์ ระหว่างเกิดเหตุการณ์ และหลังเกิดเหตุการณ์) 8) การติดต่อสื่อสาร โดยจากแผนที่พัฒนาขึ้นมีโครงสร้างการปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน จำนวน 6 ภารกิจ (ดังภาพที่ 1) และมีรายละเอียดการปฏิบัติงานแบ่งตามระยะก่อนเกิด ระหว่างเกิด และหลังเกิดเหตุการณ์ (ดังตารางที่ 2)



ภาพที่ 1 โครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉิน

ตารางที่ 2 ภารกิจสำคัญในแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่จำแนกตามระยะ

ภารกิจที่สำคัญ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
ระยะก่อนเกิดเหตุ	
1.ติดตามสถานการณ์การระบาดของโรคทั้งในและนอกประเทศ รวมถึงเฝ้าระวัง และวิเคราะห์สถานการณ์ทางระบาดวิทยา	ด่านควบคุมโรคฯ
2.ประเมินพื้นที่เสี่ยง และกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะผู้เดินทางผ่านทางท่าอากาศยานอุดรธานี	ด่านควบคุมโรคฯ
3.จัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรณีโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ รวมถึงดำเนินการซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง	คณะทำงานพัฒนาช่องทาง
4.เตรียมความพร้อมด้านวัสดุ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน	
5.พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการปฏิบัติงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน	คณะทำงานพัฒนาช่องทาง
6.การประชาสัมพันธ์ การสื่อสารความเสี่ยงในประเด็นโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ให้แก่เจ้าหน้าที่ และประชาชนกลุ่มเสี่ยง เช่น รณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนในกลุ่มเสี่ยง	ด่านควบคุมโรคฯ ท่าอากาศยานอุดรธานี
ขณะเกิดเหตุ	
1.วิเคราะห์ข้อมูล และเสนอภารกิจยุทธศาสตร์ และผู้บัญชาการเหตุการณ์เพื่อพิจารณาเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC)	SAT
2.จัดสถานที่ ในการคัดกรอง และจัดระบบการป้องกัน ควบคุมโรค ภายในช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี	ท่าอากาศยานอุดรธานี
3.จัดตั้งระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง ผู้เดินทางที่สงสัยป่วย / ผู้ป่วย พร้อมทั้งจัดระบบแยกกัก และส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลในกรณีพบผู้สงสัยป่วย หรือผู้ป่วย	Operation
4.ติดตามสถานการฯ และจัดทำรายงานสถานการณ์การคัดกรองผู้เดินทางรายวัน เพื่อใช้ข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงาน	SAT
5.จัดทำรายงานสถานการณ์ฉบับเผยแพร่ต่อสื่อมวลชน และประชาชน พร้อมทั้งสื่อสารความเสี่ยงในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่	Operation (Risk Com)
6.สนับสนุนวัสดุ เวชภัณฑ์ งบประมาณ ฯลฯ ให้ทันเวลาและให้เพียงพอต่อการควบคุมโรค	Logistic
7.การประชุมติดตามสถานการณ์รายวัน / รายสัปดาห์	Liaison
8.วิเคราะห์ข้อมูล และเสนอภารกิจยุทธศาสตร์ และผู้บัญชาการเหตุการณ์เพื่อพิจารณาปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC)	SAT
ภารกิจที่สำคัญหลังเกิดเหตุ	
1.สรุปการใช้ทรัพยากรในการดำเนินงาน	ด่านควบคุมโรคฯ
2.ถอดบทเรียนการดำเนินงาน (After Action Review : AAR)	ด่านควบคุมโรคฯ
3.จัดทำรายงานสรุปสถานการณ์การเกิดการระบาดของโรค	ด่านควบคุมโรคฯ

3. การประเมินการใช้แผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ ดำเนินการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสในการพัฒนา และปัญหาอุปสรรค แผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินตามแนวทาง SWOT Analysis รายละเอียดการวิเคราะห์ (ดังตารางที่ 3) และดำเนินการทดสอบความเหมาะสมของแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ พบว่า ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสมเท่ากับ 1.65 ซึ่งแปลผลอยู่ใน

ระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความเหมาะสมกับการดำเนินงาน มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 1.79 แปลผลอยู่ในระดับสูง รองลงมาคือด้านความมีประโยชน์ คะแนนเฉลี่ย 1.80 แปลผลอยู่ในระดับสูง ด้านความถูกต้อง คะแนนเฉลี่ย 1.69 แปลผลอยู่ในระดับสูง และด้านความเป็นไปได้ คะแนนเฉลี่ย 1.31 อยู่ในระดับปานกลางตามลำดับ (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ SWOT แผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรณีโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่

ด้านการวิเคราะห์	รายละเอียด
จุดแข็ง (Strength)	1. องค์ประกอบของแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรณีโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ เป็นไปตามแนวทางที่กรมควบคุมโรคกำหนด และมีรายละเอียดองค์ประกอบที่ชัดเจน 2. รายละเอียดในขั้นตอนการปฏิบัติในแต่ละระยะ ได้แก่ ก่อนเกิดเหตุการณ์ ระหว่างเกิดเหตุการณ์ และหลังเกิดเหตุการณ์ ชัดเจน สามารถนำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติได้จริง 3. หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ มีองค์ความรู้ในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข
จุดอ่อน (Weakness)	1. การประชาสัมพันธ์แผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในท่าอากาศยานอุดรธานี ยังไม่ครอบคลุม การเข้าถึง และการรับทราบแผนของบุคลากรยังน้อย 2. ในบางกิจกรรม เช่น การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ยังไม่มี Flow หรือแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน ทำให้การประสานงานในกรณีการปฏิบัติจริงอาจเกิดข้อผิดพลาด
โอกาส (Opportunity)	1. หน่วยงานสนับสนุนในคณะทำงานพัฒนาสมรรถนะช่องทาง ให้ความร่วมมือในการเรียนรู้ และการฝึกซ้อมเป็นอย่างดี และยินดีให้ความร่วมมือในกรณีเกิดเหตุการณ์จริง 2. พัฒนาแนวทางมาตรฐานการดำเนินงาน (SOP) ในแต่ละกิจกรรมตามระยะการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินให้ชัดเจนมากขึ้น 3. พัฒนารูปแบบการฝึกซ้อมแผน โดยใช้รูปแบบการฝึกซ้อมแบบฝึกปฏิบัติจริง (Drill Exercise)
อุปสรรค ข้อจำกัด (Threats)	รายละเอียดในการดำเนินงานตามแผนในบางกิจกรรม เป็นการดำเนินงานด้านการแพทย์ และสาธารณสุขโดยเฉพาะ แต่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานสนับสนุนมิใช่บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข จึงทำให้เกิดความไม่เชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานเฉพาะด้าน เช่น การคัดกรอง การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเอง เป็นต้น

ตารางที่ 4 ผลการทดสอบความเหมาะสมของแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ

ความเหมาะสม	คะแนนเฉลี่ย	SD.	การแปลผล[6]
ความเหมาะสมกับการดำเนินงาน	1.79	0.178	มีความเหมาะสมในระดับสูง
ความถูกต้อง	1.69	0.220	มีความเหมาะสมในระดับสูง
ความมีประโยชน์	1.80	0.218	มีความเหมาะสมในระดับสูง
ความเป็นไปได้	1.31	0.278	มีความเหมาะสมในระดับปานกลาง
ภาพรวมความเหมาะสม	**1.65**	**0.128**	**มีความเหมาะสมในระดับสูง**

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรณีโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ในช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานีในครั้งนี้ เป็นการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกประเทศตามที่กำหนดไว้กฎอนามัย

ระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 โดยช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศต้องมีการพัฒนาสมรรถนะทั้งในภาวะปกติ (Routine) และในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Emergencies) โดยการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขช่องทางเข้าออกประเทศต้องมีการดำเนินการจัดทำแผนแก้ไขภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (Public health emergency contingency plan) รวมทั้งมีการฝึกซ้อมแผนเพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องรับทราบแผน และเกิดความรู้ความเข้าใจ และเกิดความชำนาญในการปฏิบัติงาน[7] ซึ่งการดำเนินการพัฒนาแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในครั้งนี้เกิดจากกิจกรรมการมีส่วนร่วมของคณะทำงานพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกประเทศ คณะทำงานประจำช่องทาง และบุคลากรอื่น ๆที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานที่พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ได้ระบุไว้ในมาตราที่ 23 ว่าช่องทางเข้าออกประเทศต้องมีการแต่งตั้งคณะทำงานประจำช่องทาง ซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด โดยคณะทำงานประจำช่องทางที่ได้รับการแต่งตั้งขึ้นมานั้นมีบทบาทหน้าที่ในการจัดทำแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ และเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข

แผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรณีโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ในช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี ประกอบไปด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ที่มา และความสำคัญ 2) วัตถุประสงค์ 3) ขอบเขตของแผน 4) ความรับผิดชอบ (หน่วยงานหลัก และหน่วยงานสนับสนุน) 5) นิยาม / คำจำกัดความ 6) ข้อสันนิษฐาน 7) กรอบการปฏิบัติงาน (โครงสร้างการปฏิบัติงาน บทบาทหน้าที่ตามโครงสร้างภารกิจ ภารกิจที่สำคัญก่อนเกิดเหตุการณ์ ระหว่างเกิดเหตุการณ์ และหลังเกิดเหตุการณ์) 8) การติดต่อสื่อสาร ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการจัดทำแผนเฉพาะโรคและภัย (Hazard specific plan) ที่กรมควบคุมโรคได้กำหนดไว้ และสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการเฉพาะโรค รองรับสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ กรณีโรคติดต่ออุบัติใหม่ของกรมควบคุมโรค[8] โดยในรายละเอียดของแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯได้มีการดำเนินงานตามหลักการจัดการภาวะฉุกเฉิน 2P2R ที่เป็นการรับมือกับโรคและภัยสุขภาพอย่างรวดเร็ว และเป็นระบบครอบคลุมทุกระยะตั้งแต่ระยะการป้องกัน (Prevention & Mitigation) ระยะเตรียมความพร้อม (Preparedness) ระยะตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Response) และระยะฟื้นฟูบูรณะ (Recovery)[9] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพันธ์ฉวี สุขบัติ และภัทรพร ติสารัง[10] ที่ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร และ แขวงสะหวันนะเขต โดยผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นเป็นไปตามแนวทางการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโดยมีการจัดตั้งโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ การบริหารจัดการด้านกำลังคน วัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ การการพัฒนาแผนการปฏิบัติงานร่วมกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของณรงค์ ลือชา และณัฐกานต์ ปวะบุตร[11] ที่ได้ทำการศึกษาการบริการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขกรณีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดเชียงราย โดยผลการศึกษาพบว่าจังหวัดเชียงรายมีการเตรียมความพร้อมในการรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วางระบบป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อบัญชาการ และประสานระหว่างหน่วยงาน ด้วยหลัก 2P2R ได้แก่ การดำเนินงานป้องกัน และลดผลกระทบ การเตรียมความพร้อม การตอบโต้ และการฟื้นฟู

การประเมินผลการใช้แผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ได้ดำเนินการจัดการฝึกซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขชนิดบนโต๊ะ (Table top Exercise) ซึ่งพบจุดแข็งของแผนฯคือองค์ประกอบที่เป็นไปตามแนวทางที่กรมควบคุมโรคกำหนด มีการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลักมีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน จุดอ่อนของแผนคือในประเด็นการ

ประชาสัมพันธ์แผนให้บุคลากรผู้ที่เกี่ยวข้อรับทราบยังน้อย และยังขาดแนวทางมาตรฐานการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนรินทิพย์ ชัยพรมเขียว และคณะ[12] ที่ได้ทำการศึกษามาตรการในการควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ กรณีศึกษาเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษด่านพรมแดนแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก โดยผลการศึกษาพบว่ามาตรการด้านการควบคุม และป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ของด่านพรมแดนแม่สอด มีการดำเนินงานอยู่ในลักษณะของการเตรียมความพร้อม และเฝ้าระวัง ด้วยการจัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และการฝึกซ้อมแผน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการประเมินความเหมาสมของแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข โดยผลการประเมินพบว่า ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสมอยู่ในระดับสูงสอดคล้องกับการศึกษาของวราลักษณ์ ตังคณะกุล และคณะ[13] ที่ได้ทำการศึกษาการพัฒนาสมรรถนะหลักในภาวะฉุกเฉินของท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ตามข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ ปี 2548 พ.ศ. 2550 – 2555 โดยผลการศึกษาพบว่าท่าอากาศยานสุวรรณภูมิมีการซ้อมแผนบนโต๊ะกรณีการระบาดของอีโคไล O104:H4 ในปี 2554 และซ้อมแผน เต็มรูปแบบสถานการณ์ฉุกเฉินด้านการแพทย์กรณีโรคติดต่อในปี 2555 ผลการประเมินการซ้อมแผนเต็มรูปแบบ พบว่าได้รับความเชื่อมั่นในการรับมือต่อภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขข้ามประเทศ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40 เป็นร้อยละ 90 และสอดคล้องกับการศึกษาของพันธ์ฉวี สุขบัติ และภัทรพร ติสารัง[6] ที่ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อ และภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร และ แขวงสะหวันนะเขต โดยผลการศึกษาพบว่าระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเร่งพัฒนาแนวทางมาตรฐานการดำเนินงาน (SOP) ในแต่ละกิจกรรมตามระยะก่อนเกิดเหตุการณ์ ระหว่างเกิดเหตุการณ์ และหลังเกิดเหตุการณ์ เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการดำเนินงานได้อย่างถูกต้อง

2. เน้นการให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากหน่วยงานสนับสนุนที่ไม่ใช่หน่วยงานด้านการแพทย์ และสาธารณสุขให้มีความรู้ความเข้าใจ และเพิ่มทักษะที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข เช่น การขับเคลื่อนการจัดอบรมในหลักสูตร Non – Health เป็นต้น

3. นำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขกรณีโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ที่พัฒนาขึ้น ไปใช้ในการซ้อมแผนในรูปแบบการฝึกปฏิบัติ (Drill Exercise) หรือการฝึกซ้อมเต็มรูปแบบ (Full Scale exercise)

4. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการนำองค์ความรู้ในเรื่องเทคโนโลยี และนวัตกรรมใหม่ๆ เข้ามาใช้ในการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรค และจัดการภาวะฉุกเฉิน เช่น การพัฒนานวัตกรรมในการคัดกรองผู้เดินทาง การพัฒนาระบบฐานข้อมูล และดำเนินการทดลองใช้ พร้อมประเมินผลการใช้นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้น เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และลดภาระของบุคลากร

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยากรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (2551). แผนพัฒนางานด้านกฎอนามัยระหว่าง ประเทศ พ.ศ. 2548 (2005) ใน ช่วงปีพ.ศ. 2551 – 2555. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
2. กลุ่มสาธารณสุขชายแดน. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี. (2566). เอกสารสรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2566.
3. สำนักโรคติดต่อทั่วไป. (2556). มาตรฐานขั้นตอนการปฏิบัติงานเรื่องการประเมินความเสี่ยง. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

4. กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน. (2566). แผนปฏิบัติการเฉพาะโรค รองรับสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ ปี 2566. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
5. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก. (2558). คู่มือการประชุมเชิงปฏิบัติการฝึกซ้อมแผนชายแดนไทย - เมียนมา (ตาก - เมียวดี). กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
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. กรมควบคุมโรค. (2561). คู่มือการประเมินตนเอง การพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยาน ท่าเรือ และพรมแดนทางบก. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
8. กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน. (2566). แผนปฏิบัติการเฉพาะโรค รองรับสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ ปี 2566. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
9. กองสาธารณสุขฉุกเฉิน. (2563). คู่มือศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์ และสาธารณสุข. สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข.
10. พันธ์ฉวี สุขบัติ และภัทรพร ติสารัง. (2566). รูปแบบการบริหารจัดการและความร่วมมือในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดมุกดาหาร และ แขวงสะหวันนะเขต. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. 21 (2), 66 – 82.
11. ณรงค์ ลือชา และณัฐกานต์ ปวะบุตร. (2566). การบริการจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขกรณีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดเชียงราย. เชียงรายวารสาร. 15 (3), 9 – 24.
12. นรินทิพย์ ชัยพรมเขียว และคณะ. (2560). การศึกษามาตรการในการควบคุม และป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ กรณีศึกษาเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษด่านพรมแดนแม่สอด อำเภอ แม่สอด จังหวัดตาก. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข. 3 (2), 193 – 210.
13. วราลักษณ์ ตังคณะกุล และคณะ. (2557). การพัฒนาสมรรถนะหลักในภาวะฉุกเฉินของท่าอากาศยานสุวรรณภูมิตามข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ ปี 2548 พ.ศ. 2550 – 2555. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 23 (1), 147 – 157.

รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงในสถานบริการสาธารณสุขที่โอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

Model for Prevention and Control Vector borne Disease In Public Health Unit transferred to Local Administrative Organization.

(Received: May 15,2024 ; Revised: May 26,2024 ; Accepted: May 27,2024)

วรวุฒิ จันทิ[1]
Worawut Chanti[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในครั้งนี้ ดำเนินการศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 10.2 จังหวัดมุกดาหาร ในพื้นที่ 3 จังหวัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงในสถานบริการสาธารณสุขที่โอนภารกิจไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) ติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงในสถานบริการสาธารณสุขที่โอนภารกิจไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชากรที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ตัวแทนผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่โอนภารกิจไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนบุคลากรองค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 225 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามเชิงโครงสร้าง แบบสอบถามการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง และแบบสอบถามความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าร้อยละ (Percentage) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ค่าฐานนิยม (Mode)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ข้อมูลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงหลังโอนย้ายภารกิจพบว่าในภาพรวมการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง ระดับความพึงพอใจในการดำเนินงาน อยู่ในระดับปานกลาง

2. รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่พัฒนาขึ้น ประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ขอบเขตของรูปแบบ 2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบ 3) องค์ประกอบด้านนโยบาย และยุทธศาสตร์ 4) องค์ประกอบด้านกระบวนการและแนวทางการดำเนินงาน 5) องค์ประกอบด้านกลไกการติดต่อประสานงาน 6) องค์ประกอบด้านการติดตามประเมินผล

3. ผลการทดสอบความเหมาะสมของรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงพบว่า ในภาพรวม อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความเหมาะสมกับการดำเนินงาน ด้านความมีประโยชน์ ด้านความถูกต้อง และด้านความเป็นไปได้ อยู่ในระดับสูง ตามลำดับ

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, โรคติดต่อนำโดยแมลง, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

Abstract

This Action research was conducted in the area under the responsibility of the Vector borne Disease Control Center 10.2 Mukdahan. The objectives were to 1) Develop a model for implementing prevention and control measures for Vector borne Disease in public health service facilities transferred to the jurisdiction of local government organizations. 2) Monitor and evaluate the outcomes of implementing the prevention and control model for Vector borne Disease in public health service facilities transferred to the jurisdiction of local government organizations. The population involved in the research consisted of representatives from the staff of sub-district health promotion hospitals that had transferred their duties to local government organizations, personnel from provincial administrative organizations, provincial health offices, and district health offices, totaling 225 individuals. Research tools included structured questionnaires on the implementation of prevention and control measures for Vector

[1] ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 10.2 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

borne Disease, as well as the suitability of the prevention and control model. Statistical analysis involved the use of means, percentages, standard deviations, and modes.

The study findings revealed that

1. The findings regarding the implementation of prevention and control measures for Vector borne Disease after the transfer of duties indicate that overall operations are at a moderate level. The satisfaction level with the implementation of these measures is also at a moderate level.

2. The model for the prevention and control of Vector borne Disease comprises 6 components about 1) Scope of the model 2) Objective 3) Policy and strategic 4) Process components and operational guidelines 5) Mechanisms for communication and coordination 6) monitoring and evaluation

3. The results of the suitability of the prevention and control model for Vector borne Disease indicate that overall, it is at a high level. Upon considering various aspects, it was found that suitability for implementation, utility, correctness, and feasibility are all at a high level, in respective order.

Keywords: Model Development, Vector borne Disease, Local government organization

บทนำ

องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นหน่วยงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่นำร่องในการดำเนินการตามแนวคิดการกระจายอำนาจการถ่ายโอนการบริการด้านสาธารณสุข ซึ่งถือเป็นก้าวสำคัญที่แสดงถึงการพัฒนาการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีเป้าหมายในการเสริมสร้างระบบสุขภาพของไทยให้เข้มแข็ง ทั้งด้านส่งเสริมคุณภาพ ด้านป้องกันควบคุมโรค ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงด้านการคุ้มครองผู้บริโภค การดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด จึงเป็นกลไกที่สำคัญที่จะเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการด้านสุขภาพของรัฐให้เข้าถึงประชาชนได้ดีขึ้นเร็วขึ้น และตรงกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่นั้น ๆ นอกจากนี้ยังเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมคิด วิเคราะห์ร่วมจัดทำแผนพัฒนาด้านสุขภาพ รวมไปถึงมีบทบาทในการตรวจสอบการให้บริการขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

สถานการณ์การกระจายอำนาจหน่วยบริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 10.2 มุกดาหาร จำนวน 3 จังหวัด มีหน่วยบริการด้านสาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) รวมทั้งหมด 237 แห่ง ในปีงบประมาณ 2566 มีแห่งที่โอนภารกิจไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้วรวมทั้งหมด 197 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 83.12 โดยแบ่งเป็นจังหวัดมุกดาหาร 78 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 จังหวัดอำนาจเจริญ 71 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 92.20 และจังหวัดยโสธร 48 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 42.86[1] ซึ่งในการโอนภารกิจไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นต้องมีการดำเนินการเตรียมความพร้อมในหลายประเด็น โดยกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมในการบริหารภารกิจด้านสาธารณสุขแก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งในส่วนหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ต้องดำเนินการชักซ้อมตกลงความเข้าใจกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดในการให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ควบคุมการประกอบวิชาชีพของผู้ปฏิบัติงานด้านเวชกรรมในสถานบริการสาธารณสุข และดำเนินการพิจารณาปรับปรุงมาตรฐานระบบประกันคุณภาพบริการสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พิจารณาทบทวนปรับปรุงแนวทางการช่วยเหลือ การให้คำปรึกษาด้านวิชาการ และการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้มีความชัดเจนและมีประสิทธิภาพ และในส่วนองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่รับถ่ายโอนภารกิจต้องดำเนินการแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ใน 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) การพัฒนาการสาธารณสุข

มูลฐาน 2) การควบคุมโรคติดต่อ 3) การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ 4) การส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ 5) การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ 6) การบริหารจัดการและพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงต้องมีการเตรียมความพร้อมในการบริหารงบประมาณด้านสาธารณสุข การเตรียมความพร้อมด้านการบริหารบุคคลด้านสาธารณสุข รวมถึงการประชาสัมพันธ์และซักซ้อมความเข้าใจเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจ

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงเป็นภารกิจหนึ่งที่อยู่ในยุทธศาสตร์ที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดต้องมีการดำเนินการตามแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่โดยมีภาพที่พึงประสงค์คือ 1) ประชาชนเป็นศูนย์กลางและเป็นฐานของการพัฒนามุ่งลดเป้าป่วย ลดตาย ประชาชนมีความรอบรู้ มีทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีส่วนรับผิดชอบในการป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง 2) เครือข่ายทุกภาคส่วนมีความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง 3) มีระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่เป็นมาตรฐานสากลตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ 4) สร้างสรรค์องค์ความรู้และนวัตกรรมใหม่ๆอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ถูกนำมาใช้ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง 5) ขับเคลื่อนงานด้วยเทคโนโลยี นวัตกรรมและความคิดสร้างสรรค์รวมถึงประยุกต์ใช้นโยบายและกฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ[2] ซึ่งการถ่ายโอนภารกิจจากหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด จึงต้องมีการดำเนินการในประเด็นเหล่านี้อย่างครอบคลุม และมีความต่อเนื่องจึงจะทำให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงเป็นไปได้อย่างสมบูรณ์ ดังนั้นผู้วิจัยในบทบาทผู้สนับสนุนด้านวิชาการ และการปฏิบัติการตามภารกิจศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง จึงได้ดำเนินการวิจัยเรื่องรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงในสถานบริการสาธารณสุขที่โอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ทราบถึงข้อมูลการดำเนินงานในปัจจุบัน ความพึงพอใจของบุคลากร และรูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง และสามารถนำมาปรับใช้ในพื้นที่ให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลตามยุทธศาสตร์ด้านการจัดการโรคติดต่อนำโดยแมลงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงในสถานบริการสาธารณสุขที่โอนภารกิจไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. เพื่อติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงในสถานบริการสาธารณสุขที่โอนภารกิจไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ตัวแทนบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปี 2566 จำนวนทั้งหมด 197 แห่ง และตัวแทนผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 23 คน ตัวแทนผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 3 คน รวมทั้งหมด 223 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ทดสอบรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปี 2566 จังหวัดละ 1 อำเภอ รวม 3 อำเภอ โดยการคัดเลือกแบบ

เฉพาะเจาะจงในอำเภอที่มีอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกสูงที่สุดในจังหวัดในปี 2566 จำนวนทั้งหมด 33 คน

เกณฑ์การคัดเข้า 1) เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข และในส่วนบุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในสายงานด้านสาธารณสุข ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 3 ปี 2) เป็นผู้ที่มีความสามารถในการใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ในการสื่อสาร หรือสามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้ด้วยตนเอง 3) เป็นผู้ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม ได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย 4) มีความยินยอมที่จะเข้าเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด 2) เกิดการป่วย หรือการบาดเจ็บ ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโรงการวิจัยต่อได้ หรือเกิดความบากลำบากในการเข้าร่วมโครงการวิจัย 3) มีความประสงค์ยุติบทบาทการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงหลังถ่ายโอนภารกิจประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั่วไปของหน่วยงานที่สังกัด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงหลังโอนย้ายภารกิจเป็นแบบสอบถามที่ประยุกต์จากตัวชี้วัด หลักเกณฑ์ การประเมินความพร้อมของ อบจ.เพื่อรองรับการถ่ายโอนของสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นคำถามปลายปิด ชนิดเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ มีการดำเนินงานและไม่มีการดำเนินงาน จำนวนรวมทั้งหมด 25 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงหลังการโอนย้ายภารกิจ ลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือก ได้แก่ พอใจมาก พอใจปานกลาง และไม่พอใจ จำนวนรวมทั้งหมด 15 ข้อ โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 กำหนดเกณฑ์การแปลผลข้อมูล อ้างอิงตาม Bloom[4] โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง และต่ำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่พัฒนาขึ้น เป็นแบบสอบถามเชิงโครงสร้างเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบความเหมาะสมของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น เป็นแบบสอบถามปลายปิดแบบให้เลือกตอบตามระดับความเหมาะสมด้านด้านความเหมาะสมต่อการดำเนินงาน ด้านความถูกต้อง ด้านความมีประโยชน์ และด้านความเป็นไปได้ มีลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือก ได้แก่ เหมาะสมมาก เหมาะสมปานกลาง และไม่เหมาะสม รวมทั้งหมด 17 ข้อ กำหนดเกณฑ์การแปลผลข้อมูล อ้างอิงตาม Bloom[3] โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง และต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.88 และค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ค่าที่ได้เท่ากับ 0.72 สามารถนำไปใช้ได้สามารถนำไปใช้ได้

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

วางแผนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning: P)

ดำเนินการศึกษา และทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย และแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง แนวทางการโอนย้ายภารกิจของสถานบริการสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงเก็บข้อมูลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงหลังโอนย้ายภารกิจโดยใช้เครื่องมือแบบสอบถาม เพื่อนำข้อมูลสรุปเตรียมเข้าสู่กระบวนการในขั้นการปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติการ (Acting: A)

1) จัดเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนทนากลุ่ม (Focus group) ด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบ Face to Face และผ่าน Zoom Meeting และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อให้ได้ผลลัพธ์คือ รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่เหมาะสม

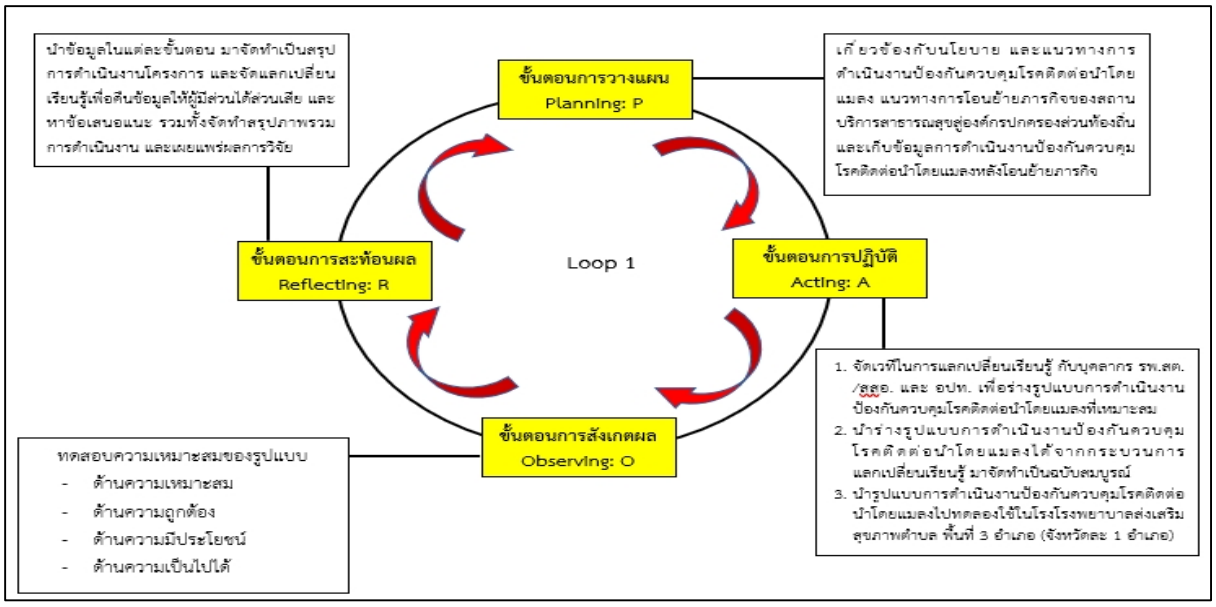
2) นำรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงไปทดลองใช้ในโรงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ 3 อำเภอ (จังหวัดละ 1 อำเภอ)

ขั้นตอนที่ 3 (Observing: O)

ทดสอบความเหมาะสมของรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่พัฒนาขึ้นด้านความเหมาะสม ด้านความถูกต้อง ด้านความมีประโยชน์ และด้านความเป็นไปได้

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflecting: R)

ดำเนินการนำข้อมูลในแต่ละขั้นตอน มาจัดทำเป็นสรุปการดำเนินงานวิจัย และคืนข้อมูลให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และหาข้อเสนอแนะ รวมทั้งจัดทำสรุปภาพรวมการดำเนินงาน และเผยแพร่ผลการวิจัย โดยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลสรุปได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กระบวนการในการจัดกิจกรรมวิจัย โดยใช้แนวทาง PAOR

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงหลังถ่ายโอนภารกิจ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.15 มีอายุเฉลี่ย 39.50 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี จำนวน 95 คน ร้อยละ 73.08 และปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 101 คน ร้อยละ 77.69 ส่วนใหญ่มีอายุการทำงานระหว่าง 1 – 10 ปี จำนวน 85 คน ร้อยละ 65. ด้านระยะเวลาการโอนภารกิจไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนใหญ่โอนไปเป็นระยะเวลาผ่านมาแล้ว 1 ปี จำนวน 91 แห่ง ร้อยละ 70.00 ด้านแหล่งงบประมาณ ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 99 แห่ง ร้อยละ 76.15

ข้อมูลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงหลังโอนย้ายภารกิจพบว่าในภาพรวมการดำเนินงานมีคะแนนเฉลี่ย 0.66 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การดำเนินงานด้านงบประมาณ มีคะแนนเฉลี่ย 0.74 คะแนน อยู่ในระดับดี การดำเนินงานด้านบุคลากรมีคะแนนเฉลี่ย 0.72 อยู่ในระดับดี การดำเนินงานด้านวัสดุ อุปกรณ์ มีคะแนนเฉลี่ย 0.66 อยู่ในระดับปานกลาง การดำเนินงานด้านโครงสร้างการปฏิบัติงาน มีคะแนนเฉลี่ย 0.66 อยู่ในระดับปานกลาง และการดำเนินงานด้านแผนการปฏิบัติงาน มีคะแนนเฉลี่ย 0.53 อยู่ในระดับปานกลาง

ระดับความพึงพอใจการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงหลังโอนย้ายภารกิจพบว่าในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย ระดับความพึงพอใจในการดำเนินงาน 1.28 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาระดับความพึงพอใจรายด้านพบว่า ระดับความพึงพอใจด้านงบประมาณ มีคะแนนเฉลี่ย 1.26 อยู่ในระดับปานกลาง ระดับความพึงพอใจด้านบุคลากร มีคะแนนเฉลี่ย 1.48 อยู่ในระดับปานกลาง ระดับความพึงพอใจด้านวัสดุ อุปกรณ์ มีคะแนนเฉลี่ย 1.20 อยู่ในระดับปานกลาง ระดับความพึงพอใจด้านโครงสร้างการปฏิบัติงาน มีคะแนนเฉลี่ย 1.25 อยู่ในระดับปานกลาง และระดับความพึงพอใจด้านแผนการปฏิบัติงาน มีคะแนนเฉลี่ย 1.19 อยู่ในระดับปานกลาง

ปัญหาอุปสรรคอุปสรรค ที่เกิดขึ้นหลังจากการโอนย้ายภารกิจจำแนกรายด้าน กำลังคน (Staff) วัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณ (Stuff) และระบบการดำเนินงาน (System) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น จากการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง

ด้าน	ปัญหา อุปสรรคที่พบ
กำลังคน (Staff)	1. ความก้าวหน้าด้านการประกอบอาชีพในสายงานด้านสาธารณสุข ยังไม่มีนโยบายในการบรรจุแต่งตั้งเจ้าหน้าที่เป็นกรณีพิเศษ 2. ผู้ปฏิบัติงานในองค์การบริหารส่วนจังหวัด ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในบริบทของการเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานใหม่ โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาอยู่ในสังกัด 3. บุคลากรในระดับพื้นที่ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง และการดำเนินงานด้านอื่น ๆ ลดน้อยลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสายงานการบังคับบัญชาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นองค์การบริหารส่วนจังหวัด
วัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณ (Stuff)	1. การสนับสนุนทรัพยากร ด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการปฏิบัติงานป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงยังไม่เพียงพอ และยังไม่ถึงในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2. การจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานให้แต่ละหน่วยงาน เป็นการดำเนินการจัดสรรงบประมาณภาพรวม ไม่ได้ระบุชัดเจนว่าสำหรับงานป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง ซึ่งอาจส่งผลให้ไม่เพียงพอในการดำเนินงาน
ระบบการปฏิบัติงาน (System)	1. กลไก ขั้นตอนการประสานงาน และการสั่งการ มีความซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนสังกัดใหม่ระบบการติดต่อประสานงานเปลี่ยนไป 2. ระบบการปฏิบัติงานขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ยังไม่สอดคล้องกับภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่โอนย้ายไปสังกัด ขาดความพร้อมในการดำเนินงาน เนื่องจากเป็นบทบาทภารกิจใหม่ที่ได้รับ เช่น การขาดประสบการณ์ด้านการตอบโต้การระบาด การประสานงานในพื้นที่ การสนับสนุนด้านวิชาการ การกำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน รวมถึงการรายงานผลการกำกับติดตามการดำเนินงาน 3. ภาระงาน และระบบการกำกับติดตามการดำเนินงานที่ ยังขาดความชัดเจน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังดำเนินการตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขต่อเนื่อง 4. การติดตามตัวชี้วัดการดำเนินงานในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ปฏิบัติ ดำเนินการได้ยากขึ้น เนื่องจากอยู่คนละสังกัดกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ตารางที่ 1 ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น จากการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง

ด้าน	ปัญหา อุปสรรคที่พบ
	5. ขาดการบูรณาการแผน และการดำเนินงานเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยเฉพาะในกรณีโรคติดต่อนำโดยแมลง

2. รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมลจากผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย โดยการใช้แบบสอบถามเชิงโครงสร้างในการสนทนากลุ่ม และการสนทนาผ่านระบบ Zoom Meeting เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน โดยจำแนกเป็นประเด็น ได้แก่ 1) ภารกิจที่มีความจำเป็นและมีความสำคัญในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง 2) หน่วยงาน หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน 3) ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำเนินงาน 4) กลไกการติดต่อ ประสานงาน โดยได้รูปแบบการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง กรอบระยะเวลา 1 ปี รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 องค์ประกอบรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง

องค์ประกอบ	รายละเอียด / กิจกรรมการดำเนินงาน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
ขอบเขต	รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่พัฒนาขึ้นนี้ มีขอบเขตในการนำไปใช้ในพื้นที่จังหวัด โดยเป็นการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด และหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	
วัตถุประสงค์	เพื่อใช้เป็นแนวทางหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงในพื้นที่ระดับจังหวัดให้เป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามแนวทางมาตรฐานการดำเนินงาน	
ด้านนโยบาย และยุทธศาสตร์	สร้างความร่วมมือขับเคลื่อนระบบการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรค โดยการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัด ในการวางนโยบายการดำเนินงาน วางยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการร่วมกัน พร้อมทั้งดำเนินการประชาสัมพันธ์ และเผยแพร่ หรือมอบนโยบาย และแผนยุทธศาสตร์ให้หน่วยงานสาธารณสุขในระดับพื้นที่ได้รับทราบ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติ	1. อบจ. 2. สสจ.
ด้านกระบวนการและแนวทางการดำเนินงาน	**1. การพัฒนาด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน** 1.1 จัดกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาบุคลากรในด้านการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค หรือการจัดอบรมหลักสูตรด้านระบาดวิทยา เช่น CDCU / VCU โดยการมีส่วนร่วมระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวมระดับจังหวัด 1.2 พัฒนาบุคลากร กองสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม หรือคณะทำงานโดยการมีส่วนร่วมจากอำเภอ เพื่อให้มีความเชี่ยวชาญในการดำเนินงานด้านนโยบาย การสนับสนุนด้านวิชาการ การนิเทศ ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรค (สร้างบทบาท อบจ.ให้เป็นการดำเนินงานศูนย์วิชาการ) 1.3 จัดทำแผนด้านกรอบอัตรากำลัง โดยใช้กรอบการคำนวณภาระงาน (FTE) ของหน่วยบริการมาเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ 1.4 จัดทำแผนด้านการสนับสนุนบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการป้องกัน ควบคุมโรคในกรณีที่เกิดภาวะฉุกเฉินที่ต้องใช้การระดมกำลังคน **2. การพัฒนาด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค**	1. อบจ. 2. สสจ. 3. สสอ. 4. รพช. 5. รพ.สต.

ตารางที่ 2 องค์ประกอบรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง

องค์ประกอบ	รายละเอียด / กิจกรรมการดำเนินงาน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
	2.1 จัดตั้งระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อนำโดยแมลง โดยยึดฐานข้อมูลในระบบเดิมที่ใช้อยู่ เช่น ระบบ R506 ระบบการตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติ (Event Based) เป็นหลัก และพัฒนาเพิ่มเติมตามบริบทของพื้นที่ โดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดำเนินงาน 2.2 วิเคราะห์ความเสี่ยง พร้อมจัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในกรณีโรคติดต่อนำโดยแมลง โดยกำหนดโครงสร้างการปฏิบัติงานในทุกระดับ เช่น ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด รวมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน 2.3 การเตรียมความพร้อมทีมปฏิบัติการในการสอบสวน และควบคุมโรคให้มีความพร้อม และสามารถออกปฏิบัติงานได้ตลอดเวลา **3. การพัฒนาระบบสนับสนุนการดำเนินงาน** 3.1 จัดทำแผนการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ 3.2 จัดทำแผนการสนับสนุน การสรรหา และการกระจายวัสดุ อุปกรณ์ ที่ใช้ในการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง	
ด้านการติดต่อประสานงาน	การพัฒนาระบบกลไกการติดต่อประสานงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งการประสานงานในระดับเดียวกัน และการประสานงานในระดับบังคับบัญชา โดยกำหนดช่องทางในการติดต่อประสานงานเป็นทางการ และเป็นการประสานงานอย่างไม่เป็นทางการ	1. อบจ. 2. สสจ. 3. สสอ. 4. รพช. 5. รพ.สต.
ด้านการติดตามประเมินผล	1. กำหนดตัวชี้วัด เพื่อวัดความสำเร็จในการดำเนินงานร่วมกัน โดยกำหนดกรอบการวัดระยะเวลา 1 ปี และมีการดำเนินการร่วมกันระหว่างหน่วยงานสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2. วางแนวทาง รูปแบบ และแผนการนิเทศติดตามการดำเนินงานของหน่วยงานสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	1. อบจ. 2. สสจ.

3. การทดสอบความเหมาะสมของรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง ดำเนินการทดสอบความเหมาะสมของรูปแบบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความเหมาะสมกับการดำเนินงาน 2) ความถูกต้อง 3) ความมีประโยชน์ และ 4) ความเป็นไปได้ ผลการทดสอบความเหมาะสม รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบความเหมาะสมของรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง

ความเหมาะสม	คะแนนเฉลี่ย	SD.	การแปลผล
ความเหมาะสมกับการดำเนินงาน	1.85	0.168	มีความเหมาะสมในระดับสูง
ความถูกต้อง	1.78	0.192	มีความเหมาะสมในระดับสูง
ความมีประโยชน์	1.80	0.235	มีความเหมาะสมในระดับสูง
ความเป็นไปได้	1.54	0.243	มีความเหมาะสมในระดับสูง
ภาพรวมความเหมาะสม	**1.75**	**0.110**	**มีความเหมาะสมในระดับสูง**

สรุป และอภิปรายผล

จากผลการวิจัยข้อมูลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงหลังโอนย้ายภารกิจ ซึ่งมีการสำรวจข้อมูลในด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร ด้านวัสดุ อุปกรณ์ ด้านโครงสร้างการปฏิบัติงาน และด้านแผนการปฏิบัติงาน พบว่าในภาพรวมการดำเนินงาน อยู่ในระดับปานกลาง และจากการสำรวจความพึงพอใจในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงหลังโอนย้ายภารกิจภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวอาจเนื่องจากว่า ในระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัยเป็นช่วงแรกที่มีการเปลี่ยนผ่านโดยการโอนย้ายภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดซึ่งเป็นหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลทั่วไปที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่โอนย้ายไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นระยะเวลา 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.00 โดยการเปลี่ยนแผลงในประเด็นการโอนย้ายภารกิจอาจส่งผลให้การดำเนินงานเกิดการเปลี่ยนแปลงจากระบบเดิมที่เคยปฏิบัติ และยังไม่มีระบบใหม่ที่เป็นมาตรฐาน หรือที่เหมาะสม จึงส่งผลให้ภาพรวมการดำเนินงาน และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานยังไม่อยู่ในระดับที่สูง จำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่มีความเหมาะสมต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการประเมินผลหลังการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น[4] ได้ทำการศึกษาไว้โดยผลการศึกษาพบว่าหลังการถ่ายโอนภารกิจพบปัญหาในเรื่องบุคลากร เช่น การถ่ายโอนบุคลากรมาไม่ครบตามจำนวน ทำให้จำนวนผู้ปฏิบัติงานลดน้อยลง ปัญหาในเรื่องวัสดุ อุปกรณ์ เช่น การถ่ายโอนวัสดุ อุปกรณ์มายังต้นสังกัดใหม่ไม่ครบถ้วน ทำให้เกิดความสับสนในการดำเนินงาน ปัญหาด้านระบบการปฏิบัติงาน เช่น เจ้าหน้าที่ไม่มั่นใจในระบบการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในช่วงแรก จึงเกิดปัญหาในการบริการจัดการ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปนิตา ธีรสฤษกุล และคณะ[5] ที่ได้ทำการประเมินผลการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 3 โดยพบว่าในช่วงการถ่ายโอนภารกิจช่วงแรกพบปัญหา อุปสรรค ด้านกำลังคนไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ด้านระบบการบริหารจัดการคุณภาพข้อมูลผู้รับบริการ ด้านวัสดุ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ไม่เพียงพอต่อผู้รับบริการ ด้านความล่าช้าของการใช้งบประมาณ และด้านปัญหาในการพิจารณาความดีความชอบของบุคลากร และสอดคล้องกับข้อมูลของจรวยพร ศรีศศลักษณ์[6] ที่ได้ให้ข้อมูลประกอบการบรรยายสรุปบทเรียนการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นว่า ในการถ่ายโอนภารกิจพบปัญหาในประเด็นการบริหารจัดการด้านการเตรียมความพร้อมให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก่อนการถ่ายโอน ทำให้เกิดปัญหาการปรับตัวในการทำงานร่วมกันของทั้งสองฝ่าย

จากการวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่มีความเหมาะสม ซึ่งประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ขอบเขตของรูปแบบ 2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบ 3) องค์ประกอบด้านนโยบาย และยุทธศาสตร์ 4) องค์ประกอบด้านกระบวนการ และแนวทางการดำเนินงาน 5) องค์ประกอบด้านกลไกการติดต่อประสานงาน 6) องค์ประกอบด้านการติดตามประเมินผล ซึ่งองค์ประกอบดังกล่าวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานด้านการควบคุมป้องกันโรคติดต่อนำโดยแมลงประสบผลสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปนัดดา กลกลาง[7] ที่ได้ทำการศึกษารูปแบบการประสานงานที่มีประสิทธิผล โดยผลการศึกษาพบว่าการประสานงานที่มีประสิทธิผล ประกอบด้วยด้านความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกันของทุกฝ่าย ด้านจังหวะเวลาในการประสานงานจะต้องปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละคน ตามกำหนดเวลาที่

ได้วางแผนไว้ ด้านความสอดคล้องในการทำงาน ระบบการสื่อสารจะต้องมีการสื่อสาร การติดต่อประสานงานเพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันอย่างรวดเร็ว และราบรื่น และด้านผู้ประสานงานจะต้องประสานทุกฝ่ายเข้าร่วมทำงานเพื่อตรงไปสู่จุดหมายเดียวกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของจิระวัตร วิเศษสังข์[8] ที่ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยผลการศึกษาพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การกำหนดนโยบายการดำเนินงาน การบริหารจัดการด้านงบประมาณ การบริหารจัดการด้านกำลังคน รวมไปถึงการวางแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก และสอดคล้องกับการศึกษาของ พันธ์ฉวี สุขบัติ และประยุทธ์ ศรีสำราญ[9] ที่ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่ายหลังถ่ายโอน สอน./โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร ผลการศึกษาพบว่าองค์ประกอบของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การวางแผน การจัดองค์กร การจัดคนเข้าทำงาน การอำนวยการ การประสานงาน การรายงานผลการดำเนินงาน และงบประมาณในการดำเนินงาน

ผลการทดสอบความเหมาะสมของรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านทั้ง ด้านความเหมาะสมกับการดำเนินงาน มีด้านความมีประโยชน์ ด้านความถูกต้อง และด้านความเป็นไปได้ ทุกด้านอยู่ในระดับสูง เนื่องมาจากรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่พัฒนาขึ้นมีกระบวนการพัฒนาตามแนวทางวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) และกลุ่มผู้ที่เข้ามาร่วมพัฒนาเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการปฏิบัติงานโดยตรง ทำให้ทราบถึงบริบท ปัญหาที่เกิดขึ้น และมีการวางแนวทางในรูปแบบการดำเนินงานที่มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติงานให้สำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพงศกร ตันติวรางกูร[10] ที่ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอลี้ ในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน โดยผลการศึกษาพบว่าผลจากการประเมินความรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ดังนั้นรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ดำเนินงานในพื้นที่ได้อย่างมีความเหมาะสม

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1. ควรมีการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในพื้นที่จริง และมีการประเมินผลที่เกิดจากการทดลองใช้รูปแบบ

2. จากผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่พัฒนาขึ้นในประเด็นความเป็นไปได้ในการดำเนินงานมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ควรมีการสร้างความเชื่อมั่น และสร้างความมั่นใจให้หน่วยงานในระดับบริการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มเติมการศึกษาโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมกันพัฒนาแผนการป้องกันควบคุมโรค เพื่อที่ส่งผลให้เป็นแผนฯที่สมบูรณ์ และสอดคล้องกับชุมชนและมีประชาชนในชุมชนที่มีบทบาทหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบแผนร่วมกัน จะส่งผลให้การป้องกันควบคุมโรค มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. (2566). สถานการณ์การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 10. เอกสารประกอบการนำเสนอการประชุมคณะกรรมการบริหาร.

2. กองโรคติดต่อนำโดยแมลง. (2566). แผนปฏิบัติการจัดการโรคติดต่อนำโดยแมลงระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ภายใต้กรอบยุทธศาสตร์การจัดการโรคติดต่อนำโดยแมลง พ.ศ. 2566 – 2575. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
3. Bloom,Benjamin S.,et al. (1971). Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company.
4. สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. (2566). แผนการกระจายอำนาจ. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2566. แหล่งข้อมูลจาก : https://odloc.go.th/plan/.
5. ปนิตา ธีรสฤษกุล และคณะ. (2561). การประเมินผลการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 3. วารสารศูนย์การศึกษาแพทนศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 35 (2), 203 – 213.
6. จรวยพร ศรีศลักษณ์. (2560). สรุปบทเรียนการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. เอกสารประกอบการบรรยาย. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2567. แหล่งข้อมูลจาก : https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4798/research-health-center%20-Jaruayporn.pdf?sequence=1
7. ปนัดดา กลกลาง. (2564). การประสานงานที่มีประสิทธิผล กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลท่าตอ อำเภอมหาราช จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารโครงการทวิปริญญาทางรัฐประศาสนศาสตร์ และบริหารธุรกิจ. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2567. แหล่งข้อมูลจาก : http://www.mpa-mba.ru.ac.th/images/Project/treatise_lopburi01_02082021/6124952474.pdf.
8. จิระวัตร วิเศษสังข์. (2565). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอเมืองจันทร์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 7 (1), 86 – 96.
9. พันธ์ฉวี สุขบัติ และประยุทธ์ ศรีสำราญ. (2566). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่ายหลังถ่ายโอน สอน./โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร. วารสารสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมศึกษา. 8 (3), 705 – 715.
10. พงศกร ตันติวรางกูร. (2566). การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอลี้ในพื้นที่ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข. 3 (3), 62 – 76.

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอสไอวี/เอดส์ ร่วมโรควัณโรคเยื่อหุ้มปอด

A comparison of nursing care :case study pleural tuberculosis patient in HIV/AIDS.

(Received: June 14,2024 ; Revised: June 24,2024 ; Accepted: June 25,2024)

กุลจิรา ยืนยงค์[1]
Kuljira Yuenyong[1]

บทคัดย่อ

การเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอสไอวี/เอดส์ ร่วมโรควัณโรคเยื่อหุ้มปอด มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ร่วมโรควัณโรคเยื่อหุ้มปอดโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ร่วมโรคผู้ป่วยเอดส์ร่วมโรควัณโรคเยื่อหุ้มปอด ศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วย(ประวัติติดเชื้อเอชไอวีมาและเคยรักษาวัณโรคปอดมาก่อนป่วยเป็นวัณโรคเยื่อหุ้มปอดรับการรักษา เริ่มยาต้านไวรัสตั้งแต่รักษาวัณโรคปอดปี พ.ศ 2560 แต่ผู้ป่วยมารับการรักษาไม่ต่อเนื่องขาดยาต้านไวรัส 2 ปี) มาโรงพยาบาลด้วยอาการ หายใจเหนื่อย มีไข้ อ่อนเพลีย เจ็บหน้าอกขวาเวลาหายใจเข้าแพทย์ทำการตรวจรักษาและวินิจฉัยโรคให้ยารักษาและนัดติดตามอาการจนอาการคงที่ จึงขอไปรับการรักษาตามสิทธิประกันสุขภาพ ได้การประสานงานกับโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยมีสิทธิประกันสุขภาพ และส่งตัวไปเพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยมาด้วยอาการ ง่าย มีไข้ อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อย เวลาหายใจเข้าเจ็บหน้าอกและชายโครง ผู้ป่วยทราบผลเลือดเอชไอวี Positive หลังจากตรวจพบว่าเป็นวัณโรคเยื่อหุ้มปอด แพทย์ทำการตรวจรักษาและวินิจฉัยโรคให้ยารักษาและนัดติดตามอาการ ต่อมาผู้ป่วยพบว่าเป็น Ovarian tumor ทำการส่งต่อรักษาสถาบันมะเร็งต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยวัณโรคเยื่อหุ้มปอดในผู้ป่วยเอดส์

Abstract

This case study of two patients aims to provide nursing guidelines for individuals with HIV/AIDS co-infected with pleural tuberculosis. By applying nursing theories and practices for patients with AIDS and pleural tuberculosis, the study compares the cases of two patients..

The results of the study found that: A Case study number 1, a patient (with a history of HIV infection and who had been treated for pulmonary tuberculosis before), was sick with pleural tuberculosis and received treatment. Started antiretroviral medication since treating pulmonary tuberculosis in 2017, but the patient came for treatment intermittently, missing antiretroviral medication for 2 years.) Came to the hospital with symptoms of shortness of breath, fever, fatigue, right chest pain when breathing in. Doctors examine, treat and diagnose disease. Give medication and make follow-up appointments until symptoms are stable. Therefore requested to receive treatment according to health insurance rights. Coordinate with hospitals where patients have health insurance rights. and sent for continued treatment A Case study 2: The patient presented with simple symptoms: fever, fatigue, shortness of breath, chest and rib pain when breathing in. The patient found out his HIV blood test was positive after being diagnosed with pleural tuberculosis. The doctor examines, treats and diagnoses the disease, gives medication and makes follow-up appointments. Later, the patient was found to have an Ovarian tumor and was transferred for further treatment to a cancer institute.

Keyword: Pleural tuberculosis patients in AIDS patients

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สำคัญและยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก เป็นสาเหตุของการป่วยและการตายในหลายๆประเทศทั่วโลก สาเหตุที่ทำให้วัณโรคกลับมาระบาดใหม่ เนื่องจากการแพร่ระบาดของเอดส์เพิ่มขึ้น ความยากจน การอพยพย้ายถิ่นและแรงงานเคลื่อนย้าย ตลอดจนการละเลยปัญหาวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับต่างๆ ส่งผลให้การแพร่ระบาดของวัณโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น และวัณโรคจึงเป็นสาเหตุการป่วยและการตายในหลายๆ ประเทศ โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือผู้ป่วยเอดส์ เป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพราะร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี ซึ่งจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว) THelperCell) ที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรคทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลง และติดเชื้อโรคฉวยโอกาส(Opportunistic Infection) ได้ง่ายขึ้น เมื่อได้รับเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกายจะมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคสูงมากกว่าคนปกติ โดยคนปกติจะมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคร้อยละ 10.00-6.00 ตลอดช่วงชีวิต ขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคสูงถึงร้อยละ5.00-10.00 ต่อปี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยมีโอกาสป่วยด้วยวัณโรคสูงกว่าผู้ไม่ติดเชื้อ 31-26 เท่า ทั้งนี้เชื้อวัณโรคจะกระตุ้นภูมิคุ้มกันของร่างกายเพื่อต่อสู้กับเชื้อโรค แต่ผลเสียกลับทำให้เกิดการแบ่งตัวของเชื้อเอชไอวีและส่งผลทำให้วัณโรคเกิดการลุกลามและรุนแรง อีกทั้งยังส่งผลให้เกิดวัณโรคดื้อยาเนื่องจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และยารักษาวัณโรคไปพร้อม ๆ กันผู้ป่วยต้องรับประทานยาหลายอย่างอาจทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบมีโอกาสเกิดวัณโรคดื้อยาได้ จากการรวบรวมผลการดำเนินงานวัณโรคจากหน่วยบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยวัณโรคทั่วประเทศปีงบประมาณ พ.ศ)2566 .ข้อมูล วันที่ 15 ธันวาคม2566)จำนวน1 , 204แห่ง พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำทั้งคนไทยและไม่ใช่คนไทย ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน78 , 955ราย ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคช่วงอายุตั้งแต่ 65 ปี มีมากที่สุด จำนวน 21, 761ราย คิดเป็นร้อยละ27.7

โดยผู้ป่วยวัณโรคเป็นเพศชายประมาณ 2 เท่า เมื่อเทียบกับเพศหญิง) ชาย53 , 849ราย , หญิง 25,106ราย (ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มดังกล่าวมีเชื้อเอชไอวี จำนวน5 , 467ราย) ร้อยละ (8.2 ส่วนอัตราผลสำเร็จของรักษาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นรักษา พ.ศ) 2565 .เป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาสามารถนำประเมินผลการรักษาได้ (พบว่ามีอัตรการความสำเร็จ ในการรักษา ร้อยละ 79.8 สาเหตุหลักที่ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการรักษามาจากเสียชีวิต ร้อยละ 9.8 และ ขาดยา ร้อยละ 5.6 ในการส่วนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา พ.ศ 2566 .มีการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคยาMDR/RR-TB 886ราย Pre XDR-TB 56ราย และ XDR-TB 6ราย สถานการณ์วัณโรคในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง โดยพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ จำนวน 87,759 ราย ในปี 2562 ลดลงเหลือ จำนวน 29,421 ราย ในปี 2566

ข้อมูลการเข้ารับบริการคลินิกวัณโรค สถาบันบำราศนราดูร ในปี 2564 พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรคที่มีเชื้อเอชไอวี 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.50 ปี2565พบมีผู้ป่วยวัณโรคที่มีเชื้อเอชไอวี 27รายคิดเป็นร้อยละ 27 และ ปี 2566 พบมีผู้ป่วยวัณโรคที่มีเชื้อเอชไอวี 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.80 ผู้ศึกษาเห็นความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ร่วมโรคผู้ป่วยเอดส์ร่วมโรควัณโรคเยื่อหุ้มปอด ศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

เยื่อหุ้มปอด ต้องมีการประเมิน วางแผนการพยาบาลตั้งแต่แรกรับ วินิจฉัย ปฏิบัติการพยาบาล และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน ตลอดจน ให้ความรู้ คำแนะนำ

เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองได้ถูกต้องและร่วมวางแผนการดูแลตนเองตั้งแต่เริ่มรับประทานยารักษา

วัณโรคร่วมกับการรักษาโรคเอดส์ รวมถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการรักษา เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยารักษาวัณโรคเยื่อหุ้มปอด อย่างต่อเนื่อง ป้องกันการเกิดการดื้อยาของเชื้อ วัณโรคเยื่อหุ้มปอดและสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ร่วมโรควัณโรคเยื่อหุ้มปอดโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาล

วิธีการศึกษา

ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคเยื่อหุ้มปอดในผู้ป่วยเอดส์: กรณีศึกษา 2 ราย

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคเยื่อหุ้มปอดในผู้ป่วยเอดส์ :กรณีศึกษา 2 ราย

รายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 42 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพ ค้าขาย การศึกษาระดับอนุปริญญา ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาท) 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการ หายใจเหนื่อย มีไข้ อ่อนเพลีย เจ็บหน้าอกขวาเวลาหายใจเข้า แพทย์ทำการตรวจรักษาและวินิจฉัยโรค ให้ยารักษาและนัดติดตามอาการ

รายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 49 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาปริญญาตรี สถานภาพ สมรส อาชีพรับจ้าง ใช้สิทธิประกันสังคม 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมาด้วยอาการ หายใจเหนื่อยง่าย มีไข้ อ่อนเพลีย หายใจเจ็บหน้าอกและชายโครง แพทย์ทำการตรวจรักษาและวินิจฉัยโรค ให้ยารักษาและนัดติดตามอาการ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลพื้นฐาน	รายที่ 1	รายที่ 2
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	42 ปี	49 ปี
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการ หายใจเหนื่อย มีไข้ อ่อนเพลีย เจ็บหน้าอกขวาเวลาหายใจเข้า	2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการ หายใจเหนื่อยง่าย มีไข้ อ่อนเพลีย หายใจเจ็บหน้าอกและชายโครง
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	มีอาการไข้ ไอ เจ็บหน้าอกเวลาหายใจเข้า ไอ อุณหภูมิ 37 ความดันโลหิต 205/106 mmHg ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที หายใจ24 ครั้ง/นาที ออกซิเจนในเลือด 96% แพทย์ CXR : Progression of right plerual effusion on	มีอาการ หายใจเหนื่อยง่าย มีไข้ อ่อนเพลีย หายใจเจ็บหน้าอกและชายโครง อุณหภูมิ 36.4 ความดันโลหิต96/63 mmHg ชีพจร114 ครั้งต่อนาที หายใจ24ครั้ง/นาที ออกซิเจนในเลือด 95 - 96% น้ำหนัก 42.4กิโลกรัม
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปี พ.ศ 2560 เคยป่วยเป็นวัณโรคปอดและทราบผลตรวจเลือดเอชไอวีPositive เริ่มรับยาต้านไวรัสวันที่ 27 มิถุนายน 2560 (Treevir 1 tab ทุก24 ชั่วโมง) และได้ยาป้องกันเชื้อฉวยโอกาส(Bactrim 1 tap วันละ1ครั้ง) - Fluconazole (200mg) 2cap สัปดาห์ละครั้ง) ขาดการรักษาประมาณ 2 ปี	ทราบผลตรวจเลือดเอชไอวีPositive วันที่ 27 ธันวาคม 2564 (Teevir 1เม็ด วันละ1 ครั้ง ก่อนนอน) ไม่มีประวัติเป็นวัณโรคปอด เคยติดเชื้อ Covid – 19 2 ครั้ง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลพื้นฐาน	รายที่ 1	รายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	มารดาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง	มารดาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน
ประวัติการแพ้ยาและอาหาร	มีประวัติแพ้ยา Ciprofloxacin	ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร
อาการแรกรับ	รู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อย มีไข้ ไอ อ่อนเพลีย เจ็บชายหน้าอกขวา สัญญาณชีพแรกรับ T=36.7 ℃ P=97 b/min RR=22 b/min BP=150/91mm.Hg น้ำหนัก 60.5กิโลกรัม	รู้สึกตัวดี เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย สัญญาณชีพแรกรับ T=36.4 ℃ P=98 b/min RR=20 b/min BP=189/99 mm.Hg
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	CD_4 =119)5%(VL <20(<1.30)copies/ml	CD_4 =210)10%(VL <20(<1.30)copies/ml
ผลการตรวจทางห้องรังสีเอกเรย์	CXR : Progression of right plerual effusion, with cannot exclude RLLconsolidation/mass lesion.Still seen reticulopatchy opacities in right middle lung zone, possible prior subsegmental atalectasis +/- consolidation. Slightly incresed hazy with thickening lung markings in visualized right lung and left lung,	CXR : Findings in both lung,suspicious for infectious/inflammatory - Developed moderate right pleural effusion , minimal left pleural effusion.
การวินิจฉัยโรค	AIDS with tuberculous pleural	AIDS with tuberculous pleural with Ovarian Tumor
การรักษา	แพทย์ได้เจาะปอด ส่งน้ำในช่องปอดตรวจ	แพทย์ได้เจาะปอด ส่งน้ำในช่องปอดตรวจ
สูตรยาที่ได้รับ	1) Isoniazid 100 มิลลิกรัม 3 เม็ดก่อนนอน 2) Rifampicin 600 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนนอน 3) Pyrazinamide 500 มิลลิกรัม 3เม็ด ก่อนนอน 4) Ethambutol 400มิลลิกรัม 2 เม็ด ก่อนนอน 5) Vitamin B6 50 มิลลิกรัม 1 เม็ด	1) Isoniazid 100 มิลลิกรัม 3 เม็ด ก่อนนอน 2) Rifampicin 300 มิลลิกรัม 2 เม็ดก่อนนอน 3) Pyrazinamide500 มิลลิกรัม 2 เม็ดก่อนนอน 4) Ethambutol 450มิลลิกรัม 1 เม็ด ก่อนนอน 5) Vitamin B6 50 มิลลิกรัม 1 เม็ด ก่อนนอน 6)Teevir 1เม็ด วันละ1 ครั้ง ก่อนนอนตรงเวลาทุกวัน

จากการเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษา 2 ราย พบว่ากรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้หญิงวัยกลางคน มีประวัติทราบผลเลือดเอชไอวีปี 2560 ประวัติการขาดการรักษาเรื่องเอชไอวี 2 ปี ปัจจุบันผล CD_4 =119)5%(และเคยป่วยเป็นวัณโรคปอด การวินิจฉัย AIDS with tuberculous pleural ได้รับการเจาะเอาน้ำในช่องหุ้มปอดไปตรวจและรับการรักษาด้วยยาวัณโรค แก้ไขปัญหาอาการที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอาการดีขึ้น รวมถึงเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีใหม่ จนอาการคงที่ ผู้ป่วยขอกลับไปรับการรักษาตามสิทธิ์การรักษาของผู้ป่วย รายที่ 2 เป็นผู้หญิงวัยกลางคน ทราบผลเลือดเอชไอวีเมื่อมาตรวจพบว่าเป็นวัณโรคเยื่อหุ้มปอด มาตรวจติดตามการรักษาตามแพทย์นัด มีอาการผิดปกติเพิ่มคืออาการปวดท้องแพทย์ส่งทำCT Whole Abdomenและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่ม การวินิจฉัย AIDS with tuberculous pleural with Ovarian Tumor แพทย์ได้ให้การรักษาตามมาตรฐานและรับประทานยารักษาวัณโรคครบ และมารับการรักษาต่อเนื่องสำรับเรื่อง Ovarian tumor ทำการส่งต่อรักษาสถาบันมะเร็งต่อไป

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบแผนสุขภาพกอร์ดอนของกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	รายที่ 1	รายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลตนเอง เรื่องโรคที่เป็นและการรับประทานยา - ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง - มีโอกาสดื้อยาวัณโรคจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ	มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและการรับประทานยา - ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยเนื่องจากมีผลข้างเคียงของยารักษาวัณโรค	มีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย เนื่องจากมีผลข้างเคียงของยารักษาวัณโรค
3. การขับถ่าย	- ขับถ่ายอุจจาระได้ทุกวัน - ปัสสาวะวันละ4-5 ครั้งต่อวัน ไม่พบปัญหาทางการพยาบาล	- ขับถ่ายอุจจาระได้ทุกวัน - ปัสสาวะวันละ4-5 ครั้งต่อวัน ไม่พบปัญหาทางการพยาบาล
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย	ช่วยเหลือตนเองทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่ไม่ได้ออกกำลังกายเพราะเหนื่อยง่ายหายใจเข้าเจ็บหน้าอกขวา	ช่วยเหลือตนเองทำกิจวัตรประจำวันได้ ออกกำลังกายด้วยการเดินเป็นบางครั้งแต่เดินไกลๆจะเหนื่อยง่าย
5.การพักผ่อนนอนหลับ	ไม่สุขสบายเนื่องจากคลื่นไส้อาเจียน	ไม่สุขสบายเนื่องจากคลื่นไส้อาเจียน
6. สติปัญญาและการรับรู้	รู้สึกตัวดีให้ความร่วมมือกับแผนการรักษาเข้าใจการสื่อสาร - ไม่พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล	รู้สึกตัวดีให้ความร่วมมือกับแผนการรักษาเข้าใจการสื่อสาร - ไม่พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล
7. การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	รับรู้เรื่องโรควัณโรคเยื่อหุ้มปอด มาติดตามการรักษาตามแพทย์นัด และขอไปติดตามการรักษาตามสิทธิ์การรักษาของตนเอง	รับรู้เรื่องโรควัณโรคเยื่อหุ้มปอดและผลเลือดเอชไอวี มาติดตามการรักษาตามแพทย์นัด - ไม่พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี - ไม่พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล	สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี - ไม่พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล
9. เพศและการเจริญพันธุ์	แสดงออกทางเพศหญิงอย่างเหมาะสม สถานะโสด - ไม่พบปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	แสดงออกทางเพศหญิงอย่างเหมาะสม แต่งงาน มีบุตร - ไม่พบปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
10.การเผชิญความ เครียดและทนต่อความเครียด	วิตกกังวลเรื่องการสิทธิ์การรักษาเนื่องจากมีรายได้น้อย	-วิตกกังวลเรื่องผลเลือดเอชไอวีเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค
11. คุณค่าและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ ไม่พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล	นับถือศาสนาพุทธ ไม่พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล

จากการเปรียบเทียบข้อมูลวินิจฉัยการพยาบาล 11 แบบแผนของ Gordon กับกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าวินิจฉัยการพยาบาล ตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยแต่ละราย โดยกรณีศึกษารายที่ 1 ตรวจพบว่าเป็นวัณโรคเยื่อหุ้มปอดและมีประวัติเคยป่วยเป็นวัณโรคปอด แพทย์ทำการเจาะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดไปตรวจ เตรียมจะให้นอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยขอนัดติดตามอาการ โดยภายหลังผู้ป่วยขอกลับไปรักษาโรงพยาบาลตามสิทธิ์ของตนเอง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ทราบผลการตรวจเลือดเอชไอวีหลังจากตรวจพบว่าเป็นวัณโรคเยื่อหุ้มปอด มีความกังวลเกี่ยวกับผลเลือดเอชไอวี มาติดตามอาการตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล	การวิเคราะห์
ระยะก่อนการตรวจรักษา กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินสัญญาณชีพ และ ระดับออกซิเจน(oxygen saturation on room air) 2.ประเมินอาการไอ อาการหายใจหอบเหนื่อย 3.ประเมินสภาพอาการผู้ป่วยเบื้องต้น จัดลำดับความรุนแรงของการเข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและปลอดภัย 4.อธิบายและแนะนำผู้ป่วยให้แจ้งอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น แก่ เจ้าหน้าที่ เช่น ตัวตาเหลือง ปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่ามัว คลื่นไส้ อาเจียนเป็นต้น	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการพยาบาลระยะก่อนการตรวจรักษาอย่างครอบคลุมเป้าหมายคือผู้ป่วยปลอดภัย พยาบาลมีความสำคัญในการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและตามมาตรฐานประเด็นการพยาบาลระยะก่อนการตรวจรักษา
ระยะขณะตรวจรักษา กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการตรวจรักษาตามลำดับความรุนแรง 2. ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารให้ตรงกับผู้ป่วย เช่น เวชระเบียน ผลการตรวจต่างๆ เป็นต้น 3. เฝ้าระวังอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในขณะตรวจรักษา .4เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย เพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจรักษาและเรื่องที่เกี่ยวข้อง	ประเด็นการพยาบาลระยะขณะตรวจรักษา ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการพยาบาลขณะตรวจรักษา เป้าหมายคือผู้ป่วยปลอดภัยขณะตรวจรักษา และแพทย์ให้การรักษาตามนัดพยาบาลมีความสำคัญในการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและตามมาตรฐานมีการเฝ้าระวังและประเมินอาการของผู้ป่วย ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในขณะตรวจรักษา
หลังการตรวจรักษา กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินการรับประทานยาวัณโรคให้ครบตามแผนการรักษาและตรวจสอบยาเหลือทุกครั้ง 2. แนะนำวิธีการปฏิบัติตนเองควบคุมและลดการแพร่กระจายเชื้อโดยสวมหน้ากากอนามัยล้างมือบ่อยๆ 3. แนะนำให้นอนศีรษะสูงเพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ปอดขยายตัวได้เต็มที่เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ 4. สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพลดการคั่งค้างของเสมหะที่ปอดทำให้ปอดขยายตัวเพิ่มขึ้น 5. สอน/สาธิตให้หายใจเข้าออกลึกๆ ช้าๆ ส่งเสริมให้ถุงลมปอดขยายตัวได้เต็มที่ แลกเปลี่ยนก๊าซได้ดี ขึ้น และแนะนำให้หายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม 6. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการเหนื่อย เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเมื่อได้รับการรักษาอาการ เหนื่อยดังกล่าวจะดีขึ้นการเหนื่อยจะลดลง	ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับความปลอดภัย
ระยะติดตามเยี่ยม กิจกรรมการพยาบาล 1.เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย วางแผน การรักษาพยาบาล 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ การรับประทานยาที่ถูกต้อง ต่อเนื่อง ตรงเวลา และ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ 3. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคเอดส์ วัณโรค การ ติดต่อ การป้องกัน เพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวล เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่าง	ผู้ป่วยเข้าใจคำแนะนำสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง การแก้ไขปัญหาสุขภาพ บอกอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ได้ และการมาตรวจตามนัด

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล	การวิเคราะห์
มีความสุขตาม อัตภาพ เพื่อการดูแลตนเองที่บ้านได้ และ ประเมินความรู้ความเข้าใจและความเชื่อเกี่ยวกับวัณโรคเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีในการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจและความเชื่อเกี่ยวกับวัณโรคที่ถูกต้อง 4. ให้ความรู้เกี่ยวกับระยะเวลาใน การรับประทานยารักษาวัณโรคและยาต้านไวรัส การรับประทานยา ที่ถูกต้อง ต่อเนื่อง ตรงเวลา และแนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ และประเมินความพร้อมในการรับยาต้านไวรัสอย่างรอบด้าน เช่น เวลารับประทานยา การจัดการเมื่อลืมกินยาการจัดการเมื่อไม่สามารถมารับบริการได้ ส่งพบเภสัชเพื่อให้เภสัชให้ข้อมูลเรื่องวิธีการทานยา 5.ประเมินความวิตกกังวลและท่าทีต่าง ๆที่แสดงออกของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วย พร้อมทั้งเปิด โอกาสให้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ รวมทั้งยอมรับท่าทีและปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความวิตกกังวลนั้น 6.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาเกี่ยว กับการเจ็บป่วย ตอบข้อซักถามด้วยวาจาที่นุ่มนวล สุภาพ เพื่อคลายความวิตกกังวล 7.ช่วยเหลือแนะนำแหล่งสนับสนุนที่สามารถให้การช่วยเหลือ ผู้ป่วยและญาติได้ เช่น สิทธิในการรักษา .8ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับวิธีป้องกันการแพร่เชื้อและการรับ เชื้อเอชไอวีเพิ่ม การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยการใช้ถุงยาง อนามัยทุกครั้งเวลามีเพศสัมพันธ์	

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วย(ประวัติติดเชื้อเอชไอวีมาและเคยรักษาวัณโรคปอดมาก่อนป่วยเป็นวัณโรคเยื่อหุ้มปอดรับการรักษา เริ่มยาต้านไวรัสตั้งแต่รักษาวัณโรคปอดปี พ.ศ 2560 แต่ผู้ป่วยมารับการรักษาไม่ต่อเนื่องขาดยาต้านไวรัส 2 ปี) มาโรงพยาบาลด้วยอาการ หายใจเหนื่อย มีไข้ อ่อนเพลีย เจ็บหน้าอกขวาเวลาหายใจเข้า แพทย์ทำการตรวจรักษาและวินิจฉัยโรค ให้ยารักษาและนัดติดตามอาการจนอาการคงที่ จึงขอไปรับการรักษาตามสิทธิประกันสุขภาพ ได้การประสานงานกับโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยมีสิทธิประกันสุขภาพ และส่งตัวไปเพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยมาด้วยอาการ ง่าย มีไข้อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อย เวลาหายใจเข้าเจ็บหน้าอกและชายโครง ผู้ป่วยทราบผลเลือดเอชไอวี Positive หลังจากตรวจพบว่าเป็นวัณโรคเยื่อหุ้มปอด แพทย์ทำการตรวจรักษาและวินิจฉัยโรคให้ยารักษาและนัดติดตามอาการ ต่อมาผู้ป่วยพบว่าเป็น Ovarian tumor ทำการส่งต่อรักษาสถาบันมะเร็งต่อไป

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยวัณโรคเยื่อหุ้มปอดในผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งวัณโรคเยื่อหุ้มปอดเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบได้ในผู้ป่วยเอดส์ พบว่ามีความยุ่งยากซับซ้อนในการพยาบาล ต้องใช้กระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งองค์รวม ค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอ การขาดการรักษาพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงผลักดันการเปลี่ยนแปลงให้

ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม และการสนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการกระตุ้น ให้กำลังใจผู้ป่วยในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการตนเอง ให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไป ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นบทบาทของพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ คือ การให้ความรู้ การให้คำแนะนำ การเป็นที่ปรึกษาและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาแล้วยังเป็น ผู้ประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและ เคารพสิทธิ์ของผู้ป่วยเพื่อความร่วมมือในการรักษา และคงสถานการณ์รักษาต่อเนื่องซึ่งต้องการความรู้ ทัศนคติและทักษะในวิชาชีพพยาบาลทั้งในเชิงกว้างและเชิงลึกเพื่อสามารถให้การดูแลทางการพยาบาลได้ อย่างครอบคลุมถูกต้องและได้รับความศรัทธา ไว้วางใจจากผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญยิ่งในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

เอกสารอ้างอิง

1.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2561). แนวทางการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทย Clinical practice guideline (CPG) of tuberculosis treatment in Thailand. นนทบุรี.

2.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข .(2548). แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ .พิมพ์ครั้งที่) .1 ฉบับปรับปรุง (กรุงเทพฯ :โรงพิมพ์สำนักงานพุทธศาสนาแห่งชาติ.

3.กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). ผลการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ .]ออนไลน์ [2564 [อ้างเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2564]. จาก https://hivhub.ddc.moph.go.th/index.php

4.คณิสร แก้วแดง, สุมาลี ราชนิยม.(2558). พยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม .วารสารวิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้าจันทบุรี 2558; 26(ฉบับเพิ่มเติม :(128-135.

5.มัตติกา ใจจันทร์, วันทนา มณีศรีวงศ์กูล, พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์.(2558). ความสัมพันธ์ของลักษณะส่วนบุคคล อุปสรรคในการเข้าถึงบริการและการรับรู้ตราบาป กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี .วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 26(2): 78-92.

6.ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, รัตติยา ทองอ่อน, เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร, บุญรอด ดอนประเพ็ง, ดวงใจ บุญคง, พัชนี สมกำลัง, และคณะ.(2556). กลยุทธ์ในการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอช ไอวี: การทบทวนวรรณกรรม .วารสาร มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 5(3): 13-24

7.ลัดดา พลพุทธา.(2558). การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี .วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 21(1): 136-150.

8.สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค .แนวทางการตรวจรักษาและป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย พ.ศ.2560. นนทบุรี :โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2560. 24

9.สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2561). แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ .2561(National Tuberculosis control programme Guidelines), Thailand, 2018. กรุงเทพฯ.

10.สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). ชุดความรู้การดูแลรักษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้โดยตรง.นนทบุรี : บริษัทบียอน พับลิชชิ่ง จำกัด.

11.สุพัตรา คงปลอด, พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์, อรสา พันธ์ภักดี, และคณะ.(2558). การรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อฉวยโอกาส .วารสารรามาธิบดีพยาบาลสาร. 21(1): 38-51.

การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดและมีภาวะช็อคจากการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก: กรณีศึกษา
Nursing care of premature mothers with shock due to early postpartum hemorrhage: case study

(Received: May 25,2024 ; Revised: May 28,2024 ; Accepted: May 29,2024)

ภีมวัชร์ จันทร์ช่างทอง[1]
Peemawat Chanchangthong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงคเพื่อศึกษาสาเหตุการคลอดก่อนกำหนดและการดำเนินของภาวะตกเลือดหลังคลอด ผลกระทบตอมารดาทารกการรักษาพยาบาลในรายกรณีและนำผลการศึกษามาใชเปนองคความรูในการดูแลรักษาพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ผลการศึกษากรณีตัวอยาง 1 รายโดยศึกษาที่งานห้องคลอด โรงพยาบาลคอนสาร ประวัติการตั้งครรภและการคลอดมารดาตั้งครรภครั้งแรก(G1P0A0L0)อายุ16 ปีประจำเดือนครั้งสุดท่าย จำไมไดประมาณตนเดือนธันวาคม 2565 ไม่ได้รับการฝากครรภ์ ไม่ระบุตัวสามีจากผล ultrasoundอายุครรภประมาณ 32 สัปดาห์ ผลการตรวจเลือด Hct: 27.5 % VDRL: Non-reactive, HbsAg: Negative, HIV: Negative, Blood group: AB มาด่วยอาการเจ็บครรภคลอดมีเลือดออกทางช่องคลอดจำนวนมากกอนมาโรงพยาบาล4ชั่วโมง สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท ร้องเจ็บครรภ์ท่าทางกังวล ให้ 0.9 % NSS 1000 ml. Free Flow 500 ml. ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 9 cm effacement 100% ย้ายเข้าทำคลอด คลอด NL,2 degree tear ทารกเพศชาย นน.1,235 กรัม Active ดี Apgar score ที่ 1,5 นาที=9,10 หลังรกคลอดมีเลือดออกจากชองคลอดลักษณะ active bleeding รกคลอดครบได้รับการรักษา Oxytocin 20 unit ใน 5% D/NSS 1000 ml.หยดเขาเสนเลือดดำ 100 มิลิลิตร/ชั่วโมง, Methergin 1 amp. ฉีดเขากลามเนื้อ คลึงมดลูกตลอดเวลา เลือดหยุดภายใน 3 นาที ประมาณการการสูญเสียเลือด 600 มิลลิลิตร สัญญาณชีพวัดอุณหภูมิได้ 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเตน ของชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/50 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้ RLS 1000 ml. Free Flow 500 ml. และ ให้ PRC 2 unit แพทย์พิจารณาส่งต่อเพื่อพบสูติแพทย์โรงพยาบาลชัยภูมิพร้อมทารกที่มีปัญหาคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อย

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้คลอด,การคลอดก่อนกำหนด,ภาวะตกเลือดหลังคลอด

Abstract

The objective of this case study is to research the cause of preterm delivery and postpartum hemorrhage processing which effect to both mother and infant. The nursing care in each patient and take the results to be a body of knowledge of nursing care for a patient with postpartum hemorrhage. The result of case study from labor room at Konsarn hospital, the patient's obstetrics history; 16 year old woman primigravidarum (G1P0A0L0), uncertain last menstrual period with no antenatal care. Gestational age 32 weeks from an ultrasound examination. Blood tests show; Hct: 27.5%, VDRL: Non-reactive, HbsAg: negative, blood group: AB. the patient presented with labor pain and a large amount of bleeding per vagina 4 hours before arriving at the hospital. Vital sign first assessment; body temperature 37.2 degree celsius, pulse rate 100 times per minute, respiratory rate 20 times per minute, blood pressure 90/60 mmHg, look anxious, she recieve 0.9% NSS 1000 ml, free flow 500 ml. Per vagina examination; cervical os 9 cm, effacement 100% then refer to labor room for normal labor, 2 degree tear, a boy infant body weight 1,235 gram, good active, Apgar score at 1,5 minutes = 9,10. There are active bleeding per vagina after third stage of labor, then the patient was treated with Oxytocin 20 units in 5% D/NSS 1000 ml intravenous injection 100 ml per hour, Methergin 1 ampule intramuscular injection, uterine massage and the bleeding stop within 3 minutes.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลคอนสาร

Estimated blood loss is 600 ml, vital sign; body temperature 37.2 degree celcius, pulse rate 100 time per minute, respiratory rate 20 time per minute, blood pressure 90/50 mmHg, the physician would like to add the 2nd intravenous fluid for RLS 1000 ml, free flow 500 ml and PRC 2 units, then referred to obstetrics department at Chaiyaphoom hospital along with low weight preterm infant.
Key words: a labor and delivery nurse, preterm delivery, postpartum hemorrhage

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่บุคลากรทางสุขภาพต้องให้ความสนใจ เพราะเป็นสาเหตุที่พบมากเป็นอันดับสองของการรับมารดาไว้ในโรงพยาบาลและยังเป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก โดยเฉพาะภาวะรุนแรงและอันตรายต่อชีวิตมารดา คือ อาการตกเลือดหลังคลอดซึ่งภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะวิกฤติทางสูติศาสตร์และเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของมารดาหลังคลอด การประเมินสาเหตุของการตกเลือดและอาการแสดงของการตกเลือดรวมทั้งการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีเป็นสิ่งที่สำคัญมากที่จะช่วยให้มารดาหลังคลอดไม่เสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด[1] พยาบาลห้องคลอดมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้ผู้คลอดปลอดภัย จึงต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้คลอดทุกระยะของการคลอดเริ่มจากการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดการเฝ้าระวังอาการเตือนของการตกเลือดหลังคลอด[2,3] ให้การพยาบาลตามแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเตรียมความพร้อมของทีม อุปกรณ์ เครื่องมือ ยา รวมทั้งการช่วยแพทย์ทำหัตถการต่างๆ จนถึงการเตรียมส่งต่อในกรณีฉุกเฉินเมื่อพ้นภาวะวิกฤติยังมีบทบาทสำคัญในการเตรียมมารดาหลังคลอดให้สามารถดูแลตนเองและบุตรได้อย่างถูกต้องอันจะส่งผลให้บรรลุเป้าหมาย ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย[4]

การตกเลือดเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการตายของมารดาทั่วโลก อย่างน้อยร้อยละ 24 ของอัตรามารดาตายเกิดจากการตกเลือด องคการอนามัยโลกได้ประเมินว่า ในป ค.ศ. 1995 มีผู้หญิงต้องเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภและคลอดบุตร ซึ่งเรียกว่าการตายของมารดา (Maternal death) ถึง 515,000 ราย สวนใหญ่ ร้อยละ 99 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา มากกว่าครึ่งหนึ่งของการตายมารดาเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง หลังคลอด[1] กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย ได้รายงานสาเหตุการตายของมารดาเกิดจาก การตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งมาตลอด[5] และการคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่บุคลากรทางสุขภาพต้องให้ความสนใจ เพราะเป็นสาเหตุที่พบมากเป็นอันดับสองของการรับมารดาไว้ในโรงพยาบาลและยังเป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกที่ส่งผลอัตรายต่อชีวิต[4,5]

โรงพยาบาลคอนสาร เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด50 เตียง ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ไม่มีห้อง ICU ไม่มีห้องผ่าตัด จากสถิติข้อมูลหน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลคอนสาร ระหว่างปีพ.ศ. 2564 ถึง 2566 มีจำนวน ผู้คลอดทั้งหมด 87 ราย คลอดก่อนกำหนด 4 ราย พบอายุมารดา 16-20 ปี และมีอุบัติการณ์ตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด 4 ราย และได้รับการส่งต่อร้อยละ 100 ไป โรงพยาบาลภูเขียว และโรงพยาบาลชัยภูมิ ซึ่งเป็น โรงพยาบาลแม่ข่ายมีความพร้อมในการดูแลมารดาและทารก ไม่มีมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนดดังนั้น พยาบาลห้องคลอดมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้ผู้คลอดปลอดภัย จึงต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้คลอดทุกระยะของการคลอดเริ่มจากการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดการเฝ้าระวังอาการเตือนของการตกเลือดหลังคลอดให้การพยาบาลตามแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเตรียมความพร้อมของทีม อุปกรณ์ เครื่องมือ ยา รวมทั้งการช่วยแพทย์ทำหัตถการต่างๆจนถึงการเตรียมส่งต่อในกรณีฉุกเฉินเมื่อพ้น

ภาวะวิกฤติยังมีบทบาทสำคัญในการเตรียมมารดาหลังคลอดให้สามารถดูแลตนเองและบุตรได้อย่างถูกต้องอันจะส่งผลให้บรรลุเป้าหมาย ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลผู้ปฏิบัติงานห้องคลอดจึงสนใจศึกษาการพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเพื่อสามารถให้การพยาบาลในระยะวิกฤตของการคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสาเหตุการคลอดก่อนกำหนดและการดำเนินของภาวะตกเลือดหลังคลอด ผลกระทบต่อมารดาทารกและนำผลการศึกษามาใช้เป็นองค์ความรู้ในการดูแลรักษาพยาบาลในมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

กรณีศึกษา เพื่อศึกษาสาเหตุการคลอดก่อนกำหนดและการดำเนินของภาวะตกเลือดหลังคลอด ผลกระทบต่อมารดาทารกและนำผลการศึกษามาใช้เป็นองค์ความรู้ในการดูแลรักษาพยาบาลในมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลผู้คลอด ผู้ป่วยหญิง อายุ 16 ปี สถานภาพสมรส ไม่ระบุ การศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพไม่ได้ทำงาน สิทธิการรักษา บัตรทอง 30 บาท วันที่รับไว้ที่โรงพยาบาลคอนสาร วันที่ 15 สิงหาคม 2566 เวลา 23.50 น.คลอดทางช่องคลอดปกติ เวลา 00.20 น. ทารกเพศ ชาย น้ำหนัก 1,235 กรัม ทารกปกติดี ประเมินเลือดออกจากการคลอด 600 มิลลิลิตร มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด ได้ให้เลือด PRC 2 ยูนิต และทำการส่งต่อ โรงพยาบาลชัยภูมิ พร้อมทารก วันที่ 15 สิงหาคม 2566 เวลา 05.00น.จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลชัยภูมิ วันที่ 17 สิงหาคม 2566 (2วัน) ทารกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลชัยภูมิ 1 เดือนหลังการรักษาไม่พบภาวะแทรกซ้อน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

มีเลือดออกทางช่องคลอด เจ็บบครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้คลอดให้ประวัติปวดหน่วงท้อง ท้องปั้นเหมือนจะคลอด มีก้อนเลือดเป็นลิ่มๆออกจากช่องคลอดจำนวนมากเพลียหน้ามืดเล็กน้อย ญาตินำส่งโรงพยาบาลคอนสารด้วยรถยนต์ส่วนตัว ไม่ได้ฝากครรภ์เนื่องจากท้องไม่พร้อมและไม่ทราบว่าตั้งท้องเนื่องจากผู้คลอดนิสัยแบบผู้ชาย และมีประวัติใช้สารเสพติดยังไม่ได้รับการบำบัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต:ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการผ่าตัด

การประเมินสภาพผู้ป่วย:การตรวจสัญญาณชีพอุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 mmHg. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 %หนัก 56 กิโลกรัม สูง 160 เซนติเมตร (ดัชนีมวลกาย 21.87 kg/M^2 อยู่ในเกณฑ์ปกติ) การตรวจร่างกาย (Physical Examination) การตรวจดูสภาพทั่วๆไป (Head-to-Toe assessment criteria) การตรวจครรภ์และตรวจภายใน: ระดับยอดมดลูก 1/4 ระดับสะดือ ทารกในครรภ์ท่า Left Occiput Anterior (LOA) ส่วนนำเป็นศีรษะ อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 146 ครั้ง/นาที คาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ 2,000 กรัม ตรวจภายในแรกรับปากมดลูกเปิด 9 เซนติเมตร Effacement 100% Station 0 Membrane intactตรวจศีรษะหน้า: ศีรษะรูปร่างปกติ ไม่มีบาดแผล คอคลำไม่พบก้อน ตา: ตามองเห็นชัดเจน เปลือกตาไม่ซีดหู: หูสองข้างสมมาตรกันดีปกติ การได้ยินปกติจมูก รูจมูกสองข้างเท่ากัน จมูกรับกลิ่นได้ปกติ หน้าอก: หน้าอกรูปร่างปกติ การเคลื่อนไหวของหน้าอก

สอดคล้องกับการหายใจเข้าออก แขนขา: แขนขาปกติ

การวินิจฉัยของแพทย์(Final diagnosis)

Teenage pregnancy, Preterm NL,Post-partum hemorrhage with shock

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. ผลการตรวจ Hematology วันที่ 15 สิงหาคม 2566CBC: WBC 18.82 /microliter.: พบมีค่าสูงกว่าปกติ,Hct 27 %: พบมีค่าต่ำกว่าปกติ

2. ผลการตรวจ Clinical chemistry(BUN Cr Elyte: ค่าปกติ)

3. ผลการตรวจ Immonology (HIV, VDRL): พบมีค่าปกติ

การรักษาที่ได้รับ:วันที่ 15 สิงหาคม 2566

In-hospital (LR): 0.9%NSS 1000 ml IV load 1500 ml. DTX =116 mg%
RLS 1000 ml. IV load 500 ml. then 100 ml/hr.Oxytocin 20 unit ใน 5% D/NSS 1000 ml. IV 100 ml /hr, Methergin 1 amp. IM ,PRC 1 unit IV , On O_2 mask with bag 10 lite/min

Referral: RLS 1000 ml. IV 100 ml/hr. PRC 1 unit IV. On O_2 mask with bag 10 lite/min.

สรุปยาและสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับที่โรงพยาบาลคอนสาร

0.9%nss 1000 ml IV load 1500 ml,RLS 1000 ml IV load 1000 ml.,Oxytocin 20 unit ใน 5% D/NSS 1000 ml,Methergin 1 amp. IM, PRC 2 unit IV

สรุปยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลชัยภูมิ

1. Paracetamol 500 mg 1 tab.prn q 4-6 hr. 2. Folic acid 1 tab.tid.pc 3. $Feso_4$ 1 tab.tid.pc

สิ่งที่พบทางคลินิก

มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ตกเลือดหลังคลอดและเริ่มมีภาวะช็อก Total blood loss 600 ml ความดันโลหิต
90/50 mmHg ชีพจร 100 ครั้ง/นาที เหนื่อยเพลีย ได้เลือด PRC ทดแทน 2 ยูนิต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด **ข้อมูลสนับสนุน:** ผู้คลอดปวดท้องมาก ร้องครวญคราง บิดตัวไปมา เมื่อเวลามดลูกหดรัดตัว ปวดท้องมาก ร้าวไปถึงเอว จากการสังเกต เมื่อมดลูกหดรัดตัว ผู้คลอดทำหน้านิ่วคิ้วขมวด กระสับกระส่าย ร้องคราง มดลูกหดรัดตัว Interval 2 นาที 30 วินาที - 3 นาที Duration 40-50 วินาที **วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล:** เพื่อให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม**เกณฑ์การประเมินผล:** ขณะมดลูกหดรัดตัวสามารถเผชิญอาการปวดจากการเจ็บครรภ์ได้ไม่ร้อง เอะอะโวยวาย สามารถผ่อนคลายความเจ็บปวดได้ด้วยตนเอง โดยใช้เทคนิคควบคุมการหายใจ ร่วมกับ การลูบท้อง	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1.พูดคุยและให้กำลังใจผู้คลอด เพื่อให้ผู้คลอดเกิดความไว้วางใจ 2.อธิบายถึงกลไกการ เจ็บครรภ์คลอดและการคลอด ให้ผู้คลอดรับทราบ 3.แนะนำผู้คลอดนอนตะแคงซ้ายเพื่อลดอาการแน่นอึดอัด ป้องกันมดลูกไปกดทับเส้นเลือด Inferior vena cava เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงมดลูก ได้อย่างสะดวก 4. แนะนำวิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้เทคนิคควบคุมการหายใจ โดยการหายใจเข้า ทางจมูกและหายใจออกทางปาก ในขณะที่มดลูกมีการหดรัดตัว ร่วมกับการลูบหน้าท้อง 5. จัดสิ่งแวด ล้อมให้เหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน เพื่อส่งเสริมให้ผู้คลอดได้พักผ่อน ให้ช่วงที่มดลูกคลายตัว 6.ช่วยนวด เบาๆบริเวณหลัง ในขณะที่มดลูกหดรัดตัว เพื่อจะทำให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น 7.ประเมินและบันทึกการหด รัดตัวของมดลูกทุก 1 ชั่วโมง ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ทราบเพื่อให้การดูแลอย่างทันท่วงที **การประเมินผลการพยาบาล:** ผู้คลอดสามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้โดยใช้เทคนิคควบคุมการหาย ใจ มีร้องครางเป็นบางครั้ง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2: ผู้คลอดวิตกกังวลเนื่องจากตั้งครรภ์ไม่พร้อม	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1.สร้างสัมพันธภาพ ให้กำลังใจ ปลอบใจ ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อคลายความ วิตกกังวล2.อธิบายให้ทราบถึงระยะ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน :ผู้คลอดตั้งครรภ์แรก อายุ 16 ปี ไม่พร้อมที่จะมีบุตร เนื่องจากพลาดจากกลุ่มเที่ยวด้วยกัน และผู้คลอดมีนิสัยเป็นแบบผู้ชายซึ่งมีแฟนเป็นผู้หญิงไม่ต้องการตั้งครรภ์อยู่แล้ว **วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล:** 1.เพื่อให้ผู้คลอดมีความมั่นใจในการคลอดและคลายความวิตกกังวล 2. เพื่อให้ผู้คลอดมีความรู้เรื่องกลไกการคลอด และปฏิบัติตัวขณะรอคลอดได้ถูกต้อง **เกณฑ์การประเมินผล**: ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่นขึ้นซักถามเกี่ยวกับการคลอดลดลงปฏิบัติตัวตามคำแนะนำขณะรอคลอดได้ถูกต้อง	ต่างๆของการคลอดกลไกการคลอดและแจ้ง ความก้าวหน้าของการคลอดให้ผู้คลอดและญาติทราบทุกครั้งที่มีการตรวจภายใน 3.อธิบายและแจ้งแผนการดูแลรักษาให้ผู้คลอดและญาติทราบทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาเพื่อให้ผู้คลอดคลาย ความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา 4.เปิดโอกาสให้ผู้คลอดซักถามข้อสงสัย เพื่อช่วยให้ ผู้คลอดเกิดความมั่นใจในการคลอด 5.ก่อนให้การพยาบาลทุกครั้งต้องแจ้งให้ผู้คลอดรับทราบและให้การ พยาบาลผู้คลอดอย่างนุ่มนวล 6.ให้กำลัง ปลอบใจ และชื่นชมเมื่อผู้คลอดปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง **การประเมินผลการพยาบาล:** ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่ร้องเอะอะโวยวาย ซักถามเกี่ยวกับการ คลอดลดลง ปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี **ข้อมูลสนับสนุน:** อยู่ในห้องคลอดมีเลือดออกทางช่องคลอดมาก ระยะที่ 2 ของการคลอดเร็วเบ่งคลอด 5 นาที หลังรกคลอดสมบูรณ์เวลา 00.20 น. มี Active bleeding ทารก น้ำหนัก 1,235 กรัม มดลูกหดรัดตัวไม่ดี มีภาวะตกเลือดหลังคลอด Total Blood loss 600 ml **วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล:** เพื่อให้มดลูกหดรัดตัวดี หยุดเลือดได้ภายใน 30 นาที ไม่เกิดภาวะ Shock **เกณฑ์การประเมิน:** มดลูกหดรัดตัวดีกลมแข็งภายใน 10 นาที เลือดหยุดไหลภายใน 30 นาที ไม่มีภาวะ Shock (ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60-130/90 mmHg ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาทีอัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95% ไม่มีเหงื่อออก ไม่มีตัวเย็น ไม่กระสับ กระส่าย หรือหมดสติ)	**กิจกรรมการพยาบาล:**1.ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกประเมินการสูญเสียเลือดและอาการนำของ ภาวะช็อก 2.ให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกโดยผสม Oxytocin 20 ยูนิต ใน 5% D/N/2 1000 ml ตั้งแต่ย้ายมารดาเข้าห้องคลอดหลังรกคลอดมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ฉีดยา Methergin 0.2 ml เข้า IM หลังรกคลอด 3.วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมงจน Stable หลังจากนั้นวัดทุก 4 ชั่วโมง บันทึกและสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ และอาการ แสดงเพื่อติดตามและเฝ้าระวังภาวะช็อก ให้สารน้ำอีกเส้นด้วย 0.9 % NSS 1000 ml rate 120 ml/hr. 3.ประเมินการสูญเสียเลือดโดยบันทึกและสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพและอาการแสดงเพื่อติดตามและเฝ้าระวังภาวะช็อกให้สารน้ำอีกเส้นด้วย RLS 1000 ml rate 120ml/hr. 4.ประเมินการสูญเสียเลือดโดยใช้ถุงตวงเลือดก่อนทำคลอดรกเพื่อEarlydetectionและ Early treatment 5.นวดคลึงมดลูกทันทีหลังรกคลอดเพื่อไล่ก้อนเลือดที่ค้างในโพรงมดลูกให้มดลูก หดรัดตัวดี และดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง 6.ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและนวดคลึงมดลูกทุก 15 นาทีจนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด 7.สอนและสาธิตมารดานวดคลึงมดลูกด้วยตนเองเพื่อให้มดลูก หดรัดตัวดี 8.ส่ง CBC G/M ขอ PRC 2 ยูนิต จอง PRC ไว้ 1 ยูนิต Coagulogram และเฝ้าระวังภาวะ ช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด **การประเมินผลการพยาบาล:** มดลูกหดรัดตัวดีภายใน 10 นาที เลือดหยุดไหลภายใน 30 นาที มารดามี ภาวะช็อกเวลา 00.45 น. ความดันโลหิต 90/50 mmHg ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96% มารดารู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่องไม่มี กระสับกระส่าย แต่มีอ่อนเพลีย
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีภาวะช็อกเนื่องจากตกเลือดหลังคลอด **ข้อมูลสนับสนุน:** หลังตกเลือดมีวิงเวียนศีรษะ เหนื่อยเพลียมาก หลังรกคลอด มี Active bleeding มดลูกหดรัดตัวไม่ดี Total Blood loss 600 ml มีภาวะช็อก ความดันโลหิต 90/50 mmHg ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96%	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1.การให้สารน้ำอย่างเพียงพอเปิด IV 2 เส้น ด้วย 0.9 % NSS load 1000 ml then rate 120 ml/hr. และRLS 1000 ml rate 120ml/hr. keep BP90/60mmHgรายงานแพทย์ทราบเพื่อให้การรักษาอย่างทันท่วงที 2.วัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที keep BP 90/60 mmHg ทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 30 ชั่วโมงนาทีจนคงที่ ถ้าคงที่วัดทุก 1 ชั่วโมง 2 ครั้งหลังจากนั้นวัดทุก4ชั่วโมงและสังเกตการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพโดยเฉพาะชีพจรความดันโลหิตและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดสังเกตอาการผิดปกติเพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันที 3.ประเมินอาการและอาการแสดงเป็นระยะเพื่อดูการ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: เพื่อป้องกันภาวะช็อกรุนแรง สามารถแก้ไขภาวะช็อกได้ภายใน 1 ชั่วโมง **เกณฑ์การประเมิน:**ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60-130/90 mmHg. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาทีอัตรา การหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95 % ไม่มีเหงื่อออก ไม่มี ตัวเย็น ไม่กระสับกระส่าย หรือหมดสติ สามารถแก้ไขภาวะช็อกได้ภายใน 1 ชั่วโมง	เปลี่ยนแปลง เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว ระดับความรู้สึกตัว ปัสสาวะออก 30 ml/ ชั่วโมง ถ้าพบผิดปกติรายงานแพทย์เพื่อให้การแก้ไขอย่างทันท่วงที 4. ดูแลให้ O_2 Mask with bag 10 ลิตร/นาที เพื่อให้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองได้ดี 5. เจาะ Hct ทันที และทุก 8 ชั่วโมง ถ้า $\leq$ 25 % รายงานแพทย์เพื่อให้เลือดทดแทนตามแผนการรักษา **การประเมินผลการพยาบาล:** ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60-110/70 mmHg. ชีพจร 98-120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-22 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98-100 % สามารถแก้ไขภาวะช็อกได้ภายใน 45 นาที มารดาไม่มีภาวะช็อกรุนแรง ไม่มีเหงื่อออก ไม่มีตัวเย็น รู้สึกตัวดี อาการอ่อนเพลียดีขึ้นและได้ทำการส่งต่อที่โรงพยาบาลชัยภูมิเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางเพื่อความปลอดภัย
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5: ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดมดลูกและปวดแผลฝีเย็บ **ข้อมูลสนับสนุน:** ปวดมดลูก และปวดแผลฝีเย็บ ขอยาแก้ปวด 1 ครั้ง นั่งหน้านิ่วคิ้วขมวด บ่นปวดแผล ประเมินความปวดโดยใช้ Numeric Pain Rating Scale ได้ 6 คะแนน **วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล :** เพื่อบรรเทาอาการปวดมดลูกและปวดแผลฝีเย็บ **เกณฑ์การประเมิน:** ประเมินความเจ็บปวดได้น้อยกว่า 6 คะแนน สีหน้าสดชื่นขึ้น นอนพักผ่อนได้	**กิจกรรมการพยาบาล:**1.ประเมินความปวดเพื่อวางแผนการพยาบาลให้มารดานอนพักบนเตียงในท่า ศีรษะสูงเล็กน้อย หรือท่าที่มารดารู้สึกสบายที่สุด 2. ให้ความรู้ในการประเมินความปวดกับผู้ป่วยและญาติ 3.ให้ความรู้แก่มารดาในเรื่องการปวดมดลูกเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวเพื่อขับน้ำคาวปลาและเข้าอู่ 4.ดูแลให้ได้รับยา Paracetamol(500) 1 tab prn ทุก 4-6 ชั่วโมง บรรเทาปวดสังเกตอาการผิดปกติเช่นคลื่นไส้อาเจียน ผื่นคันและประเมิน อาการปวดซ้ำ **การประเมินผลการพยาบาล:** หลังรับประทานยา Paracetamol 500 mg 1 tab อาการปวดลดลง ประเมินความปวดได้4คะแนนสีหน้าสดชื่นขึ้นนอนพักผ่อนได้
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6: ทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีภูมิต้านทานโรคต่ำ **ข้อมูลสนับสนุน:**ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด24 ชั่วโมงสายสะดือถูกตัดซึ่งอาจเป็นทางเข้าของเชื้อโรค อุณหภูมิกาย 36.8.-37.4 องศาเซลเซียส สายสะดือยังไม่หลุดทารกแรกเกิดระบบภูมิคุ้มกันยังทำงานได้ ไม่เต็มที่ ผิวหนังทารกบอบบาง หลุดลอกง่าย ทำให้แบคทีเรีย หรือแอนติเจนภายนอกผ่านเข้าสู่ร่างกาย ได้ง่าย วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: ทารกแรกเกิดไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อในร่างกาย **เกณฑ์การประเมินผล:**อุณหภูมิกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียสตาและสะดือไม่แฉะ สะดือไม่มีบวมแดง ไม่มีอาการซึม	**กิจกรรมการพยาบาล:**1วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก4ชั่วโมงแนะนำมารดาหลังคลอดให้สังเกต อาการซึม ไม่ดูดนม ชักเกร็ง อาเจียน ท้องอืด ซึ่งเป็นอาการแสดงของการติดเชื้อ 2.แนะนำมารดาล้างมือ ให้สะอาดทุกครั้งที่เช็ดทำความสะอาดตาด้วยน้ำต้มสุก และทำความสะอาดสะดือของทารกด้วย 70% Alcohol ยกสายสะดือเช็ดรอบโคนสะดือ และเช็ดในร่องสะดือที่มีน้ำขังให้แห้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางสายสะดือและตา สังเกตอาการผิดปกติของตาและสะดือ เช่น สะดือบวมแดง มีหนอง ตาแฉะ 3.แนะนำ มารดาและญาติดูแลความสะอาดหลังทารกขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระทุกครั้ง เพื่อลดการระคายเคืองผิวหนังของทารกลดการแพร่เชื้อโรคและป้องกันการนำเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายทารก 4.แนะนำมารดาและญาติล้างมืออย่างถูกวิธีก่อนและหลังการดูแลทารกทุกครั้ง 5. ปฏิบัติการพยาบาลโดยให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและยึดหลัก Aseptic technique เพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด **การประเมินผลการพยาบาล:** ทารกไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อในร่างกายขณะรักษาตัวที่ โรงพบาบาลชัยภูมิตลอดระยะเวลา 1 เดือน สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่7 :ทารกมีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิกายของร่างกายเปลี่ยนแปลงเนื่องจากศูนย์ควบคุมการทำงานของร่างกายทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ **ข้อมูลสนับสนุน:** ทารกแรกเกิด 2 ชม. น้ำหนักตัวน้อย 1,235 กรัม อุณหภูมิทารกแรกเกิด 36.8 องศาเซลเซียส **วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล:** เพื่อป้องกันทารกแรกเกิดมีภาวะอุณหภูมิกายต่ำ	**กิจกรรมการพยาบาล:** 1. เตรียม Infant Radiant Warmer ก่อนคลอด 15 นาที เพื่อรับเด็กและป้องกัน ทารกอุณหภูมิกายต่ำและให้การพยาบาลทารกแรกเกิดภายใต้ Infant Radiant Warmer 2. ประเมิน และบันทึกอุณหภูมิกายหลังทารกคลอด และก่อนย้าย สังเกตการหายใจและอาการเขียวปลายมือ ปลายเท้า เพราะเป็นอาการที่บ่งชี้ว่าทารกอุณหภูมิกายต่ำเพื่อการรักษาที่ถูกต้องถ้าอุณหภูมิกายปกติ ให้วัดทุก 4 ชั่วโมง3.ดูแลใส่เสื้อผ้าห่อตัวทารกและใส่หมวกเพื่อให้ความ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เกณฑ์การประเมินผล: อุณหภูมิกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 40-60 ครั้ง/นาที ทารกไม่มีอาการตัวเย็น ไม่มีปลายมือ ปลายเท้าเขียว	อบอุ่นป้องกันทารกแรกเกิด อุณหภูมิกายต่ำ 4.แนะนำมารดาเปลี่ยนผ้าห่อตัวเด็กทุกครั้งที่เปียกชื้น และสังเกตการหายใจ ทารกตัว เย็น ซึม ไม่ค่อยดูดนม ปลายมือปลายเท้าเขียว 5.เคลื่อนย้ายส่งต่อทารกไปโรงพยาบาลชัยภูมิด้วยตู้อบเด็กปรับอุณหภูมิตมาน้ำหนักตัว **การประเมินผลการพยาบาล:**ทารกแรกเกิดอุณหภูมิกาย 36.8-37.4 องศาเซลเซียสอัตราการหายใจ 48- 58 ครั้ง/นาที ทารกไม่มีอาการตัวเย็น ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว Active ดี ส่งต่อถึงโรงพยาบาลชัยภูมิด้วยความปลอดภัย

สรุปกรณีศึกษา

หญิงไทยอายุ 16 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 3 มาโรงพยาบาล 15 สิงหาคม พ.ศ. 2566 เวลา 23.45 น. ด้วยอาการสำคัญมีเลือดออกทางช่องคลอด เจ็บบครรถ์คลอด ก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีประวัติการฝากครรภ์ เนื่องจากไม่พร้อมที่จะมีบุตรและไม่สามารถระบุตัวสามีได้ ลักษณะผู้คลอดพฤติกรรมและการแต่งตัวเหมือนผู้ชาย ไม่เคยคุมกำเนิดผล ultrasoundอายุครรภประมาณ 32 สัปดาห์ ผลการตรวจเลือด Hct: 27.5 % VDRL: Non-reactive, HbsAg: Negative, HIV: Negative, Blood group: AB สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 100ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท ร้องปวดท้องท่าทางกังวล ให้ 0.9 % NSS 1000 ml. Free Flow 500 ml. ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 9 cm effacement 100% ย้ายเข้าทำคลอด คลอด NLเวลา 00.20 น., 2 degree tear ทารกเพศชาย นน.1,235 กรัม Active ดี Apgar scoreที่ 1,5 นาที=9,10 หลังรกคลอดมีเลือดออกจากช องคลอด ลักษณะ active bleeding รกคลอดครบได้รับการรักษา Oxytocin 20 unit ใน 5% D/NSS 1000 ml. หยดเข่าเส่นเลือดดำ 100 มิลิลิตร/ชั่วโมง, Methergin 1 amp. ฉีดเขา กลามเนื้อ คลึงมดลูกตลอดเวลา เลือดหยุดภายใน 3 นาที ประมาณการการสูญเสียเลือด 600 มิลลิลิตร สัญญาณชีพวัดอุณหภูมิได้ 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต่นของชีพจร 100 ครั้ง/นาทีอัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาทีความดันโลหิต 90/50 มิลลิเมตรปรอทผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะช็อคแพทยให่เปิดเส่นเลือดดำเพิ่ม RLS 1000 ml. Free Flow 500 ml. และ ให้ PRC 2 unit แพทย์พิจารณาส่งต่อเพื่อพบสูติแพทย์โรงพยาบาลชัยภูมิพร้อมทารกที่มีปัญหาคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยแพทย์วินิจฉัย Teenage pregnancy, Preterm NL, Post-partum hemorrhage with shock ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญคือ มีภาวะช็อกเนื่องจากตกเลือดหลังคลอด ปัญหาที่พบมีการแก้ไขบางส่วนก่อนการส่งต่อทั้งมารดาและทารก การป้องกันตกเลือดหลังคลอดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างยิ่งพยาบาลที่ดูแลมารดาในหน่วยงานห้องคลอดจึงเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเพราะเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดาตลอดตั้งแต่ระยะก่อนคลอดระยะคลอดและหลังคลอด ดังนั้นจึงต้องมีความรู้ และทักษะในการดูแล โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด การให้การพยาบาลในระยะต่างๆ อย่างชัดเจนเป็นระยะๆ พร้อมให้กำลังใจและอยู่เคียงข้างผู้คลอด สามีและญาติในภาวะวิกฤติ ทั้งนี้เพื่อเป็นการให้การพยาบาลแบบองค์รวมและป้องกันการเกิดข้อร้องเรียนจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการคลอดได้

สรุปและอภิปรายผล

การป้องกันตกเลือดหลังคลอดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างยิ่ง

พยาบาลที่ดูแลมารดาในหน่วยงานห้องคลอดจึงเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเพราะเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดาตลอดตั้งแต่ระยะก่อนคลอดระยะคลอดและหลังคลอด ดังนั้นจึงต้องมีความรู้ และทักษะในการดูแลโดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้แนวทางการประเมินเพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทั้ง 4Ts[6] ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก(WHO, 2012)7ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด พยาบาลต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองอยู่ตลอดเวลา โดยการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ นำแนวทางการดูแลหรือนวัตกรรมทางการพยาบาลมาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือกหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังต้องให้ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆที่เกิดขึ้นแผนการรักษาของแพทย์ การให้การพยาบาลในระยะต่าง ๆอย่างชัดเจน[7]เป็นระยะๆ พร้อมให้กำลังใจและอยู่เคียงข้างผู้คลอด[8] สามีและญาติในภาวะวิกฤติ ทั้งนี้เพื่อเป็นการให้การพยาบาลแบบองค์รวมและป้องกันการเกิดข้อร้องเรียนจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้นจากการคลอดได้

ข้อเสนอแนะ

1.ควรจัดทำแนวทางการดูแลผู้คลอด Teenage pregnancy ส่งเสริมการฝากครรภ์และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การคลอดก่อนกำหนด การตกเลือดหลังคลอด

2.ควรจัดทำแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด การประเมิน EarlySign ต่างๆ ตลอดจนยา เวชภัณฑ์สถานที่ส่งต่อเพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารกตามบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

3. ควรจัดทำแนวทางการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดเพื่อความปลอดภัยในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). **อัตราส่วนการตายมารดาไทย ปี2560-2563** ค้นจาก http://be.moph.o.th/bie/meeting_file/meeting_file16/4.4
2. เบญจมาภรณ์ จานทอง, วิลาวัลย์ ป้อถา และ สุคนทิพย์ ว่องไว. (2562). **รายงานทบทวนวรรณกรรม เรื่อง การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก.** ค้นจากhttps://apps.hpc.go.th/dmkm/web/uploads/2020/0 6 4280-2 02006 0 2 1 6 0 9 5 5 /fbab 0e380f7c78e7571e8251fc309004.pdf.
3. พูลสวัสดิ์ โพธิ์ทอง.(2562).**ผลการพัฒนาการเฝ้าระวังและป้องกันการตกเลือดหลังคลอด หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช รพ.เลย.** ชัยภูมิสาร ปีที่36-9ฉบับที่2(ธ.ค2562) สืบค้นจาก https://thaidi.org
4. นันทพร แสนศิริพันธ์ และ ฉวี เบาทรวง. (2561). **การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน.**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
5. กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด. (2566). **ข้อมูลมารดาคลอดปกติและภาวะแทรกซ้อน.โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ 2564-2566.** จังหวัดชัยภูมิ.
6. เลียม กันโต.(2563).**การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับมีภาวะช็อค กรณีศึกษา.**โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร ปีที่29ฉบับ1 (ม.ค-มิ.ย2563)หน้า 1-12 สืบค้นจากhttps://he01.tci-thaijo.org
7. สุพนิต ปัญญาภู.(2565).**การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 2 ชม.แรกในห้องคลอด รพ.เลย.**ชัยภูมิสาร ปีที่42ฉบับที่2(ธ.ค.2565) สืบค้นจากhttps://thaidi.org
8. อุษา คงคา.(2022).**การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเป็นหุ้นส่วนทางการพยาบาล:การศึกษาวิจัยแบบพหุกรณี.**วารสารวิชาการและการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมมราชชนนีจักรีรัช ปีที่2ฉบับที่1(ม.ค.2565) สืบค้นจากhttps://he04.tci-thaijo.org

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวัง
Factors related to Total Quality Management of The Royal Medical Division in Grand Palace.

(Received: May 25,2024 ; Revised: May 28,2024 ; Accepted: May 29,2024)

ภาสิริ ริยะกุล[1] ชลธิชา แก้วอนุชิต[2] ศุภกฤต โสภิกุล[3] กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน[4]
Pasiri Riyakul[1] Chonticha Kaewanuchit[2] Suphakrit Sopikul[3] Kamolman Wiratsetthasin[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวัง กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวัง จำนวน 293 คน โดยใช้การเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม เมื่อปีพ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ไคสแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า การจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวังอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.0 รองลงมาคือระดับมาก คิดเป็น ร้อยละ 34.1 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา (χ^2=51.335) ตำแหน่งงาน (χ^2=25.516) การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพโดยรวม (χ^2=82.754) แผนก/ฝ่ายที่สังกัด (χ^2=31.827) อายุ (r=0.301) ระยะเวลาการทำงาน (r=0.438) รายได้ต่อเดือน (r=0.320) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (r=0.232) และวัฒนธรรมองค์การ (r=0.648) โดย p-value < 0.001

คำสำคัญ : การจัดการคุณภาพโดยรวม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน วัฒนธรรมองค์การ

ABSTRACT

This cross-sectional survey research aims to examine the factors related to total quality management of the Royal Medical Division in Grand Palace. The samples were 293 employees who work in the Royal Medical Division in Grand Palace. The data were collected through questionnaires in 2023 and analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi- square analysis and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient statistics. The results represented that total quality management of the Royal Medical Division in Grand Palace was at a moderate level of 57.0% and high level of 34.1%, respectively. In correlation analysis, total quality management of the Royal Medical Division in Grand Palace was statistically significant with degree obtained (χ^2=51.335), position (χ^2=25.516), receiving TQM training (χ^2=82.754), age (r=0.301), period of employment (r=0.438), income (r=0.320), employee motivation (r=0.232) and organization culture (r=0.648) at p-value < 0.001.

Keywords : Total Quality Management (TQM), Employee motivation, Organization culture

บทนำ

ด้วยบริบทขององค์กรต่าง ๆ รวมถึงศูนย์บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต้องจัดการภายในองค์กรด้วยตนเอง ประกอบกับการแข่งขันทางเศรษฐกิจระดับโลกที่ทวีความรุนแรงขึ้น แรงกดดันจากภายนอกอื่น ๆ[1] ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว การเผชิญกับความท้าทายของค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา คุณภาพการรักษาพยาบาลลดลง[2,3] การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย[4] จำนวนโรคร่วมหลายชนิด แรงกดดันด้านต้นทุน ผู้ป่วยเกิดความ

[1] นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
[2] รองศาสตราจารย์ ดร. และผู้ทรงคุณวุฒิเครือข่ายสหวิทยาการราชบัณฑิตในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี
[3] ที่ปรึกษาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
[4] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

ต้องการในการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพสูงเพิ่มขึ้น[5] ทำให้องค์การต้องมีการติดตามคุณภาพและการจัดการคุณภาพอย่างยั่งยืน ด้วยเหตุนี้ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ได้นำแนวคิดการจัดการคุณภาพมาปรับปรุงเพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาระบบราชการไทย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์เพิ่มผลผลิตแห่งชาติที่ระบุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พุทธศักราช 2545 - 2549) โดยวางแผนการดำเนินงานตามความมุ่งหมายของพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พุทธศักราช 2546[6] ซึ่งระบุถึงกลยุทธ์และวิธีการบริหารจัดการสมัยใหม่และได้ส่งเสริมให้องค์การภาครัฐใช้เป็นแนวทางเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการปฏิบัติงานคือการจัดการคุณภาพโดยรวม (Total Quality Management ; TQM)

การจัดการคุณภาพโดยรวม (Total quality management : TQM) ตามแนวคิดของวิลเลี่ยม เอ็ดเวิร์ดส เดมมิ่ง (William Edwards Deming) ซึ่งผู้บริหารและบุคลากรทุกระดับในสายงานหลักและสายงานสนับสนุนควรพัฒนาตนเองให้มีความคิดสร้างสรรค์ พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง และร่วมมือเพื่อพัฒนาองค์การให้ดีขึ้น[7] โดยมีหลักการ 3 ประการ คือ[8] 1. ทุกคนในองค์กรมีส่วนร่วม (Total : T) 2. การมุ่งเน้นที่คุณภาพ (Quality : Q) 3. การปรับปรุงกระบวนการ (Management : M) ในปัจจุบันการจัดการคุณภาพโดยรวมได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในระบบสาธารณสุขและในสถาบันสุขภาพบางแห่งได้นำมาพัฒนาอย่างเต็มรูปแบบ[9] และใช้เป็นแนวพัฒนาไปสู่สถานพยาบาลคุณภาพ เพื่อให้ตอบสนองต่อแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พุทธศักราช 2566 - 2570)[10]

เนื่องจากสถานการณ์ที่องค์การต้องเผชิญ คือ การมีผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้นประกอบกับเป็นกลุ่มที่มีโรคเรื้อรัง โรคระบาดโควิด 19 โรคทางจิตเวชที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้รับบริการต้องการลดระยะเวลารอคอย ได้รับบริการอย่างถูกต้องปลอดภัย บุคลากรจึงต้องบริการผู้รับบริการด้วยความละเอียดอ่อน รักษาระดับมาตรฐานการบริการ องค์การจึงต้องมีการจัดการคุณภาพ โดยสร้างแรงจูงใจและวัฒนธรรมองค์การให้แก่บุคลากร มีความเชื่อและพฤติกรรมไปในทิศทางเดียวกัน โดยจะทำให้บุคลากรในองค์การอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขและลดความขัดแย้ง[11]

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวัง เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาในเรื่องนี้ โดยนำแนวคิดการบริหารคุณภาพโดยรวม (Total Quality Management ; TQM) ของวิลเลี่ยม เอ็ดเวิร์ดส เดมมิ่ง (William Edwards Deming) มาประยุกต์ใช้[12] โดยศึกษากับบุคลากรกองแพทย์หลวง ณ สวนจิตรลดา 204 ราย และแผนกแพทย์หลวงพระบรมมหาราชวัง 89 ราย รวมเป็นจำนวน 293 ราย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และวัฒนธรรมองค์การกับการจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวัง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-Sectional research) ประชากร คือ บุคลากรของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวัง ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทย และสามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้ สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและยินดีที่จะตอบแบบสอบถาม จำนวนประชากรรวมทั้งสิ้น 293 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้สูตรในการคำนวณหากลุ่มตัวอย่างของ Daniel[13]เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง หรือความผิดพลาดจากการเก็บข้อมูล ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูล

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 293 คน โดยแบ่งตามแผนก/ฝ่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจำนวนทั้งหมด 59 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการทำงาน ตำแหน่งงาน รายได้ต่อเดือน การได้รับการฝึกอบรม และแผนก/ฝ่ายที่สังกัด จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานต่อการจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวัง จำนวน 19 ข้อ แปลผลโดยใช้เกณฑ์ Best[14] 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับวัฒนธรรมองค์การต่อการจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวัง จำนวน 16 ข้อ แปลผลโดยใช้เกณฑ์ Best[14] 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวัง จำนวน 15 ข้อ โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 5 อันดับ (Rating Scale) ประกอบด้วย มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด แปลผลโดยใช้เกณฑ์ Best[14] 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อยหลังจากสร้างแบบสอบถามแล้วนำไปตรวจความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.83 และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.940

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด เพื่อบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi - Square) และหาค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ของเพียร์สัน (Pearsonproduct-moment correlation coefficient) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05 โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ WTU 2566-0066 วันที่รับรอง 12 กันยายน 2566

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.0 เพศชาย ร้อยละ 27 มีอายุตั้งแต่ 40-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 37.2 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 39.39 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี และอายุสูงสุด 80 ปี มีสถานภาพเป็นโสดห ย่าร้าง แยกกันอยู่ หม้ายมากที่สุดร้อยละ 59.0 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 58.7 ระดับ ระยะเวลาการทำงานตั้งแต่ 10-15 ปีมากที่สุด ร้อยละ 41.0 มีระยะเวลาการทำงานเฉลี่ยเท่ากับ 15.87 ปี ระยะเวลาการทำงานต่ำสุด 1 ปี และระยะเวลาการทำงานสูงสุด 53 ปี ตำแหน่งงานปฏิบัติการมากที่สุด ร้อยละ 66.6 รายได้ต่อเดือน 25,001-35,000 บาท พบมากที่สุด ร้อยละ 42.8 มีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 32,239.93 บาทต่อเดือน มีรายได้ต่ำสุด 9,000 บาทต่อเดือน มีรายได้สูงสุด 165,000 บาทต่อเดือน เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบริหารคุณภาพโดยรวม พบมากที่สุด ร้อยละ 80.2 มีแผนก/ฝ่ายที่สังกัด คือ แผนก/ฝ่ายสหวิชาชีพ เภสัชกรรม สนับสนุนสายแพทย์ มากที่สุด ร้อยละ 34.8

ส่วนที่ 2 ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ลักษณะวัฒนธรรมองค์การ และระดับการจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวัง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ลักษณะวัฒนธรรมองค์การ และระดับการจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวัง (n=398)

ตัวแปร	มาก	ปานกลาง	น้อย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	100 (30.1)	177 (60.4)	16 (5.5)
ด้านปัจจัยค้ำจุน	101 (37.5)	168 (57.3)	24 (8.2)
ด้านปัจจัยจูงใจ	93 (31.7)	190 (64.8)	10 (3.4)
ลักษณะวัฒนธรรมองค์การ	59 (20.1)	202 (68.9)	32 (10.9)
วัฒนธรรมแบบปรับตัว	98 (33.4)	174 (59.4)	21 (7.2)
วัฒนธรรมแบบมุ่งผลสำเร็จ	56 (19.1)	210 (71.7)	27 (9.2)
วัฒนธรรมแบบเครือญาติ	93 (31.7)	177 (60.4)	23 (7.9)
วัฒนธรรมแบบราชการ	36 (12.3)	169 (57.7)	88 (30.0)
ระดับการจัดการคุณภาพโดยรวม	100 (34.1)	167 (57.0)	26 (8.9)
การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ	250 (58.3)	43 (14.7)	0 (0)
การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง	19 (6.5)	226 (77.1)	48 (16.4)
การมีส่วนร่วมและการทำงานเป็นทีม	6 (2.0)	224 (76.5)	63 (21.5)

จากตารางที่ 1 ผลการวิจัยพบว่าระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานแบ่งออกเป็น ด้านปัจจัยค้ำจุนและปัจจัยจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.4, 57.3, 64.8 ตามลำดับ มีลักษณะวัฒนธรรมองค์การอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.9 เมื่อแยกเป็นรายด้านเรียงตามลำดับ ได้แก่ 1.) วัฒนธรรมแบบปรับตัว ร้อยละ 33.4 2.) วัฒนธรรมแบบเครือญาติ ร้อยละ 31.7 3.) วัฒนธรรมแบบมุ่งผลสำเร็จ ร้อยละ 19.1 4.) วัฒนธรรมแบบราชการ ร้อยละ 12.3 และระดับการจัดการคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.0 เมื่อแยกเป็นรายด้านเรียงตามลำดับ ได้แก่ 1.) การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ ร้อยละ 58.3 2.) การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 6.5 3.) การมีส่วนร่วมและการทำงานเป็นทีม ร้อยละ 2

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน การได้รับการฝึกอบรม และแผนก/ฝ่ายที่สังกัดกับการจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวัง

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน การได้รับการฝึกอบรมและแผนก/ฝ่ายที่สังกัดกับการจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวัง วิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์

ตัวแปร	การจัดการคุณภาพโดยรวม			χ^2	p-value
	มาก	ปานกลาง	น้อย		
เพศ				0.755	0.685
ชาย	24 (7.2)	47 (16.0)	8 (2.7)		
หญิง	76 (25.9)	120 (41.0)	18 (6.2)		
สถานภาพ				0.322	0.847
โสด หย่าร้าง แยกกันอยู่ หม้าย	60 (20.5)	99 (33.8)	14 (4.8)		
สมรส	40 (13.7)	68 (23.2)	12 (4.0)		
ระดับการศึกษา				51.335	<0.001**

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน การได้รับการฝึกอบรมและแผนก/ฝ่ายที่สังกัดกับการจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวัง วิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์

ตัวแปร	การจัดการคุณภาพโดยรวม			χ^2	p-value
	มาก	ปานกลาง	น้อย		
ต่ำกว่าอนุปริญญา ปวส.หรือเทียบเท่า	9 (3.1)	59 (20.2)	3 (1.0)		
ปริญญาตรี	56 (19.1)	98 (33.4)	18 (6.1)		
ตั้งแต่ปริญญาโทขึ้นไป	35 (12.0)	10 (3.4)	5 (1.7)		
ตำแหน่งงาน				25.516	<0.001**
ปฏิบัติการ	48 (16.4)	124 (42.3)	23 (7.8)		
รองหัวหน้างาน – ผู้อำนวยการกอง	52 (17.8)	43 (14.7)	3 (1.0)		
การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพโดยรวม				82.754	<0.001**
ไม่เคย	5 (1.7)	31 (10.6)	22 (7.5)		
เคย	95 (32.4)	136 (46.4)	4 (1.4)		
แผนก/ฝ่ายที่สังกัด				31.827	<0.001**
อำนวยการกอง/ การแพทย์	48 (16.4)	39 (13.3)	6 (2.0)		
การพยาบาล	35 (12.0)	50 (17.1)	13 (4.4)		
สหวิชาชีพ/ เภสัชกรรม / สนับสนุนสายแพทย์	17 (5.8)	78 (26.6)	7 (2.4)		

* p-value<0.05 * (Chi-Square test)

ค่า p-value <0.001 (Chi-Square test) ค่า Expected Count less than 5 = 10.65%

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การหาความสัมพันธ์โดยใช้ค่าไคสแควร์ พบว่า ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพโดยรวม แผนก/ฝ่ายที่สังกัด มีความสัมพันธ์กับการจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < <0.001)

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการทำงาน รายได้ต่อเดือน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และวัฒนธรรมองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวัง

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการทำงาน รายได้ต่อเดือน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และวัฒนธรรมองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวังด้วยวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (n=293)

ตัวแปร	การจัดการคุณภาพโดยรวม		ระดับความสัมพันธ์
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	
ปัจจัยส่วนบุคคล			
อายุ	0.301	<0.001**	ต่ำ
ระยะเวลาการทำงาน	0.438	<0.001**	ต่ำ
รายได้ต่อเดือน	0.243	<0.001**	ต่ำมาก
แรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวม	0.320	<0.001**	ต่ำ

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการทำงาน รายได้ต่อเดือน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และวัฒนธรรมองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวังด้วยวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (n=293)

ตัวแปร	การจัดการคุณภาพโดยรวม		ระดับความสัมพันธ์
	ฐัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	
ฎ้านปัจจัยค้ำจุน	0.232	<0.001**	ต่ำมาก
ด้านปัจจัยจูงใจ	0.369	<0.001**	ต่ำ
วัฒนธรรมองค์การรวม	0.648	<0.001**	ปานกลาง
วัฒนธรรมแบบปรับตัว	0.812	<0.001**	สูง
วัฒนธรรมแบบมุ่งผลสำเร็จ	0.622	<0.001**	ปานกลาง
วัฒนธรรมแบบเครือญาติ	0.749	<0.001**	สูง
วัฒนธรรมแบบราชการ	0.524	<0.001**	ปานกลาง

**ค่า p-value<0.001

จากตารางที่ 3 เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ (r=0.301) ระยะเวลาการทำงาน (r=0.438) รายได้ต่อเดือน (r= 0.243) แรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวม (r=0.320) ด้านปัจจัยค้ำจุน (r=0.232) ด้านปัจจัยจูงใจ (r= 0.369) วัฒนธรรมองค์การรวม (r=0.648) วัฒนธรรมแบบปรับตัว (r=0.812) วัฒนธรรมแบบมุ่งผลสำเร็จ (r=0.622) วัฒนธรรมแบบเครือญาติ (r=0.749) วัฒนธรรมแบบราชการ (r=0.524) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวัง เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพโดยรวม เป็นการศึกษาเพื่อการพัฒนาองค์การอย่างยั่งยืน[16] ใช้เป็นแนวพัฒนาไปสู่สถานพยาบาลคุณภาพ เพื่อให้ตอบสนองต่อแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พุทธศักราช 2566 - 2570)[17] จากผลการศึกษา พบว่า การจัดการคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.0 รองลงมาคือระดับมาก ร้อยละ 34.1 และระดับน้อย ร้อยละ 8.9 ตามลำดับ ชี้ให้เห็นว่า การจัดการคุณภาพโดยรวมที่เกิดขึ้นกับองค์การนั้น อันจะก่อให้เกิดผลิตภัณฑ์และการบริการมีคุณภาพดี ผลการปฏิบัติงานของบุคลากรดีเลิศ ส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ องค์การเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีกว่าเดิม อีกทั้งยังประสบความสำเร็จในด้านการแข่งขันในยุคโลกาภิวัตน์ โดยมีหลักการ 3 ประการ คือ 1. ทุกคนในองค์กรมีส่วนร่วม (Total : T) 2. การมุ่งเน้นที่คุณภาพ (Quality : Q) 3. การปรับปรุงกระบวนการ (Management : M)[18] สอดคล้องกับการศึกษาของ Ahmad et al.[19] ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการคุณภาพโดยรวมกับผลการดำเนินงานขององค์กร ผลการศึกษาพบว่า การควบคุมคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 4.1141) ซึ่งนำหลักการจัดการคุณภาพโดยรวมไปใช้ ได้แก่ การฝึกอบรม (training) ความมุ่งมั่นของผู้บริหารระดับสูง (top management commitment) และการมุ่งเน้นผู้รับบริการ (customer focus) การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (continuous improvement) การมีส่วนร่วมของบุคลากร (Employee Involvement) การจัดการกระบวนการ (Process Management)

สำหรับผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และวัฒนธรรมองค์การกับการจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวัง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน วัฒนธรรมองค์การมีความสัมพันธ์กับการจัดการคุณภาพ

โดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวัง ซึ่งจะพบว่าหากบุคลากรกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวังมีอายุเพิ่มขึ้น มีรายได้ต่อเดือนเพิ่มมากขึ้น มีระยะเวลาการทำงานเพิ่มมากขึ้น จึงมีทักษะความชำนาญในการปฏิบัติหน้าที่เพิ่มมากขึ้น จะให้ความสำคัญกับการจัดการคุณภาพโดยรวมเพิ่มมากขึ้น หากบุคลากรกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวังดำรงในระดับตำแหน่งงานแตกต่างกัน จะมีภาระหน้าที่ ความรับผิดชอบ ความคาดหวังจากองค์การแตกต่างกัน จึงให้ความสำคัญกับการจัดการคุณภาพโดยรวมแตกต่างกัน เนื่องจากดำเนินงานให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล จึงต้องมีการกำหนดกลยุทธ์ในการวางแผนงานและการตัดสินใจด้วยวิธีการปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับงานที่ปฏิบัติ การจัดการคุณภาพโดยรวมจึงเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่ในแต่ละตำแหน่งงานให้ความสำคัญแตกกต่างกัน หากบุคลากรกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวังไม่ว่าจะมีการศึกษาในระดับใดหรือมีสมรรถนะวิชาชีพใดก็ตาม มีข้อกำหนดเกี่ยวกับคุณลักษณะและมาตรฐานวิชาชีพแตกต่างกัน ทำให้มีความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมายตามแผนก/ฝ่ายที่สังกัดแตกต่างกัน จึงมีการจัดการคุณภาพโดยรวมในลักษณะที่แตกต่างกัน ในด้านการได้รับการฝึกอบรมการจัดการคุณภาพโดยรวม จะเห็นได้ว่า บุคลากรที่เคยฝึกอบรมจะให้ความสำคัญกับการดำเนินงานภายในองค์การแตกต่างกับบุคลากรที่ไม่เคยฝึกอบรม จะพบว่าสินค้าและบริการมีคุณภาพ มีความสม่ำเสมอของคุณภาพ ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ การดำเนินงานในองค์การมีประสิทธิภาพแตกต่างกัน นำไปสู่การจัดการคุณภาพโดยรวมในองค์การแตกต่างกัน จากผลการวิจัยพบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับการจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวัง จะเห็นได้ว่า หากบุคลากรของกองแพทย์หลวงมีความรู้สึกที่ถูกกระตุ้นหรือถูกผลักดันด้วยปัจจัยต่างๆ ก่อให้เกิดความกระตือรือร้นและความพยายามที่จะปฏิบัติงานให้ดีด้วยความเต็มใจจนบรรลุผลสำเร็จได้จากทฤษฎีสองปัจจัยของเฮอร์ซเบิร์ก (Herzberg's motivation theory) โดยเฉพาะแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านปัจจัยค้ำจุน และปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำมากและต่ำ ตามลำดับกับการจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวัง แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยค้ำจุน 7 ด้าน คือ 1.ค่าตอบแทนและผลประโยชน์ 2. นโยบายองค์การและการบริหาร 3. ความสัมพันธ์ในหมู่บุคลากร 4. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ 5. การควบคุมดูแลของหัวหน้างาน 6. สภาพในการทำงาน 7. ความมั่นคงในงาน จะช่วยเพิ่มความพึงพอใจในการปฏิบัติงานแก่บุคลากร ทำให้เกิดความรู้สึกอยากปฏิบัติงานอยู่ตลอดเวลา ปัจจัยจูงใจ 6 ด้าน คือ 1. ความสำเร็จในการทำงาน 2. การได้รับความยอมรับนับถือ 3. ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ 4. ความรับผิดชอบในงาน 5. การได้รับการเลื่อนตำแหน่ง 6. ความเจริญก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน ทำให้บุคลากรเกิดความสุขในการทำงาน เพิ่มแรงจูงใจในการทำงาน ส่งผลให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจในงานสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การการจัดการคุณภาพโดยรวมอย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gomez-Lopez et al.[20] ได้ศึกษาแรงจูงใจในการดำเนินการ TQM ผ่านแบบจำลอง EFQM ในสเปน ผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการจัดการคุณภาพโดยรวมผ่านแบบจำลอง EFQM อยู่ในระดับปานกลาง (mean = 31) จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า วัฒนธรรมองค์การมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับการจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวัง โดยวัฒนธรรมแบบปรับตัว วัฒนธรรมแบบเครือญาติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูง และวัฒนธรรมแบบมุ่งผลสำเร็จ วัฒนธรรมแบบราชการมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง แสดงให้เห็นถึงหากมีวัฒนธรรมองค์การที่แข็งแกร่งจะกำหนดวิถีของบุคลากรให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จะทำให้การจัดการคุณภาพโดยรวมมาก เนื่องจากวัฒนธรรมองค์การส่งผลให้บุคลากรของกองแพทย์หลวงมีความผูกพันกับองค์การมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ

Aburayya et al.[21] ได้ศึกษาผลของการบริหารคุณภาพโดยรวม (TQM) ต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า วัฒนธรรมองค์การมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ (r=.705, p-value<0.001) การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (r=.789, p-value<0.001) การมีส่วนร่วมและการทำงานเป็นทีม (r=.725, p-value<0.001)

อย่างไรก็ตามแม้ว่างานวิจัยนี้จะมีจุดแข็งในแง่ของผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือที่สัมพันธ์กับการจัดการคุณภาพโดยรวมเป็นอย่างมากก็ตาม แต่ตัวแปรต้นที่เป็นแรงจูงใจได้ใช้ทฤษฎีสองปัจจัยของเฮอร์ซเบิร์ก (Herzberg's motivation theory) มาใช้เพียงอย่างเดียวที่เกี่ยวข้องกับประเด็นของแรงจูงใจและความพึงพอใจในการทำงานของมนุษย์ เพื่อศึกษาว่า ทัศนคติมีผลต่อแรงจูงใจอย่างไร และอธิบายว่าสถานการณ์หรือปัจจัยใดที่ทำให้รู้สึกดีและไม่ดีในงานที่ทำ ยังคงมีข้อจำกัดในการประยุกต์ใช้ในเชิงรูปธรรมเนื่องจากแรงจูงใจและทัศนคติสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จึงกลายเป็นข้อจำกัดของงานวิจัย ดังนั้นควรใช้รูปแบบที่มีการปฏิบัติจริงจากประสบการณ์การตรงเพราะผ่านการกลั่นกรองพินิจพิจารณาว่าใช้ได้จริงซึ่งสามารถที่จะประยุกต์ใช้รูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดล[22, 23] นำมาศึกษาทางพฤติกรรมของมนุษย์ได้ด้วยเช่นกันในอนาคต เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จได้เหมาะสมด้วยวิสัยทัศน์ที่ก้าวไกลและการสร้างมุมมองให้เข้าใจปัญหาแบบเจาะลึกทำงานด้วยความมุ่งมั่นและความอดทนเมื่อต้องเผชิญอุปสรรคที่ขวางกั้น ซึ่งเป็นการขับเคลื่อนเพื่อให้ก่อเกิดจิตสำนึกที่เจริญรอยตามความมุ่งมั่นในพระราชปณิธานจอมพลเรือสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ซึ่งเป็นพระบิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันและพระบิดาแห่งการสาธารณสุขไทย ที่จะนำมาซึ่งประโยชน์สุขแห่งมวลมนุษยชาติในโมเดลปลาบู่มหิดล (Mahidolia healthy model) จะเปรียบเหมือนแรงส่งเสริมสนับสนุนจากประชาชนที่ให้ความร่วมมือกันในการสร้างสรรค์สังคมให้น่าอยู่ด้วยจิตอาสา เป็นเรื่องของการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้ที่ลักษณะยึดติดแน่นกระชับมั่นคงกับข้อมูลที่ได้มาโดยตรงจากการปฏิบัติจริง นอกจากนี้งานวิจัยนี้ยังขาดตัวแปรที่เป็นปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพ (Social Determinants of Health; SDH)[24] ด้วยซึ่งต้องศึกษาต่อไปในอนาคตด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมให้องค์การมีการจัดการคุณภาพโดยรวมเพิ่มมากขึ้น โดยการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน อาทิ การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในที่ปฏิบัติงาน สร้างความสบายใจ โดยอาจประยุกต์ใช้โมเดลปลาบู่มหิดล (Mahidolia healthy model) เข้ามาขับเคลื่อนได้ สร้างความปลอดภัย ความเชื่อมั่นในองค์การ การสร้างทัศนคติที่ดีให้แก่บุคลากร ตั้งเป้าหมายที่ทำได้จริง ยกย่องชมเชย มอบหมายงานที่มีความท้าทาย ให้คำติชมที่สร้างสรรค์ จะทำให้บุคลากรเกิดความสุขในการทำงาน สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างวัฒนธรรมองค์การให้สอดคล้องกับทิศทางของแผนยุทธศาสตร์ขององค์การ เพื่อให้บุคลากรยึดถือเป็นแนวทางเดียวกัน จะทำให้มีเป้าหมาย ค่านิยม แผนงาน วิธีการปฏิบัติงานอย่างเป็นแบบแผนและบรรลุผลสำเร็จขององค์การ ซึ่งวัฒนธรรมแต่ละแบบได้แก่ วัฒนธรรมแบบปรับตัว วัฒนธรรมแบบมุ่งผลสำเร็จ วัฒนธรรมแบบเครือญาติ วัฒนธรรมแบบราชการ สามารถสร้างคุณค่าและความสำเร็จให้แก่องค์การได้ทั้งหมด

2. ควรส่งเสริมนโยบายด้านการพัฒนาการจัดการคุณภาพโดยรวม โดยกำหนดนโยบาย ด้านการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวโน้มผู้รับบริการในอนาคตจะเป็นผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอีกทั้งบุคลากรในสำนักพระราชวังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นการประยุกต์ใช้รูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดลสำหรับโรงพยาบาลผู้สูงอายุวิถีไทย (Thainess Hospital for Aging) จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในอนาคตของสังคมไทยได้

3. ควรมีการศึกษาการจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวังโดยเพิ่มตัวแปรในการศึกษา เช่น ความพึงพอใจในงาน (job satisfaction) สุขภาวะของบุคลากร (Employee well-being) การให้ความสำคัญกับพนักงาน (Employee Recognition) คุณภาพการให้บริการ (Service Quality) ภาวะผู้นำ (Leadership) ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ (organizational commitment) ความจงรักภักดี (loyalty) การกลับมาใช้บริการซ้ำ (repetition) รวมถึงตัวแปรที่เกี่ยวกับ ปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพ (Social Determinants of Health; SDH) เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวังให้มีความครอบคลุมรอบด้านในทุกมิติที่เกี่ยวข้อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ขอขอบคุณบุคลากรกองแพทย์หลวงในสำนักพระราชวังที่ให้ข้อมูลตอบแบบสอบถามจนวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.Bonechi L, Carmignani G & Mirandola R. La Gestione Della Qualità Nelle Organizzazioni-dalla Conformità All'eccellenza Gestionale. Edizioni Plus srl. 2004.

2.Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. BMJ. 2012:344.

3.McClellan M, Rivlin A. Improving Health while Reducing Cost Growth: What is Possible. Washington: The Brookings Institution; 2014.

4.Chang CS, Chen SY, Lan YT. Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters. BMC Health Serv Res. 2013 Jan 16;13(1):22.

5.OECD. OECD Guidelines for Multinational Enterprises [Internet]. Paris: oecd; 2000 [cited 2023 Feb 2]. Available from: https://www.oecd.org/corporate

6.ส่วนวิจัยและพัฒนาระบบ รูปแบบและโครงสร้าง, สำนักพัฒนาระบบ รูปแบบและโครงสร้าง, กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนาระบบ รูปแบบและโครงสร้าง (สพร.) ; 2546 [เข้าถึงเมื่อ 5 เม.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ssc.onab.go.th/th/content/

7.Cummings TG, Worley CG. Organization Development and Change. 10th ed. Boston: Cengage Learning; 2014.

8.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. การศึกษาแบบจำลองความสัมพันธ์เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 5 เม.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://archive.lib.cmu.ac.th/full/T/2550/enin0450pp_ch2.pdf

9.Vituri DW, Évora YDM. Total Quality Management and hospital nursing: an integrative literature review. Rev Bras Enferm. 2015;68(5):945–52.

10.สรรพสิทธิ์ ชมภูนุช, ทิวากร แสร์สุวรรณ, ศิรินดา สวนมาดี และ โชติ บดีรัฐ. บริบทของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 13. Journal of Roi Kaensarn Academi, 2564;7(3):409-24.

11.วิทยาลัยเทคนิคศรีสะเกษ. หน่วยที่ 3 วัฒนธรรมขององค์การ การบริหารงานคุณภาพในองค์การ [อินเทอร์เน็ต]. ศรีสะเกษ: วิทยาลัยเทคนิคศรีสะเกษ; 2548 [เข้าถึงเมื่อ 21 ก.พ. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://sites.google.com/site/rtech603xx/unit-3

12.Deming WE. Quality, productivity and competitive position. Boston: Massachusetts Inst Technology; 1982.

13.Daniel WW. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Science; 2010.

14.Best JW. Research in Education. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1977.

15.Hinkle DE, William W, & Stephen GJ. Applied Statistics for the Behavior Sciences. 4th ed. New York: Houghton Mifflin; 1998.

16.พิเชษฐ อุดมสมัคร และเขมรินทร์ ชูประดิษฐ์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์การของธุรกิจอุตสาหกรรมอาหารในจังหวัดสมุทรปราการ.วารสารสหวิทยาการสังคมศาสตร์และการสื่อสาร. 2564;4(3):1-13.

17.สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พุทธศักราช 2566 - 2570) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ราชกิจจานุเบกษา; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ldd.go.th/App_Storage/navigation/files/23_0.pdf

18.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. การศึกษาแบบจำลองความสัมพันธ์เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติมีทฤษฎี [อินเทอร์เน็ต]. CMU. [เข้าถึงเมื่อ 5 เม.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก:https://archive.lib .cmu.ac.th/full/T/2550/enin0450pp_ch2.pdf

19.Ahmad M, Yin JCS, Nor NHM, Nik HMW, Mohd FHF. The Relationship between TQM Practices with TQM Tools and Techniques in Small and Medium Enterprise (SMEs). AIP Conf. Proc. 2017.

20.Gómez-López R., Serrano-Bedia AM, López-Fernández MC. Motivations for implementing TQM through the EFQM model in Spain: an empirical investigation. Total Qual Manag Bus Excell, 2015;27(11-12),1224–45.

21.Aburayya A, Alshurideh MT, Marzouqi AA, Diabat OA, Alfarsi A, Suson R, Bash M, & Salloum SA. An Empirical Examination of the Effect of TQM Practices on Hospital Service Quality: An Assessment Study in UAE Hospitals. Sys Rev Pharm. 2020;11:347-62.

22.ชลธิชา แก้วอนุชิต และศุภกฤต โสภิกุล. แนวโน้มการจัดทำแบบเกษมสุขด้วยโมเดลปลาบู่มหิดลเพื่อการสาธารณสุขไทยภายใต้สถานการณ์โรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 18 วันที่ 3-4 กรกฎาคม 2564 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตวัชรพล. 2564:108-116.

23.Kaewanuchit, C, Sopikul, S, Silawan, P, Nayan Deep S. Kanwal. Community health strategy under the context of globalization: Mahidolia Healthy Model. Horizon JHSSR. 2021;3(2):151-60.

24.ชลธิชา แก้วอนุชิต. แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพภายใต้ระบบสุขภาพโลกและประเทศไทย. 2556;36(1):123-31.

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกฝ่าเท้าหักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด : กรณีศึกษา

Nursing care in Closed fracture of the left fifth metatarsal bone : Case study

(Received: March 5,2024 ; Revised: April 5,2024 ; Accepted: April 26,2024)

ปิยวรรณ วัดพ่วงแก้ว[1]
Piyawan Wadphungkaew[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกฝ่าเท้าหักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 55 ปี แพทย์วินิจฉัยโรค Closed fracture of the left fifth Metatarsal bone มีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ได้รับการผ่าตัด Open Reduction and Internal Fixation (ORIF) with tension band wiring (TBW) ที่เท้าข้างซ้ายภายใต้การระงับความรู้สึกโดย การฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal block)

ผลการศึกษา : ผ่าตัดวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2567 แผลผ่าตัดที่เท้าซ้ายไม่ซึม อาการทั่วไปและสัญญาณชีพคงที่ ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูร่างกาย ฝึกเดินโดยใช้ walker ใช้เท้าซ้ายแตะพื้นลงน้ำหนักได้เต็มที่ตามที่ผู้ป่วยทนได้ (weight bearing as tolerate) โดยใส่รองเท้าเฝือกลม (Walking Boot) แผลผ่าตัดแห้งดี แพทย์จำหน่ายให้กลับบ้านได้ ไม่ต้องทำแผลยกเว้นกรณีแผลซึม และนัดมาตรวจตามนัด 2 สัปดาห์ ปัญหาและให้การพยาบาลสำคัญ ๆ คือ ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด, ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด, เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดอุดตันที่ขา, มีโอกาสเกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด, มีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อลีบและข้อติด, ขาดความรู้และทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการผ่าตัด, มีโอกาสเกิดพลัดตกหกล้ม และผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน รวมเวลานอน โรงพยาบาลทั้งหมด 3 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกฝ่าเท้าหัก,กระดูกฝ่าเท้าหัก,การผ่าตัดกระดูกฝ่าเท้าหัก

Abstract:

This study was case study with the objective of studying nursing care for patients with metatarsal fractures who received surgical treatment. Case female patient 55 years old with underlying diseases of Hypertension and hypercholesterolemia. She was diagnosed with Closed fracture of the left fifth Metatarsal bone and treated by Open reduction and Internal Fixation (ORIF) with tension band wiring (TBW) under Spinal block

Result ; 3rd ,2024. Post-operative healing went smoothly with and she received a rehabilitation session for weight bearing with walker, and stabilized the fracture site with walking boot cast. She was hospitalized for 3 days. The sutured wound was closed with waterproof bandage and has the appointment for follow up care in two weeks after discharged.

Keywords: Nursing care in closed fracture metatarsal bone, Metatarsal bone fracture, Fracture bone operation

[1] ศูนย์การแพทย์มหิดลบำรุงรักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

บทนำ

เท้าของเราเป็นอวัยวะที่ประกอบไปด้วยโครงสร้างของกระดูก เอ็น กล้ามเนื้อ ที่ทำงานประสานกัน เพื่อให้เท้าเป็นอวัยวะที่แข็งแรง และยืดหยุ่นในเวลาเดียวกัน ช่วยให้เราสามารถ เดิน วิ่ง กระโดด ได้อย่างคล่องตัวในทุกสภาวะ กระดูกฝ่าเท้าหัก สัญญาณที่พบบ่อยที่สุด คืออาการปวดบวมและฟกช้ำ ผู้ป่วยอาจเดินได้แต่มักจะทำให้ความเจ็บปวด รุนแรงขึ้น หากมีอาการปวด บวม เป็นเวลานานมากกว่า 2-3 วัน หรือความเจ็บปวดรบกวนการเดิน ผู้ป่วยควรมาพบแพทย์ กระดูกฝ่าเท้าหักมักเกิดจากการบาดเจ็บที่เท้าเฉียบพลัน เช่น การทำของหนักหล่นใส่เท้า การล้ม การเตะ กับวัตถุแข็ง หรือจากอาการบาดเจ็บทางกีฬา[1,2] กระดูกฝ่าเท้าที่ 5เป็นกระดูกฝ่าเท้าที่พบบ่อยที่สุดที่จะแตกหักจากการบาดเจ็บที่เท้ากะทันหัน อาจแตกหักได้หลายจุด ขึ้นอยู่กับกลไกของการบาดเจ็บ กระดูกฝ่าเท้าอื่นๆ ก็สามารถหักได้เช่นกัน กระดูกฝ่าเท้าที่ 1,2 และ 5 ถือเป็นการบาดเจ็บที่พบบ่อยในกีฬา นักฟุตบอลชื่อดังหลายคนมีกระดูกฝ่าเท้าหักในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา[1] การรักษาโดยไม่ผ่าตัด (Conservative Treatment) สามารถทำได้ในกรณีที่มีการแตกหักของกระดูกนั้น ๆ เมื่อติดแล้วไม่ส่งผลต่อการเคลื่อนขยับ รับน้ำหนักตัวและการใช้งานเดิมของผู้ป่วย การจำกัดการเคลื่อนไหว ใช้รองเท้าที่พื้นแข็ง รองเท้าบูทสำหรับเดิน การใส่เฝือก จนกระทั่งกระดูกมีการเชื่อมติดที่แข็งแรงเพียงพอ ต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 6 – 8 สัปดาห์ โดยแพทย์จะเป็นผู้ตัดสินใจในการลงน้ำหนักที่เท้า[1,2,3] การรักษาโดยการผ่าตัด (Operative Treatment) เป็นการรักษาในกรณีที่มีการแตกหักและเคลื่อนของผิวข้อ หรือผู้ป่วยไม่สามารถรักษาโดยการใส่เฝือกได้ เป็นการผ่าตัดเพื่อจัดกระดูก ใส่สกรู และ/หรือแผ่นโลหะยึดตรึงกระดูก (Open Reduction and Internal Fixation with Screws/ Plate and Screw) หรือการรัดลวดโลหะ (Tension Band Wiring) เพื่อให้กระดูกติดในสภาวะและตำแหน่งที่เหมาะสม[1,4] ร่วมกับการทำกายภายเพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวสามารถกลับไปทำกิจกรรมก่อนการผ่าตัดได้เร็วยิ่งขึ้น

การพยาบาลผู้ป่วยฝ่าเท้าหักเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานอย่างเหมาะสม ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเร็วขึ้น ลดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้กลับมาเดินและใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างรวดเร็ว พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการพยาบาลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความทุกข์ทรมานจากความปวด และการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งร่างกายและด้านจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามเวลา ปลอดภัยในระหว่างผ่าตัด การพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การจัดการกับความปวด การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และการพยาบาลระยะหลังจำหน่ายเพื่อฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง และป้องกันกระดูกหักซ้ำ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกฝ่าเท้าหักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด

กระดูกฝ่าเท้าหัก

กลไกการบาดเจ็บต่างกันออกไป[1,5,6]

1. Direct เกิดการบาดเจ็บโดยตรง เช่น ถูกของแข็งหล่นใส่เท้า ถูกกระแทก

2. Twisting มีการบิดหมุนขณะที่ข้อเท้าพลิกหรือเดินสะดุด

3. Avulsion อาจเกิดจากข้อเท้าพลิกร่วมกับมีการกระชากของเอ็นที่มายึดเกาะแล้วดึงจนกระดูกหักมักเกิดที่ฐานของ metatarsal ที่ 5

4. Stress fractures เกิดจากมีการลงน้ำหนักที่จุดใดจุดหนึ่งมากกว่าที่อื่นจนกระดูกเกิดหักหรือร้าวขึ้นเองพบได้บ่อยที่บริเวณคอกระดูก metatarsal ที่ 2,3 และ 5

อาการและการแสดง[1,2,5]

- acute fracture ผู้ป่วยจะมีอาการปวดบวมและกดเจ็บบริเวณหลังเท้าภายหลังอุบัติเหตุ

อาจพบ ecchymosis ร่วมด้วย อาจคลำได้ stepping ที่ตำแหน่งกระดูกหัก อาการปวดเป็นมากขึ้นเมื่อลงน้ำหนัก ควรสังเกตว่ามีการบาดเจ็บร่วมของส่วนอื่น ๆ ของเท้าร่วมด้วยหรือไม่ การประเมินสภาวะของหลอดเลือดและเส้นประสาทและเนื้อเยื่อโดยรอบเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะในผู้ป่วยรายที่มี crush injury

- stress fracture ผู้ป่วยมักให้ประวัติของการมีกิจวัตรที่เพิ่มขึ้นหรือนักกีฬาที่มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการฝึกซ้อม รองเท้า หรือพื้นผิวในการวิ่ง และมีอาการปวดที่ค่อย ๆ เพิ่มขึ้นในช่วงเวลาเป็นสัปดาห์ ในระยะแรกอาการปวดมีลักษณะปวดตื้อ ๆ หลังกิจวัตรหรือการฝึก แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้นในช่วงเวลาเป็นสัปดาห์จนเดินกะเผลก มีอาการบวมและคลำจุดกดเจ็บได้ชัดเจน

การวินิจฉัย[1,2,3,5]

โดยการใช้ภาพถ่ายรังสี 3 ท่า AP, lateral และ oblique view โดยเฉพาะอย่างยิ่งทำด้านข้างเพื่อดูว่ากระดูกที่หักนั้นมีการเคลื่อนในระนาบข้าง (sagittal plain) เพื่อช่วยในการตัดสินใจรักษา

การรักษา[1,2,3,6]

การรักษากระดูกฝ่าเท้าหักในส่วนนี้จำแนกตามตำแหน่งของกระดูกที่หักซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ส่วน ได้แก่

zone 1 บริเวณนี้เป็นกระดูก cancellous bone ที่มีหลอดเลือดมาเลี้ยงมาก มักไม่มีปัญหา delayedหรือ nonunion ในกลุ่ม nondisplaced fracture สามารถรักษาโดยการใส่รองเท้าพื้นแข็งหรือ walking cast กระดูกมักติดภายในเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนในกลุ่ม displaced fracture หาก fragment มีขนาดเล็กให้ทำ excision ออกแต่ถ้า displaced fragment มีขนาดใหญ่และแตกเข้าในข้อ metatarso-cuboid joint โดยกินพื้นที่มากกว่า 30% ของผิวข้อหรือมี step-off มากกว่า 2มม.รักษาโดยการผ่าตัด closed หรือ open reduction ร่วมกับ internal fixation ด้วย pin, screwหรือ tension-band wiring

Zone 2 ในกลุ่ม nondisplaced fracture สามารถทำการรักษาโดย non weight-bearing short-leg cast เป็นเวลา 8 สัปดาห์ แต่ต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยถึงภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยของ fracture ในบริเวณนี้ ได้แก่ refracture, delayed union และ nonunion การผ่าตัด ORIF ด้วย intramedullary screw fixation มีข้อบ่งชี้ในกลุ่ม displaced fracture และผู้ป่วยที่เป็นนักกีฬา หรือผู้ที่ไม่ต้องการรอผลการรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์

zone 3 ในกลุ่มที่เป็น acute fracture สามารถรักษาโดย non weight-bearing short-leg cast ได้ แต่ระยะเวลาที่ใช้ในการติดของกระดูกอาจนานถึง 3 เดือนและมีโอกาสเกิดภาวะ nonunion ได้สูง ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มนักกีฬาหรือปฏิเสธการรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์ และกลุ่มที่เป็น chronic stress fracture ควรได้รับการรักษาโดยการทำ intramedullary screw fixation และตรวจสอบว่ามี malalignment ของ lower extremities อันเป็นสาเหตุร่วมของการเกิด stress fracture นี้ด้วยหรือไม่

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 55 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพตำรวจ อาการสำคัญคือ 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ล้มลงขณะกระโดดเชือก มีอาการปวดบวม กดเจ็บบริเวณหลังเท้าซ้าย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่งใกล้จุดเกิดเหตุ ผลการตรวจเอกซเรย์กระดูกเท้า พบกระดูกเท้าซ้ายหัก ได้รับการรักษาด้วยการใส่เฝือก Short leg posterior slab เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยขอกลับมารักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ประเมินแรกรับที่ผู้ป่วยนอก ระดับความรู้สึกตัวดี (E4V5M6) หายใจได้เอง ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ เสียงลมเข้าเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ระดับความปวด pain score (PS) 3/10 คะแนน คลำชีพจร (Pulse :P) popliteal artery, dorsalis pedis ได้ ปลายเท้าอุ่น ไม่มีอาการชาปลายเท้า ความดันโลหิต (Blood Pressure : BP) 144/80 มิลลิเมตร

ปรอท P 80 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส (Body temperature :BT) อัตราการหายใจ (Respiratory rat :RR) 18 ครั้งต่อนาที ค่า oxygen saturation (SpO_2) ปลายนิ้วขณะ room air 100% ขาข้างซ้าย on short leg posterior slab ได้รับการส่งตรวจภาพถ่ายรังสีบริเวณ Left foot AP ,lateral และ oblique view แพทย์วินิจฉัยว่ากระดูกเท้าหักแบบปิด (Close fracture Left Fifth Metatarsal) ซักประวัติไม่มีแพ้ยา ไม่มีแพ้อาหาร มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง และไขมันสูง รับยาต่อเนื่อง ไม่เคยขาดยา ได้รับการผ่าตัด Open Reduction and Internal Fixation (ORIF) with tension band wiring (TBW) ที่บริเวณเท้าข้างซ้ายเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 20 ซีซี หลังผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีแผลผ่าตัดที่เท้าข้างซ้าย ปิดแผลด้วย Steri-strip แผลไม่ซึม on short leg posterior slab ระดับความปวด PS 3-4 คะแนน ได้รับยาเพื่อการควบคุมความปวดหลังผ่าตัด และการป้องกันการติดเชื้อ ผู้ป่วยได้รับการวางแผนฟื้นฟูโดยการเดินแบบลงน้ำหนักที่ขาข้างซ้ายได้ตามที่ผู้ป่วยทนได้ (weight bearing as tolerate) ด้วยรองเท้าเฝือกลม (Walking Boot) และ walker หลังผ่าตัด 3 วันไม่มีไข้ แผลไม่ซึม ไม่บวม ผู้ป่วยสามารถฝึกเดินได้ด้วย walker ได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล: 1** วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดและเปิดโอกาสให้ซักถาม 2.การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายโดยสอนข้างเตียงเกี่ยวกับการเตรียมตัวเองก่อนผ่าตัด การฝึกการไอ การฝึกหายใจลึกเพื่อบริหารปอด การดูแลตนเองหลังผ่าตัด ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย **การประเมินผล** ผู้ป่วยสีหน้าผ่อนคลาย เข้าใจการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด
ระยะหลังผ่าตัด **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2.** ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินอาการปวดแผล โดยประเมินอาการปวดโดยใช้ numeric rating scale สังเกตสีหน้า 2.ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด Paracetamol (500 mg) 2 tabs po q 6 hr, Ketalorac 30 mg IV q 6 hrs, Morphine 3 mg IV prn for pain q 3 hrs, Acupan (20 mg/2 ml) 2 amp +NSS 250 ml IV Drip in 8 hrs. ตามแผนการรักษาเพื่อบรรเทาอาการปวด และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยาทุกครั้ง 3.ดูแลประคบความเย็น (cold compression) 4.ดูแลจัดท่าให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าสุขสบาย ให้วางขาข้างซ้ายบนหมอนสูงอย่างน้อย 1 ใบ **การประเมินผล** ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดที่เท้าซ้าย ไม่มีเลือดซึม ระดับความเจ็บปวด 1-2 คะแนนเมื่อทำกิจกรรม
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดอุดตันที่ขา	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.วางขาข้างผ่าตัดบนหมอน 1 ใบ 2.แนะนำการบริหารกล้ามเนื้อและข้อ โดยการกระดกปลายเท้าขึ้นลงบ่อยๆ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือด 3.แนะนำให้ผู้ป่วย หากมีอาการกดเจ็บบริเวณน่องหรือขาหนีบ เป็นตะคริว ขาบวม ชา ให้แจ้งพยาบาล 4. สังเกตอาการบวมตึง สีผิว ชีพจรปลายเท้าทั้งสองข้าง และสอบถามอาการปวดน่องและขา **การประเมินผล** ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ขา ไม่บวมตึง ไม่มีอาการชา ไม่มีอาการกดเจ็บบริเวณน่อง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มี	**กิจกรรมการพยาบาล**

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
โอกาสเกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด	1.ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด แผลผ่าตัดบวมแดง มีไข้สูง 2.บริหารยาปฏิชีวนะ cefazolin ตามแผนการรักษา 3.แนะนำไม่ให้แคะแกะเกาแผลและระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ **การประเมินผล** แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่อาการแสดงของการอักเสบ สัญญาณชีพปกติ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อลีบ และข้อติด	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง 2.กระตุ้นให้ผู้ป่วย early ambulate 3.กระตุ้นให้ออกกำลังกายกล้ามเนื้อ และข้อต่างๆ **การประเมินผล** กล้ามเนื้อมีกำลังปกติ และข้อต่อเคลื่อนไหวได้ดี
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ขาดความรู้และทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการผ่าตัด	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 2.ฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกายแบบ weight bearing as tolerate ที่ขาข้างซ้ายด้วย walker โดยใส่รองเท้าเฝือกลม (Walking Boot) 2.1 แนะนำการเดินด้วยwalker ให้ผู้ป่วยใช้มือทั้ง 2 ข้างจับบริเวณที่จับยืนให้มั่นคงก่อนและยก walker ไปข้างหน้าก้าวขาข้างที่ผ่าตัดตามไปก่อนหลังจากนั้นให้เท้าขาข้างที่ดีตามไป 2.2 การใส่รองเท้าเฝือกลม (Walking Boot) ให้ใส่รองเท้ากีฬาที่มีส้นพอๆกับ Walking Boot อีกข้าง เพื่อเป็นการ Balance เวลาเดินให้เอาส้นเท้าลงก่อนแล้วค่อยตามกลางลงมา 3.สอนให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติในการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา (quadriceps exercise) การกระดกข้อเท้าขึ้นลงบ่อยๆ (ankle pumping exercise) **การประเมินผล** ผู้ป่วยรับทราบและมีทักษะในการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพและมีทักษะในการใช้อุปกรณ์ ช่วยพยุงเดินภายหลังการผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 มีโอกาสเกิดพลัดตกหกล้ม	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และสัญญาณชีพก่อนลงเดิน 2.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงการเฝ้าระวังการเกิดพลัดตกหกล้ม 3.ยกราวกั้นเตียงขึ้นทุกครั้งหลังให้การพยาบาล และปรับเตียงต่ำสุดเพื่อป้องกันการตกเตียง 4.ให้ความช่วยเหลือขณะขึ้น-ลงเตียง และขณะทำกิจกรรมตามความเหมาะสม 5.ดูแลพื้นห้องและห้องน้ำให้สะอาด และแห้งอยู่เสมอเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือ ผู้ป่วยไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.เปิดโอกาสให้ซักถาม และตอบข้อสงสัย อธิบายการฟื้นฟูของผู้ป่วย การทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันตามปกติ 2. แนะนำการรับประทานยาที่แพทย์สั่งจนหมด ยกเว้นมีอาการแพ้ยาได้แก่ มีผื่นคัน แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เป็นต้น 3. แนะนำการบริหารกล้ามเนื้อ และข้อ อย่างต่อเนื่องเหมือนขณะอยู่โรงพยาบาล 4. แนะนำการดูแลแผลไม่ให้แผลเปียกน้ำ ถ้าแผลมีสิ่งคัดหลั่งซึม แนะนำให้ไปทำแผลสถานพยาบาลใกล้บ้าน หลัง 2 สัปดาห์แผลแห้งดีให้แผลโดนน้ำได้ 5.แนะนำให้ยกเท้าที่บาดเจ็บขึ้นขณะพักเพื่อช่วยลดอาการบวม ใช้น้ำแข็งประคบบริเวณที่บาดเจ็บเพื่อบรรเทาอาการปวดและบวม 6.แนะนำให้ใส่รองเท้าเฝือกลม (Walking Boot) เมื่อเดิน จนกว่าแพทย์จะอนุญาตให้ถอดออก (ขณะนั่งพักหรือตอนนอน สามารถถอดรองเท้าเฝือกลมออกได้) 7.แนะนำให้มาตรวจตามนัด แต่หากมีอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัด ได้แก่ อาการ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ปวด ไข้สูง แผล **การประเมินผล** ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 55 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ ล้มลง มีอาการปวด บวม กดเจ็บบริเวณหลังเท้าซ้าย ได้รับแพทย์วินิจฉัยว่ากระดูกเท้าหักแบบปิด (Closed fracture of the left fifth metatarsal bone) รักษาโดยการใส่เฝือก Short leg posterior slab Left leg ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ได้รับการผ่าตัด Open Reduction and Internal Fixation (ORIF) with tension band wiring (TBW) ที่เท้าข้างซ้าย หลังการผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะก่อให้เกิดอันตราย ได้แก่ การติดเชื้อของแผลผ่าตัด ภาวะหลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน และภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด เป็นต้น หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องอาการปวดแผลผ่าตัด pain score 4-5 คะแนน ซึ่งอาการปวดนี้ สามารถควบคุมได้ด้วยการให้ยาระงับอาการปวดตามแผนการรักษาเป็น Ketalorac 30 mg IV q 6hrs , Acupan (20 mg/2 ml) 4 amp +NSS 250 ml IV Drip in 24 hrs.ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย ทุเลาอาการปวด pain score 0-2 คะแนน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องอาการชาบริเวณเท้าซ้าย ปลายเท้าสองอุ่น ไม่ซีด คลำชีพจรบริเวณหลังเท้าได้ชัดเจน และสามารถกระดกข้อเท้าขึ้นลง พยาบาลต้องเฝ้าประเมินอาการชา (neurovascular) ของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พบว่าอาการชาเท้าซ้ายลดลง สามารถขยับขาได้ปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถฝึกการบริหารต่างๆ ได้ตามแผนการรักษา เช่น การฝึกบริหาร deep breathing, effective cough, ankle pumping exercise หลังผ่าตัดวันที่สอง แพทย์ฝึกผู้ป่วยใช้ walker เอง ผู้ป่วยสามารถเดินโดยใช้ walker ใช้เท้าซ้ายแตะพื้นลงน้ำหนักได้เต็มที่ตามที่ผู้ป่วยทนได้ (weight bearing as tolerate) โดยใส่รองเท้าเฝือกลม (Walking Boot) ขณะฝึกบริหารกล้ามเนื้อผู้ป่วยยังมีอาการปวดแผลผ่าตัด pain score 2-3 คะแนน แต่สามารถควบคุมอาการปวดได้ด้วยการให้ยารับประทานตามแผนการรักษา โดยไม่ต้องฉีดยาระงับอาการปวด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจและคลายความวิตกกังวลและความกลัวว่าจะใช้งานเท้าซ้ายได้ไม่เหมือนเดิม พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลในทุกระยะของการเจ็บป่วย การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดและระยะฟื้นฟูสภาพหลังได้รับการผ่าตัดป้องกันข้อติด การป้องกันการหักของกระดูกซ้ำ นอกจากนี้พยาบาลต้องมีความรู้ทักษะในการสร้างแรงจูงใจในการฟื้นฟูสภาพและการส่งเสริมการปรับตัวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป อันจะนำไปสู่การดูแลตนเองที่เหมาะสม สามารถกลับมาใช้งานเท้าได้ตามปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด[7,8,9]

ข้อเสนอแนะ

1.ควรส่งเสริมให้มีการนำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกฝ่าเท้าหักไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องมีการพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกฝ่าเท้าหักโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และควรมีการศึกษาการ

พยาบาลผู้ป่วยกระดูกฝ่าเท้าหักที่มีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อน

2.ควรมีการพัฒนาความรู้ และทักษะพยาบาลในด้านการพยาบาลกระดูกฝ่าเท้าหักให้ครอบคลุมทั้งในระยะก่อนการผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

3.ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาบทบาทพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยภาวะกระดูกหัก ส่งเสริมการนำแนวคิดการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการส่งเสริมการดูแลตนเอง และแนวคิดการส่งเสริมการปรับตัวกับภาพลักษ์ที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1.Kevin P. Smidt; Patrick Massey.(2023). 5th Metatarsal Fracture . Retrieved febuary 2, 2024 from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544369/

2. Matthew J. Steffes MD and Brian Weatherford MD.(2023).5th Metatarsal Base Fracture Retrieved febuary 2, 2024 from https://www.orthobullets.com/foot-and-ankle/7031/5th-metatarsal-base-fracture.

3. American College of Foot and Ankle Surgeons. Fractures of the Fifth Metatarsal.[Online] Retrieved febuary 2, 2024 from https://www.foothealthfacts.org/conditions/fractures-of-the-fifth-metatarsal.

4. Slaviša Mihaljević, Drago Brilej, Miloš Kosanović, Radko Komadina, Miodrag Vlaović.(2024). FRACTURES OF THE FIFTH METATARSAL RESULTS OF THE EARLY OPERATIVE TREATMENT OF ACUTE DISPLACED FRACTURES.Retrieved febuary 2, 2024 from https://vestnik.szd.si/index.php/ZdravVest/article/view/2300

5.จิรันดร์ อภินันทน์.เอกสารประกอบการสอนรายวิชา กระดูกเท้าหักในเท้าและข้อเท้า (Fractures in the Foot and Ankle). ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์. สืบค้นจาก http://ortho2.md.chula.ac.th/phocadownload/data-sheet/Fractures%20in%20the%20Foot%20and%20Ankle.pdf

6.พงศธร ฉันท์พลากร,ชนิกา อังสนันท์สุข,นรเทพ กุลโชติ,ปพน สง่าสูงส่ง,เทพรัตน์ กาญจนเทพศักดิ์.(2562).ตำราการบาดเจ็บทางออร์โธปิดิกส์ Textbookoforthopaedictruma .กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

7.จิณพิชญ์ชา มะมม.(2562). การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

8.อรพรรณ โตสิงห์, พรสินี เต็งพานิชกุล, ธิราวรรณ เชื้อตาเล็ง และณัฐมา ทองธีรธรรม.(2559).การพยาบาลผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์ (พิมพ์ครั้งที่1).กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

9.ธวัช ประสาทฤทธา, พรทิพย์ ลยานันท์, สุขใจ ศรีเพียรเอม.(2555). การพยาบาลออร์โธปิดิคส์. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลเลิดสินกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.

10. Royal United Hospitals Bath NHS Foundation Trust .(2017).Advice after breaking your toe(phalanx). Retrieved febuary 2, 2024,from ORT046_Advice_after_breaking_your_toe.pdf

คุณภาพการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของผู้รับบริการ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร

SERVICE QUALITY BY CLIENTS OF THE OUT PATIENT DEPARTMENT PHRA ACHAN FAN ARJARO HOSPITAL, SAKON NAKHON PROVINCE

(Received: May 25,2024 ; Revised: May 28,2024 ; Accepted: May 29,2024)

สุลัดดา สุวรรณวิเศษ[1] ชลธิชา แก้วอนุชิต[2] และศุภกฤต โสภิกุล[3]
Suladda Suwanviset[1] Chonticha Kaewanuchit[2] and Suphakrit Sopikul[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาคุณภาพการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของผู้รับบริการโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 267 คนสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2566 – 30 พฤศจิกายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของผู้รับบริการโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร อยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91.40 นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของผู้รับบริการ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร สำหรับตัวแปรด้านการรับรู้การบริการของผู้รับบริการ (r= 0.29) และตัวแปรการบริหารจัดการองค์กรต่อระบบบริการ (r=0.61) พบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของผู้รับบริการโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

คำสำคัญ : คุณภาพการให้บริการ การรับรู้การบริการ การบริหารจัดการองค์กร แผนกผู้ป่วยนอก

ABSTRACT

This research was a cross sectional research. Its objective was to investigate service quality by clients of the out-patient department at phra achan fan arjaro hospital in Sakon nakhoon province. The participants comprised 267 cases of the out-patient department phra achan fan arjaro hospital by simple random sampling. The instrument used for data collection was questionnaires in period of the 1st November - the 30th November 2024. The data were analyzed by using of frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi - square analysis, and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient statistics. The results of the study showed that service quality by clients of the out-patient department was found firstly at a high level accounted for 91.40. Besides, individual data were not related to service quality by clients of the out-patient department at phra achan fan arjaro hospital. Perceptions of services for recipients (r=0.29), and organizational management for service system (r=0.61) found that both variables had associated with service quality by clients of the out-patient department in Sakon nakhon province with statistically significant (p-value < 0.05).

Keywords: Service quality by clients, Perceptions of services, Organizational management, The out-patient Department

บทนำ

ความเปลี่ยนแปลงของโลกในปัจจุบันเป็นไปอย่างรวดเร็วในยุคโลกาภิวัตน์ทำให้ทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนต้องมีการพัฒนา เพื่อให้ก้าวสู่ความเป็นสากลและจากการเจริญก้าวหน้าของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทำให้มีการติดต่อสื่อสารสะดวก

1 นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
2 รองศาสตราจารย์ ดร. และผู้ทรงคุณวุฒิเครือข่ายสหวิทยาการราชบัณฑิตในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี
3. ที่ปรึกษาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

มากยิ่งขึ้น จึงก่อให้เกิดการพัฒนาการบริการใหม่ในหลายด้าน ทำให้ระบบบริการสาธารณะต่างๆ เกิดการแข่งขันและเปรียบเทียบคุณภาพการบริการ การบริการเป็นสิ่งสำคัญในการมุ่งเน้นให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจและกลับมาใช้บริการ กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการจัดบริการด้านสาธารณสุขในการจัดบริการแก่ประชาชนทั่วประเทศทั้งในด้านการสาธารณสุข การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยการกำหนดนโยบายในการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพภายใต้หลักการ "เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ" เพื่อให้สามารถดูแลประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง เป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำ โดยมีเป้าหมายหลักคือ ลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย ลดความแออัด และลดระยะเวลารอคอย[1] มาตรฐานระบบบริการสุขภาพมีเจตนารมณ์เพื่อให้สถานพยาบาลต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ข้อกำหนดที่ได้ระบุไว้ในมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ เป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนผู้รับบริการ ประกอบด้วยการเพิ่มสมรรถะในด้านต่างๆ ของสถานพยาบาล และให้การดำเนินการของสถานพยาบาลสอดคล้องตามกฎหมายและพันธะสัญญาที่เกี่ยวข้องเพื่อทำให้เกิดคุณค่าต่อสถานพยาบาล ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สิ่งแวดล้อม และสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพให้กับหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับทั่วประเทศ ให้มีมาตรฐาน มีความปลอดภัย มีกลไกในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการเป็นสถานพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการและประชาชนมีความมั่นใจว่า หากเข้ามารับบริการยังสถานพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพจะได้รับความสะดวกสบายจากการรับบริการภายใต้สถานที่ที่สะอาดเป็นระเบียบ เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม มีสิ่งอำนวยความสะดวกและระบบสาธารณูปโภคที่ครบครัน มีความปลอดภัยต่อชีวิตและทรัพย์สิน ได้รับการตรวจรักษาด้วยเครื่องมือที่ทันสมัย มีประสิทธิ ภาพถูกต้องแม่นยำ พร้อมใช้เชื่อถือได้อย่างเพียงพอ รวมทั้งผู้รับบริการยังได้รับข้อมูลความรู้ที่ถูกต้อง และพัฒนาทักษะที่จำเป็น ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้[2] คุณภาพจึงเป็นความต้องการของทั้งผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ สถานประกอบการและสังคม ผู้รับบริการต้องการการดูแลเอาใจใส่ด้วยหัวใจ การรับฟัง ช่วยแก้ปัญหาด้วยความเต็มใจ และต้องการผลลัพธ์สุขภาพที่ดีส่งผลให้ผู้ให้บริการมีผลงานที่ดี มีความมั่นคงและเจริญก้าวหน้า คุณภาพทำให้องค์กรประสบผลสำเร็จ มีชื่อเสียงขยายตัวได้มั่นคงและยั่งยืน นอกจากนี้คุณภาพยังเป็นความต้องการของสังคมเพื่อสร้างความเชื่อมั่น เป็นที่ไว้วางใจ มีระบบควบคุมตนเอง มีความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ[3] ปัจจุบันผู้รับบริการบางส่วนกำลังเผชิญกับปัญหาคุณภาพการบริการสุขภาพมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ โรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพที่มีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะตอบสนองต่อความคาดหวังของสังคม จึงเกิดกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) เพื่อปรับปรุงการบริการให้มีคุณภาพ ระบบบริการสาธารณสุขไทยของภาครัฐจึงมีการผลักดันนโยบายการพัฒนาด้านการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ซึ่งเป็นการดำเนินงานเพื่อยกระดับคุณภาพการบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชน รวมไปถึงการมุ่งสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพในระดับสากลอย่างมากในประเทศไทย อีกทั้งยังให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางด้านสุขภาพของทวีปเอเชียด้วย ดังนั้นรัฐบาลจึงมีนโยบายสนับสนุนและวางแผนอย่างต่อเนื่องโดยมีนโยบายการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2559 - 2568)

โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร เป็นโรงพยาบาลขนาด 90 เตียง สังกัดสำนักงานสาธารณสุขสกลนคร ตั้งอยู่ที่ตำบลพรรณา อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร มีหมู่บ้านทั้งหมด 10 ตำบล 135 หมู่บ้าน ดูแลประชากรทั้งหมด 60,229

คน ชาย 29,156 คน หญิง 31,073 คน ให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการครอบคลุมการตรวจรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพทางโรงพยาบาลได้นำนโยบายรูปแบบต่างๆมาใช้เพื่อให้เกิดคุณภาพ เช่น ระบบบริการด่านหน้า แนวคิดกรพัฒนาแบบองค์รวม ระบบพัฒนาสุขภาพ ดังนั้นในแผนกผู้ป่วยนอกซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญและเป็นสถานบริการด่านแรกของโรงพยาบาลเป็นจุดที่มีปฏิสัมพันธ์สูงสุดของระบบบริการกับชุมชน ซึ่งแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร มีผู้มารับบริการจำนวนมาก จากสถิติผู้มารับบริการของโรงพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร มีผู้ป่วยมาใช้บริการแต่ละปีมากถึง 114,704 ครั้งต่อปี ผู้ป่วยใหม่เฉลี่ย 25,310 รายต่อปี ในปีงบประมาณ 2563 จำนวน 101,660 ครั้งต่อปี เป็น 24,664 รายต่อปี ในปีงบประมาณ 2564 และเพิ่มมากขึ้นเป็น จำนวน 114,214 ครั้งต่อปี จำนวน 27,889 รายต่อปี ในปีงบประมาณ 2565 และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอีกในปีต่อไปซึ่งเป็นข้อมูลมาจากงานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ปีงบประมาณ 2563 - 2565 มีบุคลากรแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 114 คน ให้การบริการแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งประกอบด้วยการบริการตรวจรักษาด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการในคลินิกเฉพาะโรคต่าง ๆ ได้แก่ตรวจโรคทั่วไป คลินิกเบาหวาน คลินิกความดันโลหิตสูง คลินิกวัณโรค คลินิกฝากครรภ์คลินิก Asthma/COPD คลินิกเด็กดี คลินิก Warfarin คลินิกไตวายเรื้อรัง รวมถึงด้านการแพทย์แผนไทยการบริการด้านทันตกรรม ให้บริการผู้ป่วยนอกทุกเพศทุกวัย ทุกแผนก ในวันราชการเปิดบริการตั้งแต่เวลา 08.00น. ถึง 16.00 น. และให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่มาตรวจโรคทั่วไปในวันเสาร์ วันอาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ช่วงเช้าเวลา 08.00 น. ถึง 12.00 น. มีพื้นที่รองรับบริการ ได้มีการจัดแยกที่รองรับบริการผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจไว้ทางด้านหน้าและให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ มีการตรวจเยี่ยมเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงขณะรอตรวจเมื่อพบผู้รับบริการมีอาการรุนแรงมากขึ้นหรือผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ตามแนวทางการประเมินผู้ป่วยที่ต้องไปตรวจแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและส่งไปรับบริการ จากการสำรวจความคิดเห็นและข้อร้องเรียนที่ผ่านมาของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร พบว่า ปีพ.ศ. 2563 ผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจ ร้อยละ 26.29 ปีพ.ศ. 2564 ผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจ ร้อยละ 24.66 ปีพ.ศ.2565 ผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจ ร้อยละ 26.68 ปัญหาที่พบคือการบริการที่รอนาน ไม่ได้รับความสะดวกสบายในการมารับบริการ เจ้าหน้าที่พูดจาไม่ดีผู้ใช้บริการได้รับบริการไม่ครบถ้วน และไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้ให้บริการเท่าที่ควรจากข้อมูลในรายงานรับเรื่องร้องเรียนโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโรในปีงบประมาณ 2565 คุณภาพบริการ เป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้โรงพยาบาลมีความเป็นเลิศในการบริการ การพัฒนาคุณภาพบริการแผนกผู้ป่วยนอกเป็นสิ่งจำเป็นที่ส่งผลให้เกิดการบริการที่ดี รวดเร็ว มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพการบริการ สร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ การเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดบริการและช่วยให้ผู้รับบริการได้รับในสิ่งที่ต้องการ รวมทั้งสร้างความน่าเชื่อถือและทัศนคติที่ ดีต่อโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น การบริการแผนกผู้ป่วยนอกได้นำแนวทางกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล[4] มาพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลและได้การรับรองมาตรฐาน ในปีพ.ศ.2564 ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะบุคลากรโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จึงเล็งเห็นถึงความจำเป็นที่จะศึกษาคุณภาพการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร โดยศึกษาข้อมูลคุณภาพบริการ 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ 2) ด้านความน่าเชื่อถือของการบริการ 3) ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ 4) ด้านการให้ความเชื่อมั่นในการบริการ 5) ด้านการรู้จักเข้าใจและความเห็นอกเห็นใจผู้ใช้บริการต่อผู้ใช้บริการ เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงประสิทธิภาพ และพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร เพื่อนำไปสู่กระบวนการพัฒนาและรับรอง

คุณภาพโรงพยาบาลตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลให้เหมาะสมดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาตัวแปรด้านปัจจัยส่วนบุคคล ตัวแปรทางด้านการบริหารองค์กรต่อระบบบริการ และตัวแปรด้านการรับรู้การบริการของผู้รับบริการที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของผู้รับบริการโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร จังหวัดสกลนคร

2. เพื่อศึกษาคุณภาพการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของผู้รับบริการโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร จังหวัดสกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องคุณภาพการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของผู้รับบริการโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร จังหวัดสกลนคร มีรูปแบการวิจัยเป็นแบบตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross sectional descriptive study) โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้รับบริการที่เคยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาก่อนการศึกษาอย่างน้อย 1 ครั้ง ทั้งเพศชายและหญิงกลุ่มอายุ 20 - 60 ปีที่มารักษาโรคทั่วไปโดยเป็นผู้รับบริการที่เข้ามารับบริการโดยไม่ได้มีใบนัดหมายจากโรงพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 840 คน[5]

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้รับบริการที่เคยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร โดยใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Daniel[6] ได้กลุ่มตัวอย่าง 254 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงได้คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อไม่ให้ข้อมูลที่เก็บได้จริงมีขนาดตัวอย่างเล็กกว่าที่กำหนดและมีผลต่อค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard error) ในการสรุปผลการศึกษาป้องกันไม่ให้เกิดสถานการณ์ดังกล่าวจะต้องมีการเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 5 [7] จำนวน 13 คน รวมประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 267 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) โดยผู้วิจัยประยุกต์จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวนทั้งหมด 59 ข้อ แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มีจำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การบริการของผู้มารับบริการต่อแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการบริหารองค์กรต่อระบบบริการของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร จำนวน 15 ข้อ และส่วนที่ 4 แบบสอบถามระดับคุณภาพการบริการแผนกผู้ป่วยนอกของผู้รับบริการโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนครตามเครื่องมือ SERVQUALทั้ง 5 ด้าน[8] จำนวน 20 ข้อซึ่งมีการประยุกต์มาบางส่วน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 5 อันดับ (Rating Scale) ประกอบด้วย มากที่สุด มาก ปาน กลาง น้อย น้อยที่สุด แปลผลโดยใช้เกณฑ์ Best[9] ประกอบด้วยระดับมาก ปานกลาง และน้อย และส่วนที่ 5 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ๆ เป็นคำถามปลายเปิด

เมื่อผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามเชิงประยุกต์เรียบร้อยแล้ว จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พบว่า ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Index of item objective congruence; IOC) เท่ากับ 0.98 และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า ภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.95

สำหรับขั้นตอนในการรวบรวมเก็บข้อมูลงานวิจัยในครั้งนี้เริ่มหลังจากงานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองงานวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม

การวิจัยในมนุษย์ระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยเวสเทิร์นเอกสารรับรองเลขที่ WTU 2566-0067 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้เข้าพบผู้นำองค์กร เพื่อดำเนินเกี่ยวกับการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง และได้เข้าพบกับกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบพร้อมทั้งชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ จะให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเองและให้เซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยและแจ้งให้ทราบว่าเมื่อร่วมเข้าโครงการวิจัยแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากการวิจัยสามารถกระทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง จะถือเป็นความลับ และในการรวบรวมข้อมูลจะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปีหลังจากสิ้นสุดการศึกษาในครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อสรุปข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในการบรรยายลักษณะของข้อมูลทั่วไปโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Analytical Statistics) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าไคสแควร์ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product - moment correlation coefficient) สำหรับข้อมูลที่มีการกระจายแบบโค้งปกติและเป็นข้อมูลแบบต่อเนื่อง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.1 มีระดับการศึกษามัธยมปลายมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 65.9 มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนมากคิดเป็นร้อยละ 61 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 56.9 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาทเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 91 และนิยมมาใช้บริการงานผู้ป่วยนอกในรอบ 1 ปีที่ผ่านน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 96.6 โดยส่วนใหญ่ใช้สิทธิประโยชน์บัตรทองมากที่สุดคิดเป็นร้อย 86.9 และเลือกรับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้โดยให้เหตุผลว่าเพราะเดินทางสะดวกและอยู่ใกล้บ้านมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 86.9

จำนวนและร้อยละของการรับรู้บริการของผู้รับบริการ การบริหารองค์กรต่อระบบบริการ และคุณภาพการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร พบว่าการรับรู้การบริการของผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร อยู่ในระดับดี ร้อยละ 88.4 ซึ่งพบมากสุดโดยจะเห็นได้ว่าอยู่ในเกณฑ์ระดับดีเช่นเดียวกับตัวแปรการบริหารองค์กรต่อระบบบริการต่อคุณภาพการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร อยู่ในระดับดี ร้อยละ 86.5 และคุณภาพการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร โดยภาพรวมแล้วจะสังเกตได้ว่า อยู่ในระดับดี ร้อยละ 91.4

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการกับคุณภาพการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร (Chi-Square test)

ตัวแปร	ค่าไคสแควร์ (χ^2)	p-value
เพศ	0.25	0.60
สถานภาพสมรส	1.85	0.43
อาชีพ	1.16	0.70
ระดับการศึกษา	1.85	0.46
การใช้สิทธิประโยชน์ในการรักษา	7.53	0.29
เหตุผลในการเลือกใช้บริการ	3.32	0.47

*P-value < 0.05

จากตารางที่ 1 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดย

ใช้ค่าไคสแควร์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา สิทธิ์ประโยชน์ในการรักษา และเหตุผลในการเลือกสถานบริการไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของผู้มารับบริการโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร ในขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งประกอบด้วย อายุ รายได้ และจำนวนครั้งที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกในรอบ 1 ปี พบว่าข้อมูลดังกล่าวไม่มีการกระจายแบบโค้งปกติ จึงไม่สามารถนำมาคำนวณหาค่าเพื่อใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันได้

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การบริการของผู้รับบริการและการบริหารองค์กรต่อระบบบริการกับคุณภาพการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของผู้มารับบริการโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนครด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ตัวแปร	คุณภาพการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของผู้มารับบริการโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร		ระดับความสัมพันธ์[21]
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	
• การรับรู้การบริการของผู้รับบริการ	0.290	0.001*	ต่ำ
• การบริหารองค์กรต่อระบบบริการ	0.615	0.001*	สูง

*P-value < 0.05

จากตารางที่ 2 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่าการรับรู้การบริการของผู้รับบริการ (r=0.290) และการบริหารองค์กรต่อระบบบริการ (r=0.615) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของผู้มารับบริการโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนครอย่างมีนัยสำคัญ (P-value < 0.05)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการที่ใช้บริการงานผู้ป่วยนอกในรอบ 1 ปีที่ผ่านมามากกว่า 5 ครั้ง จะให้คะแนนคุณภาพการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกสูงกว่าผู้รับบริการที่ใช้บริการงานผู้ป่วยนอกในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาต่ำกว่า 5 ครั้ง อาจเป็นไปได้ว่าผู้รับบริการที่ใช้บริการงานผู้ป่วยนอกบ่อยครั้งมีโอกาสสัมผัสกับคุณภาพการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกมากกว่าผู้รับบริการที่ใช้บริการงานผู้ป่วยนอกน้อยครั้งจึงทำให้ผู้รับบริการที่ใช้บริการงานผู้ป่วยนอกบ่อยครั้งสามารถรับรู้ถึงคุณภาพการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกได้ชัดเจนกว่า และสามารถเปรียบเทียบคุณภาพการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกกับโรงพยาบาลอื่นๆ ได้ นอกจากนี้ผู้รับบริการที่ใช้บริการงานผู้ป่วยนอกบ่อยครั้งอาจมีความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกสูงกว่าผู้รับบริการที่ใช้บริการงานผู้ป่วยนอกน้อยครั้ง เมื่อผู้รับบริการได้รับบริการที่ตรงตามหรือเหนือกว่าความคาดหวัง ก็จะส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกมากขึ้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่า จำนวนครั้งที่มาใช้บริการงานผู้ป่วยนอกในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร โดยผู้รับบริการที่ใช้บริการงานผู้ป่วยนอกบ่อยครั้งจะให้คะแนนคุณภาพการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกสูงกว่าผู้รับบริการที่ใช้บริการงานผู้ป่วยนอกน้อยครั้ง สอดคล้องกับงานวิจัยของบุษบา บุญทะจิตต์ (2557)[10] โดยศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร พบว่า คุณภาพของการบริการที่แตกต่างกันมีคุณลักษณะของผู้ใช้บริการที่มีผู้ตอบแบบสอบถาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพรายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล เหตุจูงใจในการมารับบริการ และการ

ได้รับข้อมูลข่าวสาร ไม่แตกต่างกัน คุณภาพของการบริการที่แตกต่างกันมีคุณลักษณะของผู้ให้บริการที่มีประเภทหอผู้ป่วยพิเศษประจำหอผู้ป่วย เพศ อายุและประสบการณ์ในการทำงานแตกต่างกัน คุณภาพของการบริการที่แตกต่างกันมีคุณลักษณะของผู้ให้บริการที่มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและตำแหน่งไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับงานของมานพ สงสุรินทร์[11] ศึกษาในด้านของคุณภาพในการให้บริการของฝ่ายโยธาสำนักงานเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร พบว่า การเปรียบเทียบคุณภาพในการให้บริการแยกตามเพศ อายุ รายได้ สถานภาพระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่ใช้บริการ และระยะเวลาที่ใช้บริการ พบว่าผู้ใช้บริการที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน ความคิดเห็นต่อคุณภาพการให้บริการไม่แตกต่างกัน

สำหรับคุณภาพการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร ผลปรากฏว่าอยู่ในระดับดี โดยผู้รับบริการส่วนใหญ่ให้การรับรู้ในเชิงบวกถึงคุณภาพการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลมีการบริการที่มีคุณภาพและเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการโดยมีความเป็นไปได้ว่าผู้ให้บริการมีลักษณะเป็นมืออาชีพ มีความสนใจและเอาใจใส่ในการให้บริการ เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ทันสมัยพร้อมใช้งาน บุคลิกภาพของผู้ให้บริการน่าเชื่อถือ ผู้ให้บริการมีเอกสารหรือการแนะนำการบริการที่ชัดเจน และผู้ให้บริการมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ สอดคล้องกับรุ่งทิพย์ นิลพัท[12] คุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมาใช้บริการซ้ำของผู้รับบริการโรงพยาบาลเปาโลรังสิต พบว่า คุณภาพการให้บริการด้านการสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการมีความสัมพันธ์มากที่สุดกับการกลับมาใช้บริการซ้ำของผู้รับบริการ รองลงมาคือคุณภาพการให้บริการการด้านความเป็นรูปธรรมของการให้บริการมีความสัมพันธ์กับการกลับมาใช้บริการซ้ำของผู้รับบริการซึ่งผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่ามีความสัมพันธ์อยู่ในระดับมากทุกด้าน และสอดคล้องกับงานของวาปี ครองวีริยะภาพ (2556) [13] โดยศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเอกชนกรุงเทพมหานครตามการรับรู้ระหว่างพยาบาลวิชาชีพและผู้รับบริการโดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาถึงการบริหารองค์กรต่อระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร พบว่า อยู่ในระดับดี โดยมีระดับปานกลางเพียงเล็กน้อย ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารองค์กรต่อระบบบริการกับผู้รับบริการที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจมาจากการบริหารองค์กรที่ดีจะช่วยให้โรงพยาบาลสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ และทำให้โรงพยาบาลสามารถรักษามาตรฐานคุณภาพการให้บริการได้อย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของศุภลักษณ์ แซ่ห่าน[14] ศึกษาในด้านของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังในคุณภาพการให้บริการของรพ. นครินทร์ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ผู้รับบริการได้ให้ระดับความคาดหวังในคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลนครินทร์ด้านการให้ความมั่นใจแก่ลูกค้าเป็นอันดับแรก รองลงมาคือด้านการตอบสนองลูกค้าด้านความเชื่อถือไว้วางใจ ผู้รับบริการที่มีเพศและจำนวนครั้งที่มารับบริการต่อปีที่แตกต่างกันให้ระดับความคาดหวังในคุณภาพการให้บริการโรงพยาบาลนครินทร์ไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของพรรณิดา ขุนทรง[15] มีการศึกษาในด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) พบว่าระดับคุณภาพการให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับสูง

นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้การบริการของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการในงานวิจัยนี้ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีนั้นสะท้อนให้เห็นว่า การที่การรับรู้การบริการของผู้รับบริการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นั้นมี

ความเป็นไปได้ที่จะสัมพันธ์กับคุณภาพการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแห่งนี้อยู่ในระดับที่น่าพอใจ โดยผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการให้บริการในด้านต่างๆ เช่น ความรวดเร็วในการให้การรักษา ความถูกต้องแม่นยำของการรักษา ความเอาใจใส่ของบุคลากร ความสะอาดของสถานที่ให้บริการ เป็นต้น คุณภาพการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแห่งนี้มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ กล่าวคือ หากคุณภาพการให้บริการดี ผู้รับบริการก็จะมีความพึงพอใจสูงตามไปด้วย ซึ่งผลการศึกษานี้สรุปได้ว่า คุณภาพการให้บริการเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการโดยผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรีญา นามเจริญ[16] ซึ่งศึกษาการเปรียบเทียบความคาดหวังและการรับรู้ของผู้มารับบริการที่มีต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย กล่าวโดยสรุปได้ว่า ผู้มารับบริการมีความคาดหวังสูงกว่าการรับรู้ที่มีต่อคุณภาพการบริการทั้งภาพรวมและจำแนกเป็นรายด้าน โดยผู้มารับบริการมีความคาดหวังในด้านความมั่นใจได้ระดับสูงที่สุด และมีความคาดหวังในด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการระดับต่ำที่สุด นอกจากนั้นพบว่าผู้มารับบริการมีการรับรู้ในด้านความมั่นใจได้อยู่ระดับสูงที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิกุล รัตถาพิมพ์[17] โดยศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี พบว่า ผู้ใช้บริการมีการรับรู้สภาพความเป็นจริงของคุณภาพบริการโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดนั่นเอง

อย่างไรก็ตาม แม้ว่างานวิจัยครั้งนี้จะมีจุดแข็งในแง่ของผลการวิจัยซึ่งมีความน่าเชื่อถือที่สัมพันธ์กับคุณภาพการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของผู้รับบริการเป็นอย่างมาก แต่จะเห็นว่ายังขาดตัวแปรปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพ (Social Determinants of Health; SDH)[18] ซึ่งจำเป็นจะต้องศึกษาค้นคว้าต่อไปในอนาคตด้วย นอกจากนี้การบริหารองค์กรต่อระบบบริการยังอาจต้องเพิ่มกลยุทธ์โดยการสร้างจิตสำนึกมุ่งมั่นเจริญรอยตามพระราชปณิธานจอมพลเรือสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ซึ่งเป็นพระบิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันและพระบิดาแห่งการสาธารณสุขไทย ที่นำมาซึ่งประโยชน์สุขแห่งมวลมนุษยชาติในรูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดล (Mahidolia healthy model)[19, 20] เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จได้อย่างเหมาะสมด้วยวิสัยทัศน์ที่ก้าวไกลจะเปรียบเสมือนแรงส่งเสริมสนับสนุนจากประชาชนที่ให้ความร่วมมือกันในการสร้างสรรค์สังคมให้น่าอยู่ด้วยจิตอาสาเพื่อให้มีคุณภาพบริการของโรงพยาบาลเกิดประสิทธิภาพและมีคุณภาพต่อผู้มารับบริการดีขึ้นและยั่งยืนด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. จากข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ พบว่าคุณภาพการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกมีระดับดีสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 91.60 และการบริหารองค์กรอยู่ในเกณฑ์ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 86.5 โดยมีการรับรู้บริการที่ดีจากผู้รับบริการเอง คิดเป็นร้อยละ 88.4 ข้อเสนอแนะต่อไปในการทำวิจัยควรพิจารณาคำนึงถึงเกี่ยวกับการพัฒนาบริการเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มความสำเร็จของผู้รับบริการและให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมายอย่างเต็มที่ รวมถึงการศึกษาวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพด้วย

2. ผู้บริหารงานด้านสาธารณสุขในองค์กรควรพิจารณาการสร้างกลยุทธ์ในการบริหารจัดการองค์กรเพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการและคุณภาพการให้บริการ การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพสามารถส่งผลให้คุณภาพบริการเพิ่มสูงขึ้น ตลอดจนการมีนโยบายที่สนับสนุนการพัฒนาบริการและการจัดการที่มีประสิทธิภาพในองค์กร

3. จำเป็นจะต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลยุทธ์ที่สามารถนำไปใช้สู่การปฏิบัติจริงโดยอาจใช้รูปแบบโมเดลปลาบู่มหิดล (Mahidolia healthy model) เข้ามาขับเคลื่อนเพื่อการสร้างทัศนคติที่ดีและการรับรู้การบริการของผู้รับบริการที่มีต่อบุคลากรให้บรรลุผลสำเร็จได้อย่างเหมาะสมด้วยวิสัยทัศน์ที่ก้าวไกล เป็นการรับรู้ในเชิง

บวกถึงคุณภาพการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก ทำให้โรงพยาบาลสามารถรักษามาตรฐานคุณภาพการให้บริการได้อย่างสม่ำเสมอ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหาแบบสอบถาม ขอขอบคุณผู้รับบริการ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร ที่ให้ข้อมูลตอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

1. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ พ.ศ.2560-2564. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2560.
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปี พ.ศ. 2563 (ฉบับส่งเสริมและพัฒนาสถานพยาบาล). กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
3. ผ่องพรรณ ธนาและคณะ. พระพุทธศาสนากับการพัฒนาคุณภาพการบริการ. วารสารการพยาบาล และการดูแลสุขภาพ, 2560;35:15-21.
4. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. ภารกิจ วัตถุประสงค์ของหน่วยงาน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 31 มี.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก https://www.oic.go.th/ginfo/moreinfo.asp?
5. โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร. ข้อมูลทั่วไป [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 31 มี.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก https://arjarohospital.go.th/
6. Daniel, W. W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Science. Canada: John Wiley & Sons, Inc; 2010.
7. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย.พิมพ์ครั้งที่ 4.กรุงเทพมหานคร: เอเชียเพรส; 2558.
8. Parasuraman, A., Ziethaml, V.A., & Berry, L.L. SERVQUAL: A Muti-item scale for measuring consumer perception of service quality. Journal of Retailing 64 (1): 12-40; 1988.
9. Best, J. W. Research in Education (3rd.). New Jersey: Prentice Hall; 1977.
10. บุษบา บุญทะจิตต์. คุณภาพการบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ ในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557.
11. มานพ สงสุรินทร์. คุณภาพในการให้บริการของฝ่ายโยธาสำนักงานเขตบางพลัด กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกริก; 2561.
12. รุ่งทิพย์ นิลพัท. คุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมาใช้บริการซ้ำของผู้รับบริการโรงพยาบาลเปาโล รังสิต. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2561.
13. วาปี ครองวีริยะภาพ. คุณภาพบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
14. ศุภลักษณ์ แซ่ห่าน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังในคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลนครินทร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 31 มี.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก http://www.ba-abstract.ru.ac.th.upload
15. พรรณิดา ขุนทรง. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557.
16. ภัทรีญา นามเจริญ. การเปรียบเทียบความคาดหวังและการรับรู้ของผู้มารับปริการที่มีต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย.วิทยานิพนธ์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2558.
17. พิกุล รัตถาพิมพ์. คุณภาพบริการตามความคาดหวังและตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานีวิทยานิพนธ์. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2558.
18. ชลธิชา แก้วอนุชิต. แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพภายใต้ระบบสุขภาพโลกและประเทศไทย. 2556;36(1):123-31.
19. ชลธิชา แก้วอนุชิต และศุภกฤต โสภิกุล. แนวโน้มการจัดทำแบบเกษมสุขด้วยโมเดลปลาบู่มหิดลเพื่อการสาธารณสุขไทยภายใต้สถานการณ์โรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 18 วันที่ 3-4 กรกฎาคม 2564 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตวัชรพล. 2564:108-116.

20. Kaewanuchit, C, Sopikul, S, Silawan, P, Nayan Deep S. Kanwal. Community health strategy under the context of globalization: Mahidolia Healthy Model. Horizon JHSSR. 2021;3(2):151-60.
21. Davis.J.A. Elemeniary survey analysis. Englewood Clifts,N J:Prenlice-Hall. 1971.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันก่อนการส่งต่อช่องทางด่วน : กรณีศึกษา

Nursing Care for Acute Stroke Before Transfer to The Stroke Fast Track : Case Study

(Received: May 20,2024 ; Revised: June 2,2024 ; Accepted: June 3,2024)

ฐิติพร ชนมนัส[1]
Thitiphon Chonmanat[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาข้อมูลการเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง การรักษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันเฉียบพลัน แบบกรณีศึกษา 2 ราย ตั้งแต่ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) ระยะรักษาในโรงพยาบาล (In-hospital) และภายหลังจำหน่ายโดยการส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย(โรงพยาบาลหลังสวน) (Post-hospital) ผู้ศึกษาเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลทุ่งตะโก และจำหน่ายโดยการส่งต่อทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) โรงพยาบาลหลังสวน ระหว่างวันที่ 1 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 31 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ราย

ผลการศึกษา การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันเฉียบพลัน แบบกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย พบว่า มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดที่เหมือนกันคือ เพศ และอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่ต่างกัน รายที่ 1 มีภาวะอ้วนระดับที่ 2 ในรายที่ 2 เป็นโรคความดันโลหิตสูง นาน 26 ปี มีพฤติกรรมเสี่ยงจากการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง รวมทั้งการรักษา ทั้ง 2 ราย มีความคล้ายคลึงกัน แต่กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับยา Nicardipine ทางหลอดเลือดดำ ก่อนและระหว่างส่งต่อ Stroke fast track เนื่องจากระดับความดันโลหิตสูงตอนแรกรับ สำหรับ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการรักษา ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล มีความแตกต่างกัน กรณีศึกษารายที่ 1 มีการรับรู้อาการและมีวิธีการจัดการเมื่อสงสัยโรคหลอดเลือดสมองล่าช้า ทำให้ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการ จนถึงผู้เห็นเหตุการณ์นำส่งโรงพยาบาล เป็นระยะเวลา 2 ชั่วโมง ส่วนรายที่ 2 มีการรับรู้อาการสำคัญทางคลินิกและการจัดการอาการของโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการ จนถึงนำส่งโรงพยาบาล มีระยะเวลา 30 นาที และผู้ป่วยได้รับการรักษาเบื้องต้น โดยตั้งแต่จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลมีความขัดข้องด้านเทคโนโลยีการสื่อสารเพื่อการเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยไม่มีความต่อเนื่อง ระยะในโรงพยาบาล มีการรักษาพยาบาลที่เหมือนกัน ตาม Stroke fast track protocol ต่างกันที่รายที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดสมองแตกเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงตอนแรกรับ จึงได้รับยาลดระดับความดันโลหิตตามแผนการรักษา และระหว่างส่งต่อช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหลังสวน ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการพยาบาลตาม Stroke fast track protocol อย่างต่อเนื่อง และระยะการติดตามการผลการรักษา ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับ CT Brain และได้รับยา recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ทันเวลา ภายในเวลา 4.5 ชั่วโมง และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา

คำสำคัญ : การพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองตีบตันเฉียบพลัน ทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษา

Abstract

The purpose of this study was to study information on illness, risk factors, pathology, signs and symptoms, treatment, and nursing care for patients with ischemic stroke or acute ischemic stroke using two case studies from the pre-hospital stage. (Pre-hospital) Hospital treatment period (In-hospital) and later distributed by referral to the host hospital. (Post-hospital) Methods: The study investigators selected patients with ischemic stroke or acute blockage. who received treatment for emergency accident and forensic work Thung Tako Hospital and sold by forwarding on the Stroke

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลทุ่งตะโก

Expressway (Stroke Fast Track), Lang Suan Hospital. Between 1 November 2022 and 31 December 2023, 2 cases. Results of the study. Comparative study of nursing care for patients with ischemic stroke or acute ischemic stroke, case study, 2 cases, found that There are common risk factors for birth: gender and age, which are factors that cannot be controlled. As for the different risk factors, Case 1 has 2nd degree obesity. Case 2 has had high blood pressure for 26 years and has risky behavior from smoking and drinking alcohol. Pathological signs and symptoms Including the treatments for both cases are similar. But the second case study received Nicardipine intravenously. Before and during referral for Stroke fast track due to elevated blood pressure at initial admission for nursing diagnosis and treatment Period before reaching the hospital There is a difference. Case study 1: Symptom recognition and management methods when suspected of a stroke are delayed. This makes the time since the onset of symptoms Until the witness was taken to the hospital for a period of 2 hours, while the second case was aware of important clinical symptoms and management of stroke symptoms. By using emergency medical services This makes the time since the onset of symptoms Until being transported to the hospital, the duration was 30 minutes and the patient received initial treatment. From the scene of the incident But during the delivery, there was a problem in communication technology while transporting the patient to the hospital. make communication In order to prepare for receiving patients, there is no continuity. length of time in hospital Had the same medical treatment according to the Stroke fast track protocol. The difference was that case 1 was at risk of having a stroke due to having high blood pressure when first admitted. Therefore, he received medication to reduce blood pressure according to the treatment plan. and during transfer to the stroke expressway Lang Suan Hospital, both patients received nursing care according to the Stroke fast track protocol continuously. and the follow-up period for treatment results, both patients received CT Brain and received recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) in time, within 4.5 hours, and there were no complications from receiving the drug.

Keywords : Nursing Care, Acute Ischemic Stroke, Stroke Fast Track, Case Study

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ในปัจจุบันเป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลก สาเหตุหลักของการเกิดโรคได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและความผิดปกติของหลอดเลือดเกิดหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน หรือหลอดเลือดสมองแตก เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ในกรณีที่ไม่เสียชีวิตส่งผลให้ร่างกายพิการถาวรได้ สูญเสียสมรรถภาพในด้านต่างๆ เกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่น สำหรับประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายและการสูญเสียชีวิตระดับต้น ทั้งในเพศชายและหญิง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ โรคนี้สามารถป้องกันได้ โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การคัดกรองโรค การตรวจวินิจฉัยและการรักษาอย่างทันท่วงที ภายใต้ระบบบริการสุขภาพตามมาตรฐานที่กำหนดอย่างเหมาะสม ครอบคลุม และเข้าถึงการรักษาได้เร็ว ช่วยลดอัตราตายและความพิการได้

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการอุด ตีบหรือตัน หากได้รับการรักษาโดยให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน 4.5 ชั่วโมง[3] จะช่วยลดอัตราการตายและความพิการตลอดจนภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังนั้นจึงต้องมีการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันในระยะเฉียบพลัน (Stroke fast track) ที่มีแนวทางปฏิบัติชัดเจนและรวดเร็ว เพื่อเพิ่มปริมาณผู้ป่วยให้เข้าถึงและได้รับการรักษาด้วยยาทันภายในเวลาที่กำหนด โดยต้องเริ่มกระบวนการตั้งแต่ช่วงก่อนเข้าถึงบริการที่

โรงพยาบาล (pre hospital) กล่าวคือ ประชาชนต้องมีความตระหนักถึงอาการนำของโรคหลอดเลือดสมอง และหากมีอาการต้องรีบมาโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด ฉะนั้นพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีบทบาทในการดูแลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงต้องมีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการจัดการภาวะเร่งด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใต้ระยะเวลาที่จำกัด คือ 4.5 ชั่วโมง[3]

โรงพยาบาลทุ่งตะโกเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับกลาง โดยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีเป้าหมายให้บริการรักษาให้การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามปัญหาเร่งด่วนด้วยความปลอดภัย รวดเร็วและได้มาตรฐาน และในปัจจุบันโรคกลุ่มเสี่ยงสำคัญของโรงพยาบาลได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันเฉียบพลัน เนื่องจากเป็นกลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดทางหลอดเลือดดำตาม Stroke fast track protocol โดยมีการกำหนดระเบียบแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานจากโรงพยาบาลแม่ข่ายและมีการปฏิบัติตามข้อตกลงนั้นร่วมกัน และมีบทบาทในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล และระยะในโรงพยาบาล โดยการรักษาเบื้องต้น ก่อนการส่งต่อช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track) ที่โรงพยาบาลหลังสวน สำหรับการศึกษาครั้งนี้ได้นำขั้นตอนตามมาตรฐานได้นำขั้นตอนของห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke chain of survival and recovery)[5] เป็นแนวทางประเมินการจัดการดูแลและอาการสงสัยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ 1) ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital phase) 3 ขั้นตอน คือ Detection, Dispatch, Delivery และ 2) ระยะรักษาในโรงพยาบาล (In-hospital phase) 5 ขั้นตอน คือ Door, Data, Decision และจำหน่ายโดยการส่งต่อทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลแม่ข่ายในขั้นตอน Drug, Dispositionมาเป็นประเด็นวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา และนำผลจากศึกษามาพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลันตั้งแต่ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ระยะในโรงพยาบาล และจำหน่ายโดยการส่งต่อทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลแม่ข่าย (หลังสวน)ทันเวลาและปลอดภัย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาข้อมูลการเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพและอาการแสดง การรักษา การพยาบาล และผลการรักษาหลังจำหน่ายโดยการส่งต่อทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track) โดยการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลัน แบบกรณีศึกษา 2 ราย ตั้งแต่ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) ระยะรักษาในโรงพยาบาล (In-hospital) และภายหลังจำหน่ายโดยการส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย (Post-hospital)

วิธีการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลทุ่งตะโก ที่เข้าเกณฑ์การรักษาช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง และจำหน่ายโดยการส่งต่อทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) โรงพยาบาลหลังสวน ระหว่างวันที่ 1 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 31 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ราย

2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันเฉียบพลัน ที่ได้รับการส่งต่อทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) และการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลัน

3. ดำเนินการศึกษาโดยใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) การสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการ

เจ็บป่วย จากผู้ป่วย ญาติ และการสังเกต 2) ประเมิน Glasglow Coma Score และ NIHSS 3) ประเมินการจัดการดูแลและอาการสงสัยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke chain of survival and recovery)

4. วางแผนการพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการพยาบาล เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาล ตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ตั้งแต่ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ระยะรักษาในโรงพยาบาล (งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช) และขณะส่งต่อช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแม่ข่าย

5. เปรียบเทียบรายกรณีศึกษา 2 ราย จากข้อมูลการเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพและอาการแสดง การรักษา การพยาบาล และผลการรักษาหลังจำหน่ายโดยการส่งต่อทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track) และการกำหนดข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาล ได้นำขั้นตอนของห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke chain of survival and recovery) เป็นแนวทางประเมินการจัดการดูแลและอาการสงสัยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ 1) ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital phase) 3 ขั้นตอน คือ Detection, Dispatch, Delivery และ 2) ระยะรักษาในโรงพยาบาล (In-hospital phase) 5 ขั้นตอน คือ Door, Data, Decision และจำหน่ายโดยการส่งต่อทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลหลังสวนในขั้นตอน Drug, Disposition

6. สรุปผลการศึกษา จัดทำรูปเล่ม และเผยแพร่ผลงาน

ผลการศึกษา

การวินิจฉัยทางการพยาบาล : กรณีศึกษาที่ 2 ญาติโทรศัพท์เรียกหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ออกรับ ณ จุดเกิดเหตุ และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล ตามขั้นตอนห่วงโซ่การรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre hospital phase) กรณีศึกษาที่ 2 ประเมินการจัดการอาการและประเมินอาการสงสัยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย ญาติ ตามขั้นตอนห่วงโซ่การรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการ วันที่ 21 พฤศจิกายน 2565 เวลา 00.10 น. พยาบาลหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ออกรับ ณ จุดเกิดเหตุ (บ้านผู้ป่วย) นำส่งถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลทุ่งตะโก วันที่ 21 พฤศจิกายน 2565 เวลา 00.30 น. มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตามขั้นตอน Detection, Dispatch, Delivery ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 : การประสานงานเพื่อการสื่อสารผลการประเมินเบื้องต้นของผู้ป่วยกับทีม สหสาขาวิชาชีพไม่ต่อเนื่องจากประสิทธิภาพการสื่อสารไม่เสถียร

2. ระยะการรักษาในโรงพยาบาล (In hospital phase) กรณีศึกษารายที่ 2 ระยะเวลาเริ่มตั้งแต่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลทุ่งตะโก วันที่ 21 พฤศจิกายน 2565 เวลา 00.30 น. และเคลื่อนย้ายออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลทุ่งตะโก วันที่ 21 พฤศจิกายน 2565 เวลา 00.50 น. เพื่อจำหน่ายโดยการส่งต่อช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track) โรงพยาบาลหลังสวน ถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหลังสวน วันที่ 21 พฤศจิกายน 2565 เวลา 01.15 น. มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตามขั้นตอน Door, Data, Decision และจำหน่ายโดยการส่งต่อทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหลังสวน ในขั้นตอน Drug, Disposition ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 : เสี่ยงต่อภาวะเส้นเลือดในสมองแตกเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 : มีโอกาสเกิดภาวะขาดสารน้ำและสารอาหาร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 : มีโอกาสเกิดอันตรายจากความบกพร่องในการดูแลตนเองระหว่างส่งต่อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 : ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรคและแผนการรักษา

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยวัย 76 ปี เข้ารับการรักษา วันที่ 12 มกราคม 2566 ได้รับการวินิจฉัย Acute Ischemic Stroke

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยวัย 85 ปี เข้ารับการรักษา วันที่ 25 พฤศจิกายน 2565 ได้รับการวินิจฉัย Acute Ischemic Stroke

ตารางที่ 1 แสดงการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
1. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลัน	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 76 ปี - ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง - ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ - ไม่ดื่มสุรา - ค่า BMI= 33.59 มีภาวะอ้วนระดับที่ 2	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 85 ปี - มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง 26 ปี - สูบบุหรี่ วันละ 10 มวน/วัน นาน65 ปี ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ - ดื่มสุรา วันละ 1 ก๊ก (150 มิลลิตร นาน 20 ปี - ค่า BMI= 21.05 ปกติ	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีปัจจัยเสี่ยงที่เหมือนกัน คือ เพศ และอายุ เนื่องจากอายุมากขึ้น หลอดเลือดจะมีการแข็งตัวมากขึ้นและมีไขมันเกาะหนาตัวทำให้ เลือดไหลผ่านได้ลำบากมากขึ้นและผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ สำหรับด้าน เพศ พบว่า เพศชายมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง[3]และเป็นปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะอ้วนระดับที่ 2 มักเกิดในผู้ป่วยโรคโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยง จากขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดความอ้วน น้ำหนักตัวมาก[6]ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[1] สำหรับกรณีศึกษาที่ 2 เป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 26 ปี เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2.32 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง[2]และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า5ปี เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่[1] มีประวัติการสูบบุหรี่มา 26 ปี ดื่มสุรา 20 ปี จากปัจจัยการสูบบุหรี่และดื่มสุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอร์ จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งภาวะเลือดออกในสมอง

ตารางที่ 1 แสดงการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
			และภาวะเนื้อสมองขาดเลือด สำหรับการสูบบุหรี่ จะมีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด และปริมาณของคาร์บอนมอนอกไซด์ที่เพิ่มขึ้นในเลือดของผู้สูบบุหรี่ มีผลต่อการทำลายเซลล์ผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดสมองตีบง่าย[7]
2. พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง	แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ชัด 10 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล - Glasgow Coma Score E4V5M6, Right and Left Pupil 2.5 mm. reactive to light both eye, Motor power left arm & leg grade 4, Right arm & leg grade 5 , left facial palsy - NIHSS Score 2 คะแนน	แขนขาซีกขวาขวาอ่อนแรง10 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล - Glasgow Coma Score E4V5M6 15 คะแนน, Right and Left Pupil 2 mm. reactive to light both eye, Motor power right arm grade 1, right leg grade 4, Left arm & leg grade 5, right facial palsy - NIHSS Score 11 คะแนน	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีอาการเกิดขึ้นทันทีทันใด ระดับความรู้สึกตัวดี แขนและขาอ่อนแรงครึ่งซีก อาการแสดงที่แตกต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง มุมปากซ้ายเบี้ยว พูดไม่ชัด ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) 2 คะแนน (คะแนน NIHSS < 5 = mild stroke severity) [8] กรณีศึกษาที่ 2 แขนขาซีกขวาอ่อนแรง มุมปากขวาเบี้ยว พูดชัด (NIHSS) 11 คะแนน (คะแนน NIHSS 5-14= mild to moderately severe stroke severity)[8]
3. การรักษา	ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน -Covid-19Ag -0.9%NSS 1000 ml ivDrip 80 ml/hr. -DTX - Laboratory investigation: Fasting Blood sugar, BUN, Creatinine, AST, ALT, Electrolyte, CBC (รอผล 20 นาที) (PT,INR นำไปตรวจ รพ.หลังสวน) - งดอาหารและน้ำ - Retained foley cath. - Consult อายุรแพทย์ โรงพยาบาลหลังสวน เพื่อส่งต่อ Stroke Fast Track	ที่จุดเกิดเหตุ(บ้านผู้ป่วย) -Covid-19Ag -0.9%NSS 1000 ml iv Drip 80 ml/hr. -DTX - Laboratory investigation: Fasting Blood sugar, BUN, Creatinine, AST, ALT, Electrolyte, CBC,เจาะบนรถAmbulance (PT,INR นำไปตรวจ รพ.หลังสวน) - งดอาหารและน้ำ - Retained foley cath. - Consult อายุรแพทย์ โรงพยาบาลหลังสวน เพื่อส่งต่อ Stroke Fast Track	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาเบื้องต้นแตกต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 เริ่มรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินภายหลังผู้เห็นเหตุการณ์นำส่งโรงพยาบาลส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ(บ้านผู้ป่วย) โดยได้รับการแจ้งจากศูนย์สั่งการการแพทย์ฉุกเฉินสายด่วน 1669 ให้ออกรับผู้ป่วยมีอาการสงสัยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับกิจกรรมการรักษาพยาบาล ก่อนและระหว่างจำหน่าย โดยการส่งต่อช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองที่คล้ายคลึงกัน ส่วนที่แตกต่าง ได้แก่ กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับยา Nicardipine ทางหลอดเลือดดำ เนื่องจากระดับความดันโลหิตสูงตอนแรกรับ 190/100 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งยามีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองและหัวใจ ทำให้ความดันโลหิตลดลง และช่วยให้หัวใจไม่สูบฉีดเลือดหนักเกินไป และมีผลต่อการพิจารณาให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยต้องการคงค่าความดันโลหิตน้อยกว่า 180/105 มิลลิเมตรปรอท[5]
4. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	1. ขาดการช่วยเหลือเบื้องต้นตั้งแต่จุดเกิดเหตุ เนื่องจากการรับรู้กลุ่มอาการ	1. การประสานงานเพื่อการสื่อสารผลการประเมินเบื้องต้นของผู้ป่วยกับทีมสหสาขา	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามขั้นตอนของห่วงโซ่แห่งการ

ตารางที่ 1 แสดงการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
4.1 ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre hospital phase)	ทางคลินิก ที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมองล่าช้า 2. ขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการตนเองเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน	วิชาชีพไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากประสิทธิภาพเทคโนโลยีการสื่อสารไม่เสถียร	รอดชีวิตของโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลแตกต่างกัน กรณีศึกษารายที่ 1 การรับรู้อาการสำคัญทางคลินิกของโรคหลอดเลือดสมองและวิธีการจัดการตนเองล่าช้า เนื่องจากตั้งแต่เริ่มมีอาการชาแขนซีกซ้ายผู้ป่วยคิดว่า อาการทุเลาได้เอง จนกระทั่งมีอาการแสดงแขนขาซีกซ้ายเริ่มอ่อนแรง พูดไม่ชัด ผู้เห็นเหตุการณ์ จึงนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการ จนถึงผู้เห็นเหตุการณ์นำส่งโรงพยาบาล เป็นเวลา 2 ชั่วโมง จากการศึกษาปัจจัยด้านประสบการณ์และการจัดการอาการ4จากกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ การมีประวัติสูบบุหรี่และมีภาวะอ้วน พบว่ามีการรับรู้เกี่ยวกับอาการสงสัยของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ กรณีศึกษารายที่ 2 มีการรับรู้อาการสำคัญทางคลินิกจากแขนขาซีกขวาเริ่มอ่อนแรง และจัดการอาการของโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทำให้ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึงนำส่งห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีระยะเวลา 30 นาทีผู้ป่วยได้รับการรักษาเบื้องต้น โดยพยาบาลที่ออกรับตั้งแต่จุดเกิดเหตุ สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการอาการของ9การรับรู้อาการนำ
4.2 ระยะในโรงพยาบาล (In hospital phase)	1. มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) เนื่องจากภาวะของหลอดเลือดสมองตีบหรือตันเฉียบพลัน 2. มีโอกาสเกิดภาวะขาดสารน้ำและสารอาหาร 3. มีโอกาสเกิดอันตรายจากความบกพร่องในการดูแลตนเองระหว่างส่งต่อ 4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรคและแผนการรักษา	1. เสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดสมองแตกเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง 2. มีโอกาสเกิดภาวะขาดสารน้ำและสารอาหาร 3. มีโอกาสเกิดอันตรายจากความบกพร่องในการดูแลตนเองระหว่างส่งต่อ 4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรคและแผนการรักษา	ระยะในโรงพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมีความคล้ายคลึงกัน เนื่องจากมีการวางแผนการพยาบาล ตามปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ต่างกันที่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 กรณีศึกษารายที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดสมองแตก เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงตอนแรกรับ จึงได้รับยาลดระดับความดันโลหิตตามแผนการรักษา และการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการได้รับยา และระหว่างส่งต่อช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการประเมินทางระบบประสาท การประเมินสัญญาณชีพ ประเมิน early signs ของ IICP ประเมินระดับความรู้สึกตัว และ Motor power อยู่ในระดับเดิมและให้

ตารางที่ 1 แสดงการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
			การพยาบาลตาม Stroke fast track protocol และผู้ป่วยได้รับการส่งต่อช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลหลังสวนทันเวลา
5. ระยะติดตามผลการรักษา หลังส่งต่อช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง และระยะหลังเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสภาพ (Post Acute and Recovery Stage)	ระยะหลังเฉียบพลันโรงพยาบาลหลังสวน - ผล CT brain: Ischemic stroke right temporal lobe - การรักษา: recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ทางหลอดเลือดดำ ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลหลังสวน (ในเวลาราชการ) ขณะให้ยาไม่มี ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะเลือดออกในสมองหรือสมองบวม และหลังให้ยาอาการคงที่ แพทย์ให้ย้ายไปพักรักษาและสังเกตอาการต่อที่หอผู้ป่วยหนัก (ICU) วันที่ 13 มกราคม พ.ศ.2566 ให้ย้ายไปพักรักษาต่อหออายุร กรรมชาย จนกระทั่งแพทย์จำหน่ายกลับและระหว่างนอนรักษาได้รับการทำกายภาพบำบัดและได้รับคำแนะนำ เพื่อการฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้าน แพทย์แนะนำให้รับการรักษา เพื่อรับยาต่อที่โรงพยาบาลทุ่งตะโก - วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลหลังสวน: 16 มกราคม พ.ศ.2566- การวินิจฉัยโรคก่อนจำหน่าย: Acute Ischemic Stroke	ระยะหลังเฉียบพลันโรงพยาบาลหลังสวน - ผล CT brain: acute IVH in the right lateral ventricle - การรักษา: recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ทางหลอดเลือดดำ ที่หอ ผู้ป่วยหนัก (นอกเวลาราชการ) ขณะให้ยาไม่มี ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะเลือดออกในสมองหรือสมองบวม หลังให้ยาอาการคงที่ แพทย์ให้ย้ายไปรักษาและสังเกตุอาการต่อที่หออายุรกรรมชาย - วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลหลังสวน: วันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ญาติมีความประสงค์นำผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมพร การวินิจฉัยโรคก่อนจำหน่าย : Acute Ischemic stroke (Intraventricular hemorrhage), Hypertension - วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลชุมพร: 26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ขณะรับการรักษา รพ.ชุมพร ไม่มีภาวะแทรกซ้อนได้ทำกายภาพบำบัดและได้รับคำแนะนำเพื่อการฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้าน - การวินิจฉัยโรคก่อนจำหน่าย: Hypertension,	จากการติดตามผลการรักษากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ที่โรงพยาบาลหลังสวน พบว่า ผู้ป่วยได้รับ CT Brain กรณีศึกษารายที่ 1 แพทย์วินิจฉัย : Acute Ischemic Stroke at right temporal lobe รายที่ 2 แพทย์วินิจฉัย : Acute ischemic stroke ทั้ง 2 ราย มาทันเวลาภายใน 4.5 ชั่วโมง แพทย์จึงพิจารณาให้ยา recombinant tissue plasminogen activator recombinant tissue plasminogen activator(rt-PA)[10] สรุประยะเวลา ตั้งแต่เริ่มมีอาการ ถึงได้รับยา rt-PA กรณีศึกษารายที่ 1 รวมระยะเวลา 3 ชั่วโมง 29 นาที รายที่ 2 รวมระยะเวลา 1 ชั่วโมง 35 นาที ระหว่างการได้รับยาไม่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP)และภาวะเลือดออกหรือสมองบวม ภายหลังการจำหน่าย 2 เดือน เป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (recurrent stroke) เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวน หลังจำหน่ายมีภาวะกลืนลำบาก ได้รับอาหารทางสายยาง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง มีภาวะพึ่งพิง ฟื้นฟูสภาพเองที่บ้านโดยการทำ Active และ Passive Exercise โดยผู้ป่วยและญาติ ไม่มีแผลกดทับ ไม่มีการสำลักจากการให้อาหารทางสายยาง ได้รับการเยี่ยม
5. ระยะติดตามผลการรักษา หลังส่งต่อช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง และระยะหลังเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสภาพ (Post Acute and Recovery Stage) (ต่อ)	- ยาที่ได้รับกลับบ้าน: 1. ASA (gr.V) 1 tab. od. pc. 2. Atorvastatin(40) 1 tab.hs. ระยะฟื้นฟูสภาพ: ภายหลังการจำหน่าย รพ.หลังสวน ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยงานปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลทุ่งตะโก ฟื้นฟูสภาพ โดยการทำ Active และ Passive exercise เองที่บ้าน วันที่ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 มารับการรักษาตามนัดที่ รพ.ทุ่งตะโก	- ยาที่ได้รับกลับบ้าน: 1.Amlodipine (5) 1 tab. oral od. pc. 2. Atenolol (50) 1/2 tab. oral od. pc. 3. Warfarin (3) 1 tab oral hs. 4. Simvastatin (10) 1 tab. oral hs. 5. Vitamine B Complex 1 tab. oral bid. pc. 6. Lorazepam (0.5 mg) 1 tab. oral hs. for insomnia ระยะฟื้นฟูสภาพ:	มีการสำลักจากการให้อาหารทางสายยาง ได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องโดยทีมพยาบาลงานปฐมภูมิและองค์รวมของโรงพยาบาลทุ่งตะโก สำหรับกรณีศึกษารายที่ 2 หลังได้รับยา rt-PA และมีอาการคงที่ ญาติแจ้งความประสงค์ต่อแพทย์ขอย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมพร ระหว่างรักษามีอาการใจสั่น แพทย์ตรวจเพิ่มเติมเพื่อการรักษา ได้รับการการวินิจฉัยเป็น Ischemic heart disease ได้รับการรักษา

ตารางที่ 1 แสดงการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
	รู้สึกตัวดี แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงเล็กน้อย ไม่มีเดินเซ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 พบว่า ผู้ป่วยไม่มาตามนัดพยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรัง โทรศัพท์ติดตาม ญาติให้ประวัติว่า วันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566 ขณะผู้ป่วยหลับ ญาติได้ยินผู้ป่วยดิ้น พบนอนซึม แขนขาซีกขวาอ่อนแรง จึงนำผู้ป่วยไปรักษาโรงพยาบาลหลังสวน ได้รับการวินิจฉัยโรค Re-current Stroke ขณะนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะกลืนลำบาก จึงใส่สายให้อาหารปั่นทางสาย วันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน มีการส่งข้อมูลการดูแลต่อเนื่องในระบบ Thai COC ให้งานปฐมภูมิและและองค์รวมโรงพยาบาลทุ่งตะโก เพื่อวางแผนการเยี่ยมบ้านต่อ	- ผู้ป่วยฟื้นสภาพที่บ้าน และที่โรงพยาบาลทุ่งตะโก และรับยาโรคความดันโลหิตสูง - ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลชุมพร ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลทุ่งตะโก และฟื้นฟูสภาพเองที่บ้าน ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมการพยาบาลงานปฐมภูมิและองค์รวมของโรงพยาบาลทุ่งตะโก อาการหลังการฟื้นฟูสภาพไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรง พูดชัด ไม่มีเดินเซ ไม่มีหกล้ม กำลังแขนขาปกติ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูงที่โรงพยาบาลทุ่งตะโก และรับการรักษาโรคหัวใจที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลชุมพร ตามนัด	โดยแพทย์ให้รับประทานยา Warfarin และ Atenolol และนัดรับยารักษาโรคหัวใจต่อที่โรงพยาบาลชุมพร การวินิจฉัยโรคก่อนจำหน่าย : Hypertension, Stroke, Ischemic heart disease, Dyslipidemia ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพเองที่บ้านและโรงพยาบาลทุ่งตะโก จนกำลังแขนขาซีกขวากำลังปกติ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาข้อมูลการเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพและอาการแสดง การรักษา การพยาบาลและผลการรักษาหลังจำหน่ายโดยการส่งต่อช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track) โดยการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดหลอดเลือดสมองตีบหรือตันระยะเฉียบพลัน แบบกรณีศึกษา 2 ราย ตั้งแต่ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) ระยะรักษาในโรงพยาบาล (In-hospital) และภายหลังจำหน่ายโดยการส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย (Post-hospital) โดยผลการศึกษาเปรียบเทียบพบว่า ข้อมูลการเจ็บป่วย กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สำหรับกรณีศึกษารายที่ 2 เป็นโรคความดันโลหิตสูง นาน 26 ปี เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2.32 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง[2] และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มากกว่า 5 ปี เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05[1] ปัจจัยเสี่ยงที่เหมือนกันทั้ง 2 ราย มีคือ เพศ และอายุ เนื่องจากอายุมากขึ้นหลอดเลือดจะมีการแข็งตัวมากขึ้นและมีไขมันเกาะตัวหนาทำให้เลือดไหลผ่านได้ลำบากมากขึ้น และผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ สำหรับด้านเพศ พบว่า เพศชาย มีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง[3] และเป็นปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ สำหรับปัจจัยเสี่ยง ที่แตกต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะอ้วนระดับที่ 2 ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดในผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดความอ้วน น้ำหนักตัวมาก ส่วนพฤติกรรมเสี่ยง กรณีศึกษารายที่ 2 ได้แก่ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา มีปัจจัยทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจาก การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งภาวะเลือดออกในสมองและภาวะเนื้อสมองขาดเลือด สำหรับการสูบบุหรี่ จะมีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด และ

ปริมาณของคาร์บอนมอนอกไซด์ที่เพิ่มขึ้นในเลือดของผู้สูบบุหรี่ มีผลต่อการทำลายเซลล์บุผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดสมองตีบได้ง่าย[7] สำหรับพยาธิสภาพและอาการแสดง และการรักษา ทั้ง 2 ราย มีความคล้ายคลึงกัน แต่รายที่ 2 ได้รับยา Nicardipine ทางหลอดเลือดดำ ก่อนและระหว่างส่งต่อ Stroke fast track เนื่องจากระดับความดันโลหิตสูงตอนแรกรับ 190/100 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งยามีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองและหัวใจ ทำให้ความดันโลหิตลดลง และมีผลต่อการพิจารณาให้ยากลุ่ม Thrombolytic agent ที่โรงพยาบาลหลังสวน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตามขั้นตอนการของห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิตของโรคหลอดเลือดสมอง แตกต่างกันในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 1 มีการรับรู้อาการและมีวิธีการจัดการเมื่อสงสัยโรคหลอดเลือดสมองล่าช้า ทำให้ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการ จนถึงผู้เห็นเหตุการณ์นำส่งโรงพยาบาล เป็นระยะเวลา 2 ชั่วโมง ส่วนรายที่ 2 ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล มีการรับรู้อาการสำคัญทางคลินิกและการจัดการอาการของโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน นำส่งโรงพยาบาล ทำให้ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการ จนถึงนำส่งโรงพยาบาล มีระยะเวลา 30 นาที ผู้ป่วยได้รับการรักษาเบื้องต้น โดยพยาบาลที่ออกรับตั้งแต่จุดเกิดเหตุ สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการอาการของ[9] การรับรู้อาการนำโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดและวิธีการจัดการอาการ ที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ แต่ระหว่างนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล มีความขัดข้องด้านเทคโนโลยีการสื่อสารเพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยขาดความต่อเนื่องระยะในโรงพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมีความคล้ายคลึงกัน มีการวางแผนการพยาบาล ตามปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ต่างกันที่ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ในรายที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดสมองแตกเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงตอนแรกรับ จึงได้รับยาลดระดับความดันโลหิตตามแผนการรักษา และการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการได้รับยา และระหว่างส่งต่อช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหลังสวน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการประเมินทางระบบประสาท การประเมินสัญญาณชีพ ประเมิน early signs ของ IICP ประเมินระดับความรู้สึกตัว และ Motor power ให้การพยาบาลตาม Stroke fast track protocolและผู้ป่วยได้รับการส่งต่อช่องทางด่วนโรงหลอดเลือดสมอง ทันเวลา และระยะการติดตามการผลการรักษา ภายหลังการนำส่งต่อช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับ CT Brain และได้รับยา recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ทันเวลาภายในเวลา 4.5 ชั่วโมง[10] ตาม Stroke fast track protocol และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการศึกษาไปใช้

จากผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำข้อมูลที่ได้มาเป็นพื้นฐานสำหรับโรงพยาบาลที่มีบริบทเดียวกันในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) และระยะในโรงพยาบาล (In-hospital) และจำหน่ายโดยการส่งต่อช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track) เพื่อพิจารณาให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

2. การทำการศึกษาในครั้งต่อไป

ควรนำผลการศึกษาดังกล่าวไปศึกษาในการวิจัยเชิงปริมาณหรือการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) ในประเด็นการสร้างการรับรู้อาการทางคลินิกสำคัญร่วมกับช่วงระยะเวลาสำคัญต่อการรักษา (FAST) และวิธีการจัดการอาการตนเองเมื่อสงสัยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวดเร็วทันเวลา ทั้งในบริบทของโรงพยาบาลระดับเดียวกันหรือบริบทที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1.ณฐกร นิลเนตร, ชนัญญา จิระพรกุล, และเนาวรัตน์ มณีนิล. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ. วารสารสุขศึกษา, 41(1), 62-75.

2.ถนอม นามวงศ์ และนริศรา อารีรักษ์. (2566). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร. วารสารควบคุมโรค, 49(1), 149-57.

3.พรรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke). http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/106_2017-08-19.pdf.

4.มณฑิรา ชนะกาญจน์, และณิชาภัตร พุฒิคามิน. (2559). การรับรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการนำ การรักษาและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 39(1), 70-77.

5.วิทยาลัยการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. (2563). แนวทางการรักษาแลการให้ยาละลายลิ่มเลือดสำหรับโรคสมองตีบเฉียบพลันภายนอกโรงพยาบาลและที่ห้องฉุกเฉิน. https://webportal.bangkok.go.th/upload/user/00000167/2563/km/260563.pdf

6.สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2562). แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน สำหรับแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ.

7.สายสุนี เจริญศิลป์. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองจังหวัดนครสวรรค์. [สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.

8.Brott T., Adams HP Jr., Olinger CP, et al. (1989). Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. Stroke, 20, 864-870.

9.Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Froelicher, E.S., Hummphreys, J., & Lee, K. (2001). Nursing theory and concept development or analysis advancing the science of symptom management. Journal of Advanced Nursing, 33(5), 668-676.

10.Hacke W, Kaste M, Fieschi C, et al. (1998). Randomized doubleblind placebo-controlled trial of thrombolytic therapy with intravenous alteplase in acute ischemic stroke (ECASS II). Lancet, 352, 1245-51.

11.Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk , B. M., Hoh, B., Jauch, E. C., Kidwell, C. S., Leslie-Mazwi T.M., Ovbiagele, B., Scott, P. A., Sheth. K.N., Southerland, A.M., Summers, D.V., Tirschwell, D. L., (2018). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. Stroke, 49, e46–e99. DOI: 10.1161/STR.0000000000000158.

ลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นวัณโรคปอดในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

Characteristic of cancer patients with active pulmonary tuberculosis at Udon Thani Cancer Hospital.

(Received: May 24,2024 ; Revised: June 2,2024 ; Accepted: June 3,2024)

ยุวลี ฉายวงศ์[1] วิยะดา เปาวนา[2] จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ์[3] ประภัสสร ศรีแสงจันทร์[4]
Yuwalee Chaywong[1] Wiyada Paowana[2] Jittanan Srisuwan[3] Praphatsorn Srisangchan[4]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังรายกรณี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ภายหลังได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอดรายใหม่ จากการทบทวนเวชระเบียนจากระบบฐานข้อมูล ระหว่างปีพ.ศ. 2561-2565 จำนวน 20 ราย เครื่องมือวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูล สถิติที่ใช้เป็นสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า 1) ปัจจัยด้านบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 90 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีประวัติสูบบุหรี่และดื่มสุราและจบประถมศึกษา ร้อยละ 55 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 60 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 15 2) ปัจจัยด้านเชื้อก่อโรคและมะเร็ง ผลตรวจเสมหะเป็นบวกร้อยละ 65 ผลตรวจเอกซเรย์ปอดผิดปกติร้อยละ 95 โรคมะเร็งที่พบมากที่สุดเป็นมะเร็งลิ้น รองลงมาเป็นมะเร็งช่องปาก ร้อยละ 40 และ 15 ตามลำดับ มะเร็งลุกลามไปที่ปอดพบมากที่สุดร้อยละ 35 และเป็นมะเร็งระยะที่ 4 ร้อยละ 65 การรักษาทั้งเคมีบำบัดและรังสีรักษาร้อยละ 55 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 45 จำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 4 คน ร้อยละ 35 ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคปอดร่วมบ้าน ร้อยละ 10 มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โสต ศอ นาสิก ร้อยละ 100

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นวัณโรคปอด ลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นวัณโรคปอด

Abstract

This retrospective case study aimed to investigate the characteristics of cancer patients with newly diagnosed pulmonary tuberculosis at Udon Thani Cancer Hospital. The study included 20 cases retrieved from medical records in the database between 2018 and 2022. Data were collected using recording forms and analyzed using descriptive statistics.

The research findings were: 1) Personal factors: The majority were males (90%) aged 60 years and above. 55% had a history of smoking and alcohol consumption, while 60% had no comorbidities, and 15% had hypertension. 2) Pathogen and cancer factors: The predominant cancer types were tongue cancer (40%) and oral cavity cancer (15%). Lung cancer was observed in 35% of cases, with 65% at stage 4. Treatment included chemotherapy and radiotherapy (55%). 3) Environmental factors: 45% were farmers, 35% had more than four family members, and 10% lived with the TB patients. All received outpatient services at the EETN unit.

Key words: Cancer patients, Cancer patients with Pulmonary tuberculosis, Characteristic of cancer patients with active pulmonary tuberculosis

[1] พย.ม. (การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและควบคุมการติดเชื้อ), พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

[2] พย.ม.(การบริหารการพยาบาล), อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Corresponding author: E-mail: wiyadap@bcnu.ac.th

[3] MSc. (Advanced Clinical Practice), พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[4] วท.บ., นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตทั่วโลก รวมถึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและมีแนวโน้มอัตราการเกิดโรคสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2040 และปีค.ศ. 2050 ผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นมากกว่า 28.9 และ 35 ล้านคน ตามลำดับ จากข้อมูลสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2559 – 2561 คนไทยเป็นมะเร็งรายใหม่วันละ 381 คนหรือ 139,206 คน/ปี และเสียชีวิตจากโรคมะเร็งวันละ 230 คนหรือ 84,073 คน/ปี อุบัติการณ์โรคมะเร็งในชายไทย วันละ 173.1 คนต่อประชากรแสนคน อุบัติการณ์โรคมะเร็งในหญิงไทย วันละ 159 คนต่อประชากรแสนคน โรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกในคนไทย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและมะเร็งปากมดลูก[1] สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งมีทั้งปัจจัยภายในร่างกาย เช่น พันธุกรรม มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 5-10 และปัจจัยภายนอกร่างกายประมาณ ร้อยละ 90-95 พฤติกรรมการดำเนินชีวิตและสิ่งแวดล้อม เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารที่ปนเปื้อนสารก่อมะเร็ง รวมไปถึงการได้รับสารก่อมะเร็งจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยมะเร็งเป็นกลุ่มที่มีภูมิคุ้มกันต่ำหากมีวัณโรคร่วม อาจส่งผลให้เกิดอันตรายจนเสียชีวิตได้ วัณโรคปอดเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขในปัจจุบันของทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปีพ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยรายใหม่ติดเชื้อวัณโรคและกลับเป็นซ้ำของโลกสูงถึง 10 ล้านคน คิดเป็น 132 คนต่อแสนประชากร เสียชีวิตสูงถึง 1.5 ล้านคน ติดเชื้อเอชไอวี 8.6 แสนคน คิดเป็นร้อยละ 8.6 ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด โดยเสียชีวิต ปีละ 2.5 แสนคน สำหรับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา MDR/RR-TB คาดว่าจะมี 4.8 แสนคน พบได้ร้อยละ 3.4 ของผู้ป่วยใหม่[2] สำหรับประเทศไทย จัดเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High Burden Country lists) ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2559 – 2563 พบผู้ป่วยวัณโรคมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของทุกประเภทที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 35,951 ราย คิดเป็นอัตราการรายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 54.0 ต่อแสนประชากร พบชายมากกว่าหญิง 2:1 เท่า กลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไปมีจำนวนและอัตราการรายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำมากกว่าทุกกลุ่มอายุ[3] มีภาระทางเศรษฐศาสตร์จากวัณโรคสูงถึงปีละ 75,238 ล้านบาท จำแนกเป็นต้นทุนการเจ็บป่วยที่ไม่รวมการเสียชีวิต 4,796 ล้านบาทต่อปี (64,645 บาทต่อผู้ป่วยหนึ่งราย) และผลิตภาพที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร 70,442 ล้านบาท (5.63 ล้านบาทต่อการเสียชีวิตหนึ่งราย) คาดประมาณว่าในปีพ.ศ. 2578 จะมีแนวโน้มภาระโรคสูงขึ้น โดยมีผู้ป่วยวัณโรคใหม่เพิ่มเป็นปีละ 124,000 ราย คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ 185 ต่อแสนประชากร และจำนวนการเสียชีวิตยังคงสูงต่อเนื่องประมาณ 11,000 รายต่อปี ส่งผลให้ภาระทางเศรษฐศาสตร์จากวัณโรคในระยะ 5 ปีข้างหน้า (2560-2564) เท่ากับ 358,973 ล้านบาท และในระยะยาว 21 ปี (2558-2578) มีมูลค่าสูงถึง 1.39 ล้านล้านบาท[4] เขตบริการสุขภาพที่ 8 ในปี พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และขึ้นทะเบียนร้อยละ 63.04 จำนวน 5,683 ราย คิดเป็น 108.43 คนต่อแสนประชากร ผลสำเร็จในการรักษาร้อยละ 86.43 จังหวัดอุดรธานีพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และขึ้นทะเบียน จำนวน 1,798 ราย (ร้อยละ 66.37) คิดเป็น 130.68 คนต่อแสนประชากร ผลสำเร็จในการรักษาร้อยละ 85.14 ปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคแบ่งได้เป็น 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วยวัณโรค เช่น ป่วยเป็นวัณโรคปอด หลอดลมหรือกล่องเสียงในระยะที่มีเชื้อในเสมหะ เมื่อไอ จามทำให้เกิดการหายใจแรงๆ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น สถานที่อับทึบและคับแคบ แสงแดดส่องไม่ถึง การถ่ายเทอากาศไม่ดี และปัจจัยด้านระบบบริการ เช่น การวินิจฉัยและรักษาล่าช้า การให้ยารักษาไม่ถูกต้อง การรักษาไม่ครบ การทำหัตถการที่ทำให้เกิดละอองฝอย นอกจากนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยพบว่า ผู้ที่มีโรคหรือความเสี่ยงต่อวัณโรค ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เบาหวาน ได้รับยากดภูมิคุ้นกัน สูบบุหรี่ ถุงลมโป่งพอง ซิลิโคสิส โรคไตเรื้อรัง ผ่าตัดกระเพาะ ตัดต่อลำไส้ ภาวะทุพโภชนาการ ผู้ติดยาเสพติดหรือมีความผิดปกติจากติดสุรา ผู้ป่วยที่เคยป่วยเป็นวัณโรค[5 6] โรคมะเร็งที่พบว่ามีการติดเชื้อวัณโรคภายหลังการเป็นมะเร็งพบมากที่สุด คือ มะเร็งปอดและมะเร็งซาร์โคมา รองลงมาคือ มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลืองและมะเร็งทางเดินอาหาร ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่ร้อยละ 65.9 ได้รับการวินิจฉัยโรคหลังเป็นโรคมะเร็งมากกว่า 6 เดือน[7] ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคพบว่า การเสียชีวิตสัมพันธ์กับอายุ 70 ปี โดยมีการตรวจเสมหะเป็นบวก ดัชนีมวลกาย <18.5 กก./ม^2 และโรคร่วมที่ร้ายแรง เช่น มะเร็ง โรคหัวใจ และโรคไต[8] นอกจากนี้วัณโรคยังสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอนฮอดจ์กิน มะเร็งปากมดลูก มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งรังไข่และมะเร็งเต้านม ผู้หญิงที่เป็นวัณโรคมีแนวโน้มที่จะเป็นมะเร็งมากกว่าผู้ชาย ยกเว้นมะเร็งหลอดอาหารและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง[9] อย่างไรก็ตามยังพบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดวัณโรคยังสัมพันธ์กับเศรษฐกิจทางครอบครัว สังคมและโรคประจำตัวที่ทำให้เกิดภูมิคุ้มกันที่บกพร่องอื่นๆ ได้แก่ ผู้ติดยาเสพติด โรคปอดอักเสบจากฝุ่นทราย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยผ่าตัดกระเพาะอาหาร/ลำไส้ ผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เช่น มะเร็งปลูกถ่ายอวัยวะ และโรคแพ้ภูมิตัวเอง เป็นต้น[10] โดยผู้ป่วยมะเร็งมีการติดเชื้อได้ง่ายกว่าบุคคลอื่นเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยสาเหตุของโรคมะเร็งเองนั้นมีผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง จากมีระดับอิมมูโนโกลบินและการสร้างโปรตีนลดลง ประกอบกับการได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและการฉายรังสี ปัจจัยด้านความเจ็บป่วยเกี่ยวกับชนิดของมะเร็งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งติดเชื้อวัณโรคได้ง่าย ซึ่งสรุปได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษา เกิดจากการมีโรคร่วมและกลุ่มผู้สูงอายุ[11]

โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี มีภารกิจให้บริการตรวจคัดกรอง ค้นหา รักษา ฟื้นฟู เฝ้าระวังและติดตามผู้มารับบริการอย่างครบวงจรด้านโรคมะเร็ง จำนวนผู้รับบริการที่เป็นมะเร็งเฉลี่ยต่อปีประมาณ 2,000 – 2,500 คน พบผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นวัณโรคทั้งรายเก่าและรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งอาจส่งผลกระทบในระบบบริการโรงพยาบาล เกิดการแพร่กระจายเชื้อต่อทั้งผู้ให้บริการโดยเฉพาะบุคลากรทางการพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่ต้องสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ทั้งในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาและการดูแลรักษาระหว่างผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และเกิดการแพร่กระจายเชื้อต่อผู้มารับบริการรายอื่นภายในโรงพยาบาลหรือแม้กระทั่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเอง ที่อาจมีผลกระทบต้องสูญเสียโอกาสด้านการรักษา การใช้ทรัพยากรและงบประมาณเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังอาจเป็นสาเหตุส่งเสริมที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ง่ายและเร็วขึ้น จากสถานการณ์ การทบทวนวรรณกรรมและยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560-2564 ต้องเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อวัณโรค โดยเพิ่มโอกาสเข้าถึงการวินิจฉัยแก่กลุ่มเสี่ยง เร่งการคัดกรอง ค้นหา และรักษาวัณโรคโดยเร็ว ยุติปัญหาวัณโรคให้ได้ตามเป้าหมายอย่างเร่งด่วน หากดำเนินงานล่าช้าจะเกิดความสูญเสียมากขึ้น เช่น มีค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลมากขึ้น ผู้ป่วยและญาติเสียโอกาสจากการขาดงาน เศรษฐานะของครัวเรือนลดลง การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ใกล้ชิด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยมะเร็งที่มีวัณโรคปอดระยะแพร่กระจายร่วมในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เพื่อให้ได้ข้อมูลในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยมะเร็งที่มีวัณโรคร่วม สามารถนำไปวางแผน บริหารจัดการลดความรุนแรงของการเกิดโรค และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ซึ่งการศึกษานี้ได้ใช้กรอบแนวคิดของจอห์น กอร์ดอน (John Gordon) แนวคิดเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพทุกๆอย่างเกิดจากการเกิดความไม่สมดุลของปัจจัยสามทางการระบาดวิทยา

เสมอ ถ้าปัจจัยทั้งสามอยู่ภาวะสมดุลปัญหาสุขภาพจะไม่เกิดขึ้น การเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นเนื่องจากมีสาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหรือเสียสมดุลของตัวกำหนดโรค (Determinants) ที่เรียกว่า ปัจจัยสามทางระบาดวิทยา(Epidemiologic Triad) เป็นปัจจัยที่สำคัญทำให้เกิดโรค คือ ปัจจัยสิ่งที่ทำให้เกิดโรค (Agent) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวให้อาศัย (Host) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม (Environment) ปัจจัยทั้งสาม คือ สิ่งที่ทำให้เกิดโรค มนุษย์และสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กัน ในภาวะปกติจะสมดุลกันทำให้ไม่มีโรคหรือการระบาดของโรค ถ้าหากเกิดภาวะผิดปกติจะเกิดความไม่สมดุลระหว่างสามปัจจัย ซึ่งอาจเกิดจากสิ่งที่ทำให้เกิดโรค มนุษย์ และสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงไปส่งผลให้เกิดโรคและระบาดของโรคเกิดขึ้น[12] การระบาดของ วัณโรคก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้งสามนี้เช่นกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นวัณโรคปอดตามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวัณโรคปอด

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาข้อมูลแบบย้อนหลังรายกรณี (Retrospective case series study) ในผู้ป่วยมะเร็งและภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ระหว่างปีพ.ศ. 2561-2565 โดยทบทวนเวชระเบียนจากระบบฐานข้อมูลตั้งแต่เริ่มวินิจฉัย ระหว่างการรักษา จนกระทั่งผู้ป่วยรักษาหายหรือเสียชีวิต ศึกษาลักษณะผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อมาพบว่าเป็นวัณโรคปอด โดยศึกษาทั้ง 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเชื้อก่อโรคและมะเร็ง และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ระหว่างปี พ.ศ. 2561-2565 จำนวน 10,910 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดรายใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 20 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติในการคัดเข้าร่วมการศึกษาดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมการศึกษา 1) ผู้ป่วยอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดรายใหม่ (เป็นวัณโรคปอดหลังจากเป็นโรคมะเร็ง) โดยได้รับการวินิจฉัยจาก 2.1) ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีสิ่งส่งตรวจ ผลเป็นบวกโดยวิธี AFB smear หรือ culture หรือ molecular testing เช่น Xpert MTB/RIF, line probe assay, TB-LAMP เป็นต้น 2.2) ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีสิ่งส่งตรวจผลเป็นลบหรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการเอกซเรย์หรือผลการตรวจชิ้นเนื้อ (Histology) ผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคและแพทย์ตัดสินใจรักษาวัณโรค

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา 1) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็ง 2) มีการเปลี่ยนวินิจฉัยไม่ป่วยเป็นวัณโรคปอดในภายหลัง 3) ขาดการติดตามรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูล (Case record form) ประกอบด้วย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยมะเร็งทั้ง 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเชื้อก่อโรคและมะเร็ง และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence) เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติให้ดำเนินโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีแล้ว ทำการเก็บข้อมูลตามหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องในการทำวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่

1. ประสานงานกับแผนกเวชระเบียน เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล

2. ทำการค้นเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคร่วมในระบบฐานข้อมูล

3. บันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูล

4. ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ของข้อมูล

5. นำข้อมูลที่ได้มาบันทึกลงในคอมพิวเตอร์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสถิติเชิงพรรณนาแสดงข้อมูล จำนวน ร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

การทำวิจัยในครั้งนี้ได้ส่งเอกสารเพื่อขอการพิจารณาการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี รหัสโครงการ UCH-IRB 001/2563 หนังสือรับรองที่ UCH-COA 009/2021

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านบุคคล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน เป็นเพศชายมากที่สุด จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 90 อายุที่พบมากที่สุด อยู่ในช่วงอายุ 60-74 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 45 และอายุที่พบน้อยที่สุด อยู่ในช่วงอายุ 30 - 44 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5 ดัชนีมวลกายในช่วง 18.5 – 22.9 กก./ม^2 พบมากที่สุดจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 60 น้อยกว่า 18.5 กก./ม^2 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30 มากกว่า 30 กก./ม^2 พบน้อยที่สุดจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5 สถานภาพสมรสพบมากที่สุด จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 70 โสดพบน้อยที่สุด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5 มีสัญชาติไทยจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 100 การศึกษาจบระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55 จบระดับปริญญาตรีน้อยที่สุด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ≤ 5,000 บาท จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 90 สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบมากที่สุด จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 70 สวัสดิการข้าราชการและชำระค่าใช้จ่ายเองพบน้อยที่สุด จำนวนละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5 สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์พบมากที่สุด จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55 ไม่มีโรคประจำตัวพบมากที่สุด จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 60 ไม่มีประวัติการแพ้ยาพบมากที่สุด จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 90

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านเชื้อก่อโรคและมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน มีผลตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค 1+ AFB จำนวน 6 คน 2+ AFB จำนวน 1 คน และ 3+ AFB จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 30, 5 และ 10 ตามลำดับ ผลตรวจไม่พบเชื้อวัณโรค จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 25 ผล PCR NTM positive จำนวน 4 คนและ PCR NTM negative จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 20 และ 5 ตามลำดับ ไม่ได้ตรวจเสมหะ 1 คน แต่พบมีผลตรวจเอกซเรย์ปอดผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 5

ผลตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest X-Ray) พบ infiltration มากที่สุด จำนวน 15 คน แยกเป็น Reticulonodular จำนวน 7 คน Reticular จำนวน 6 คน และ Nodular จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 35, 30 และ 10 ตามลำดับ พบ Bronchiectasis จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10 พบ Fibrosis จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10 และ พบ Granulomatous จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5 ตำแหน่ง (Location) ที่พบมากที่สุดคือ Right upper lobe จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30 และตำแหน่งที่พบน้อยที่สุดคือ Left lower lobe จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5 และพบผลตรวจเอกซเรย์ปอดปกติแต่พบเสมหะมีเชื้อวัณโรคปอด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5

การวินิจฉัยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยมะเร็งที่พบมากที่สุด คือ มะเร็งลิ้น จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40 มะเร็งที่พบน้อยที่สุด คือ มะเร็งปอด มะเร็งทวารหนักและมะเร็งคอหอย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5 ตำแหน่งมะเร็งลุกลามพบมากที่สุด คือ ลุกลามที่ปอด จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 35 และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งไม่มีการแพร่กระจายของมะเร็ง จำนวน

3 คน คิดเป็นร้อยละ 15 ระยะมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ 4 มากที่สุด จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 65 การรักษามะเร็งที่ผ่านมาพบว่า การรักษาด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษาพบมากที่สุด จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาคือ รังสีรักษา จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 35 ส่วนการผ่าตัด จำนวน 1 คน และเคมีบำบัด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5

การประเมินสมรรถภาพการทำกิจวัตรประจำวัน (ECOG) พบว่าผู้ป่วยมี ECOG = 0 พบมากที่สุด จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมามี ECOG = 4 จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 25 และ ECOG = 2 และ 3 พบน้อยที่สุด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5

จำนวนสัมบูรณ์ของเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล (ANC) พบ ANC > 3,000 cells/mm^3 มากที่สุด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 85 และพบ ANC < 1,500 cells/mm^3 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5 และระดับอัลบูมินในเลือด (Serum albumin) พบว่าอยู่ระหว่าง 3.5 – 5 gm/dl (ค่าปกติ) พบมากที่สุด จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55 และ < 3.5 gm/dl จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ตามลำดับแสดงในตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะปัจจัยด้านเชื้อก่อโรคและมะเร็งของกลุ่มตัวอย่าง (n = 20)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
ผลตรวจเสมหะ (Sputum AFB smear)		
AFB negative	5	25.0
1+ AFB	6	30.0
2+ AFB	1	5.0
3+ AFB	2	10.0
PCR NTM positive	4	20.0
PCR NTM negative	1	5.0
ไม่ได้ตรวจเสมหะ	1	5.0
ผลตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest X-Ray)		
1. Infiltration	15	75.0
1.1 Reticulonodular	7	35.0
1.2 Reticular	6	30.0
1.3 Nodular	2	10.0
2. Bronchiectasis	2	10.0
3. Fibrosis	2	10.0
4. Granulomatous	1	5.0
ตำแหน่ง (Location)		
Right upper lobe	6	30.0
Right middle lobe	1	5.0
Right lower lobe	2	10.0
Left upper lobe	4	20.0
Left lower lobe	1	5.0
Both upper lobe	5	25.0
Normal chest	1	5.0
การวินิจฉัยโรคมะเร็ง		
มะเร็งโพรงจมูก	2	10.0
มะเร็งลิ้น	8	40.0

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะปัจจัยด้านเชื้อก่อโรคและมะเร็งของกลุ่มตัวอย่าง (n = 20)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มะเร็งต่อมทอนซิล	2	10.0
มะเร็งคอหอย	1	5.0
มะเร็งช่องปาก	3	15.0
มะเร็งปอด	1	5.0
มะเร็งท่อน้ำดี	2	10.0
มะเร็งทวารหนัก	1	5.0
ตำแหน่งมะเร็งลุกลาม (Metastatic site)		
ปอด	7	35.0
ต่อมน้ำเหลือง	3	15.0
ปอดและสมอง	1	5.0
ปอดและตับ	1	5.0
ปอดและต่อมน้ำเหลือง	2	10.0
ตับและสมอง	1	5.0
ตับและต่อมน้ำเหลือง	1	5.0
ตับ ปอด ต่อมน้ำเหลืองและต่อมหมวกไต	1	5.0
ไม่มีการแพร่กระจายของมะเร็ง	3	15.0
ระยะมะเร็ง (Staging of CA)		
ระยะที่ 1	2	10.0
ระยะที่ 2	1	5.0
ระยะที่ 3	4	20.0
ระยะที่ 4	13	65.0
การรักษามะเร็งที่ผ่านมา		
การผ่าตัด	1	5.0
เคมีบำบัด	1	5.0
รังสีรักษา	7	35.0
เคมีบำบัดและรังสีรักษา	11	55.0
การประเมินสมรรถภาพการทำกิจวัตรประจำวัน(ECOG)		
ECOG = 0	10	50.0
ECOG = 1	3	15.0
ECOG = 2	1	5.0
ECOG = 3	1	5.0
ECOG = 4	5	25.0
จำนวนสัมบูรณ์ของเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล (ANC)		
< 1,500 cells/mm^3	1	5.0
1,500 - 3,000 cells/mm^3	2	10.0
> 3,000 cells/mm^3	17	85.0
ระดับอัลบูมินในเลือด (Serum albumin)		
< 3.5 gm/dl	6	30.0
3.5 – 5 gm/dl	11	55.0
ไม่ได้ตรวจ	3	15.0

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 45 ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 4 คนคิดเป็นร้อยละ 20 รับจ้างจำนวน 3 คนคิดเป็นร้อยละ 15 และน้อยที่สุดคืออาชีพค้าขายและรับราชการ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10 จำนวนสมาชิกในครอบครัว $\leq$ 4 คน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 20 จำนวนสมาชิกในครอบครัว > 4 คน จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 35 ไม่ระบุ จำนวน 9 คนคิดเป็นร้อยละ 45 การสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอดร่วมบ้าน ไม่ได้ใกล้ชิด จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 35 ใกล้ชิดจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10 และไม่ระบุจำนวน 11 คนคิดเป็นร้อยละ 55 แผนกที่มารับบริการเป็นแผนกผู้ป่วยนอกโสต ศอ นาสิก จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 100

สรุปและอภิปรายผล

1. ปัจจัยด้านบุคคล จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55 ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรคประเทศไทย พบชายมากกว่าหญิง กลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไปมีจำนวนและอัตราการรายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำมากกว่าทุกกลุ่มอายุ[(2)] และสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์ชนก กิตติจันทโรภาส[6] พบผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 74.3 มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 39.9 ดัชนีมวลกายในช่วง 18.5 – 22.9 กก./ม^2 พบมากที่สุด ร้อยละ 60 น้อยกว่า 18.5 กก./ม^2 ร้อยละ 30 และมากกว่า 30 กก./ม^2 ร้อยละ 5 ซึ่งน้ำหนักตัวเป็นดัชนีที่แสดงถึงภาวะทางโภชนาการ น้ำหนักตัวที่น้อยจะส่งผลให้ระบบเสริมสร้างภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยแย่ลงด้วย[13] และมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ น้ำหนักตัวก่อนเริ่มการรักษาน้อยกว่า 40 กก.[14] หากผู้ป่วยมะเร็งมีดัชนีมวลกายที่ต่ำกว่าเกณฑ์ส่งผลให้มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากภาวะภูมิต้านทานร่างกายต่อเชื้อโรคที่ลดลงจากการที่ภาวะไขกระดูกถูกกดและทำให้การผลิตเม็ดเลือดขาวลดลง การได้รับยากดภูมิคุ้มกันและการได้รับยาเคมีบำบัด การรักษาเหล่านี้จะกดการสร้างเม็ดเลือดขาวและเม็ดเลือดแดง และทำให้แมคโครฟาจแตกสลายได้ง่าย ยับยั้งการเคลื่อนที่ของเม็ดเลือดขาวไปสู่บริเวณที่มีการติดเชื้อ นอกจากนี้ยาสเตียรอยด์ยังขัดขวางการสังเคราะห์อินเตอเฟรอนทำให้การต่อต้านเชื้อลดลง จึงทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย สอดคล้องกับผลการศึกษา พบกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 คน ร้อยละ 10 ที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์และอายุ 60 ปีขึ้นไป เสียชีวิตต่อมาในระหว่างการรักษา และอีกจำนวน 4 คน ร้อยละ 20 ถึงแม้จะมีดัชนีมวลกายต่ำแต่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ยังคงมีชีวิตอยู่ กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์พบมากที่สุด ร้อยละ 55 สอดคล้องกับผู้ที่มีโรคหรือความเสี่ยงต่อวัณโรค ได้แก่ สูบบุหรี่และ ติดสุรา[1] กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัวพบมากที่สุด รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน เอดส์ ไตเรื้อรัง ไขมันในเลือดสูงและไทรอยด์เป็นพิษ ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลงานวิจัยหลายๆ เรื่องที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคร่วมมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วม ซึ่งโรคร่วมได้แก่ โรคถุงลมโป่งพอง โรคเบาหวาน โรคไตเสื่อม โรคตับแข็ง โรคมะเร็งและการติดเชื้อเอชไอวี[6] ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีโรคมะเร็งอยู่แล้วภายหลังต่อมาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด ประกอบกับการดำเนินของโรคมะเร็งระยะที่ 4 จึงพบว่า กลุ่มตัวอย่างเสียชีวิตจำนวน 7 คน ร้อยละ 35 เป็นผู้สูงอายุและเป็นโรคมะเร็ง

2. ปัจจัยด้านเชื้อก่อโรคและมะเร็ง วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium tuberculosis จัดอยู่ในกลุ่ม Mycobacterium tuberculosis complex วัณโรคเกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด (ร้อยละ 80) ซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ง่าย เมื่อผู้ป่วยไอ หรือจามออกมา สามารถล่องลอยอยู่ในอากาศได้นานถึง 30 นาที วัณโรคเป็นโรคติดต่อจากคนสู่คนผ่านทางอากาศ (airborne transmission) โดยเมื่อผู้ป่วยวัณโรคปอดหลอดลม หรือกล่องเสียง

ไอ จาม พูดดังๆ ตะโกน หัวเราะหรือร้องเพลง ทำให้เกิดละอองฝอย (droplet nuclei) ฟุ้งกระจายออกมา ละอองฝอยที่มีขนาดใหญ่มากจะตกลงสู่พื้นดินและแห้งไป ละอองฝอยที่มีขนาดเล็ก 1 - 5 ไมโครเมตร จะลอยและกระจายอยู่ในอากาศ ซึ่งผู้อื่นสูดหายใจเอาละอองฝอยที่มีเชื้อวัณโรคเข้าไปอนุภาคขนาดใหญ่จะติดอยู่ที่จมูกหรือลำคอ ซึ่งมักไม่ก่อให้เกิดโรค แต่อนุภาคขนาดเล็กๆ จะเข้าไปสู่ถุงลมในปอด เมื่อสูดหายใจเอาเชื้อวัณโรคเข้าไปถึงถุงลมในปอด macrophage ในถุงลมปอดเป็นระบบภูมิคุ้มกันแรกที่สามารถกำจัดเชื้อได้ ทำให้ไม่เกิดการติดเชื้อวัณโรค ถ้าภูมิคุ้มกันด่านแรกไม่สามารถกำจัดเชื้อออกไปหมดได้ เชื้อวัณโรคมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้น และสามารถผ่านผนังถุงลมเข้าไปยังเนื้อเยื่อของปอด ในขณะเดียวกัน dendritic cells และ monocytes จะนำเชื้อวัณโรคไปยังต่อมน้ำเหลืองในปอด เพื่อสร้าง T cell เกิดกระบวนการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน ทั้ง T cells และ B cells มารวมตัวที่เนื้อเยื่อปอดและล้อมรอบกลุ่ม macrophages และ cells อื่นๆ ที่มีเชื้อวัณโรคอยู่ เรียกว่า granuloma เป็นกระบวนการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (latent TB infection)[15] จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลการตรวจเสมหะเป็นบวกและหรือผลตรวจเอกซเรย์ปอดพบความผิดปกติ มีการติดเชื้อวัณโรคระยะแพร่กระจายหรือการป่วยเป็นวัณโรค (Active TB Disease) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดรายใหม่และเริ่มการรักษาโรค ในส่วนของโรคมะเร็งพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นมะเร็งศีรษะและลำคอ ได้แก่ มะเร็งลิ้น มะเร็งช่องปาก มะเร็งต่อมทอนซิล มะเร็งโพรงจมูก มะเร็งคอหอย ตามลำดับ ตำแหน่งที่มะเร็งลุกลามพบมากที่ปอด ต่อมน้ำเหลือง และเป็นมะเร็งระยะที่ 4 ได้รับการรักษาทั้งเคมีบำบัดและรังสีรักษา การประเมินสมรรถภาพการทำกิจวัตรประจำวัน (ECOG) เท่ากับ 0 มีความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดขาว (ANC) อยู่ในเกณฑ์ปกติและระดับอัลบูมินในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen และคณะ [16] ที่พบว่าวัณโรคยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับมะเร็งทุกชนิด (odds ratio (OR) 1.68; 95% CI) 1.43– 1.97) นอกจากนี้วัณโรคยังมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Non-Hodgkin มะเร็งปากมดลูก มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งรังไข่และมะเร็งเต้านม นอกจากนี้ผู้หญิงที่เป็นวัณโรคมีแนวโน้มที่จะเป็นมะเร็งมากกว่าผู้ชาย ยกเว้นมะเร็งหลอดอาหารและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมะเร็งลิ้น มะเร็งช่องปาก มะเร็งต่อมทอนซิล มะเร็งโพรงจมูก มะเร็งคอหอย มีรอยโรคในช่องปากและใกล้เคียงกับระบบทางเดินหายใจเมื่อสูดหายใจรับเชื้อวัณโรคเข้าไปสู่ร่างกายทำให้ระบบภูมิคุ้มกันไม่สามารถกำจัดเชื้อได้ อย่างไรก็ดียังมีผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน [17] พบว่าผู้ที่เป็นวัณโรคมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการเกิดมะเร็งปอดและมะเร็งที่ไม่ใช่มะเร็งปอด จำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคมะเร็งหลังการวินิจฉัยวัณโรคเพื่อพัฒนากลยุทธ์การตรวจคัดกรองและการตรวจหามะเร็งในระยะเริ่มแรกอย่างมีประสิทธิภาพ แพทย์ควรมีความสงสัยเกี่ยวกับโรคมะเร็งในผู้ป่วยวัณโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปีแรกหลังการวินิจฉัยวัณโรค

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ อาศัยนอกเขตเทศบาล ไม่ระบุจำนวนสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 45 และไม่ระบุการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอดร่วมบ้าน ร้อยละ 55 ข้อมูลที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการพัฒนาโปรแกรมระบบการบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการโรงพยาบาล ทำให้ข้อมูลบางส่วนไม่ครอบคลุม ขาดหายไป แต่จากการทบทวนวรรณกรรมผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคปอดจะมีความเสี่ยงต่อการสัมผัสโรคสัมพันธ์กับความถี่และระยะเวลาที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค เช่น อยู่ร่วมกับผู้ป่วยในที่คับแคบ แออัด และระบายอากาศไม่ดี เช่น ในบ้าน หรือที่ทำงาน การเดินทางและทำงานในเมืองที่มีคนอาศัยอยู่หนาแน่น อยู่ในสถานที่เฉพาะที่สัมผัสโรคได้ง่าย เช่น เรือนจำ สถานสงเคราะห์ สถานบริการสาธารณสุข ค่ายอพยพ ค่ายทหาร ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่ม

ตัวอย่างร้อยละ 10 ได้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอดร่วมบ้าน ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีระบบการป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งต้องครอบคลุมปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค 4 ด้าน คือ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วยวัณโรค ปิดปากและจมูกเมื่อมีอาการไอ จาม 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สถานที่คับแคบหรืออับทึบ ระบายอากาศไม่ดี 3) ปัจจัยด้านผู้สัมผัส ขึ้นอยู่กับปริมาณเชื้อวัณโรค ระยะเวลาที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ และ 4) ปัจจัยด้านการให้บริการสาธารณสุข ได้แก่ ความล่าช้าในการวินิจฉัย การเริ่มการรักษาล่าช้า ไม่มีการแยกผู้ป่วยออกจาผู้อื่น การรักษาด้วยระบบยาที่ไม่เหมาะสม[18]

ข้อค้นพบเพิ่มเติมจากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า การเป็นผู้ป่วยมะเร็งแล้วมีวัณโรคร่วม เพิ่มความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ความเหมือนและคล้ายกันระหว่างผู้ป่วยมะเร็งและมีวัณโรคร่วม คือ อาการไข้ ไอ เหนื่อย เพลีย น้ำหนักลด โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ และมะเร็งแพร่กระจายไปที่ปอด อาการและอาการแสดงคล้ายกันมาก ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญ ความชำนาญในการวินิจฉัย จากข้อสังเกตและประสบการณ์ผู้ศึกษายังพบว่า ผลการตรวจเสมหะจะพบเชื้อ ในวันถัดๆ มาหลังเข้านอนในโรงพยาบาล ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลได้ อีกทั้งยังพบว่า กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ มักมาด้วยอาการไอ เจ็บคอ พบก้อนหรือต่อมผิดปกติ จึงได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยการทำหัตถการ เช่น การส่องกล้อง เจาะคอและการผ่าตัด เพื่อยืนยันผลการเป็นมะเร็งร่วมด้วย ดังนั้นหากร่างกายผู้ป่วยมีเชื้อวัณโรคแฝงอยู่อาจเกิดการแพร่กระจายเชื้อให้กับบุคคลอื่นได้ จึงควรมีการตรวจ TST/IGRA ให้กับผู้ป่วยมะเร็งที่สงสัยและบุคลากรกลุ่มเสี่ยงที่ให้บริการเพราะหากร่างกายได้ติดเชื้อวัณโรคแล้ว 2-8 สัปดาห์ จะให้ผลบวกได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นมะเร็งศีรษะและลำคอและมีโรคร่วม และสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการบริหารจัดการการพยาบาล ดูแลเฝ้าระวังและคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งเพื่อให้ได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นวัณโรคปอดเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรค ลดจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคสู่บุคคลอื่น

2. ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นวัณโรคปอดร่วม

3. ควรพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นวัณโรคปอดร่วมได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การค้นหาผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่ระบบการรักษาตั้งแต่ระยะแรก การสอบสวนโรคเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยสู่ผู้ป่วยด้วยกัน สู่ผู้ใกล้ชิดหรือบุคลากรสุขภาพที่ให้บริการ

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562. นนทบุรี; 2562.
2. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. คู่มืออบรมพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานวัณโรค. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
3. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรคประเทศไทย. [อินเตอร์เน็ต] เข้าถึงได้จาก: http://tbcmthailand.ddc.moph.go.th/ ดึงข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน 2564; 2564.
4. สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก กรมควบคุมโรค. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ความคุ้มค่าการลงทุนเพื่อยุติปัญหาวัณโรคในประเทศไทย:การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้; 2560.
5. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564**.** นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์**;** 2564.

6. จันทร์ชนก กิตติจันทโรภาส. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดลำปาง. ว.วิชาการสาธารณสุขชุมชน 2562; 5:74-82.
7. Kumar DS, Ronald LA, Romanowski K, et al. Risk of active tuberculosis in migrants diagnosed with cancer: a retrospective cohort study in British Columbia, Canada. BMJ Open 2021; 1-10.
8. Akira Shimouchi, Yuko Tsuda, Jun Komukai, Kenji Matsumoto, Hideki Yoshida,Akihiro Ohkado. Factors associated with mortality among patients with culture-positive pulmonary tuberculosis in the urban poor population of Osaka City, Japan. Western Pacific Surveillance & Response Journal. Jul-Sep 2021;12(3): 1-9.
9. Chen GL,Guo L., Yang S., Ji DM. Cancer risk in tuberculosis patients in a high endemic area. BMC cancer 2021; 21(1): 1-7.
10. อเนก หล้าเพชร และปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร. ศึกษาอาการและอาการแสดงทางคลินิกที่เป็นสัญญาณเตือนเพื่อการคัดกรองและวินิจฉัยวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ. ว.พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2562; 29(2): 64-73.
11. อัมพาพันธ์ วรรณพงศภัค และกิตติกาญจน์ มูลฟอง. ลักษณะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการตายของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดลำพูน. ว.สาธารณสุขล้านนา 2560; 13(2): 72-85.
12. พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ. ตำราระบาดวิทยาสำหรับนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. [อินเตอร์เน็ต] นครศรีธรรมราช: 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2561] เข้าถึงได้จาก: https://smd.wu.ac.th/wp-content/uploads/2017
13. Dobner J, Kaser S. Body mass index and the risk of infection - from underweight to obesity. Clin Micro-biol Infect 2018;24(1):24-8. https://doi: 10. 1016/j.cmi.2017.02.013.
14. ราเมศ คนสมศักดิ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร 2560; 9(1): 19-27.
15. ปณิธี ธัมมวิจยะ (บรรณาธิการ). แผนงานวิจัยด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ. 2565-2569. กองนวัตกรรมและวิจัย (กนว.) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
16. Guang-Liang Chen , Li Guo , Shun'e Yang and Dong-Mei Ji. Cancer risk in tuberculosis patients in a high endemic area. BMC Cancer 2021; 21:679 https://doi.org/10.1186/s12885-021-08391-6
17. Luczynski P, Poulin P, Romanowski K, Johnston JC. Tuberculosis and risk of cancer: A systematic review and meta-analysis. PLo SONE 2022; 17(12): e0278661. https://doi.org/ 10.1371/journal.pone.0278661
18. วิลาวัลย์ ปากวิเศษ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมวัณโรคสำหรับผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด. ว. วิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2566; 4(2): 114-125.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้ง สถาบันราชประชาสมาสัย

Development of nursing model for dry eye disease patients Rajprachasamasai Institutes.

(Received: May 25,2024 ; Revised: June 3,2024 ; Accepted: June 5,2024)

ศิริรัตน์ ภูโอบ[1], อำนาจ โกสิงห์[2]
Sirirat Pooue[1], Amnat Kosing[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้งสถาบันราชประชาสมาสัย โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็นโรคตาแห้ง 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม แบบคัดลอกข้อมูลเป็นเครื่องมือวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า (1) รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้ง สถาบันราชประชาสมาสัย ประกอบด้วย DRY EYE RPSI คือ D: Dry eye assessment plus ซักประวัติ ประเมิน วินิจฉัยทางการพยาบาลอาการตาแห้ง, R : Record and interpretations บันทึกทางการพยาบาล , Y : Yourself of care นวัตกรรมการดูแลตัวเองต่อเนื่องที่บ้าน, EY : Eyelid massage & eye compress สปาเปลือกตา, E : Evaluate the eye surface index ประเมินผลระดับค่าตาแห้ง RPSI : Raj Pracha Samasai Institute รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้งที่สามารถใช้ได้จริงตามบริบทของสถาบันราชประชาสมาสัย (2) จักษุแพทย์ พยาบาลวิชาชีพให้การยอมรับรวมต่อรูปแบบฯที่พัฒนาขึ้นระดับมากที่สุด (3) ผู้ป่วยโรคตาแห้งมีความ พึงพอใจต่อรูปแบบระดับมากที่สุด (4) ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดจากรูปแบบฯ พบว่า ค่าปริมาณน้ำตาผู้ป่วยโรค ตาแห้งอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ100.00 ไม่เกิดอุบัติการณ์กระจกตาเป็นแผล

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, การพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้ง, ผู้ป่วยโรคตาแห้ง

Abstract

This study aimed to develop a nursing model for patients with dry eye disease at Rajapracha Samasai Institute. Using an action research model Thirty patients diagnosed with dry eye disease were purposively selected. Data were collected by the researcher. Use in-depth interviews non-participant observation type Data copying form is a research tool for quantitative data analysis using statistics, number, percentage, mean, standard deviation. Qualitative data were content analyzed. The results of the research found that (1) nursing model for patients with dry eye disease Rajapracha Samasai Institute consists of DRY EYE RPSI which is D: Dry eye assessment plus history taking, assessment, nursing diagnosis of dry eye symptoms, R: Record and interpretations Nursing records, Y: Yourself of care innovation for continuous self-care at home, EY: Eyelid massage and eye compress eyelid spa, E: Evaluate the eye surface index, evaluate the level of dry eye values RPSI: Raj Pracha Samasai Institute, a nursing model for patients with dry eye disease that can actually be used in the context of the Rajapracha Samasai Institute. (2) Ophthalmologists and professional nurses have the highest level of acceptance of the developed model. (3) Patients Dry eye disease is Satisfied with the model at the highest level (4) Nursing results resulting from the model found that the value of tear volume in patients with Dry eyes are within the normal range of 100.00%. There was no incidence of corneal ulceration.

Keywords: Model development, nursing care for patients with dry eye disease, patients with dry eye disease

บทนำ

โรคตาแห้ง เป็นโรคของผิวหน้าดวงตาชนิดหนึ่ง ความชุกของโรคอยู่ในช่วงร้อยละ 5 ถึง 50 ของประชากร

[1] พย.ม.หัวหน้าหน่วยงานผู้ป่วยนอกจักษุ สถาบันราชประชาสมาสัย
[2] พ.จ.อ., พย.บ. หัวหน้าหน่วยงานวิกฤต สถาบันราชประชาสมาสัย

ทั่วโลก จะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นหรือเท่ากับ 75 ปีขึ้นไป ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ได้แก่ สภาวะทางจิตใจ โรคภูมิแพ้ สภาพอากาศมลพิษทางอากาศ สภาวะแวดล้อมอื่นๆ ผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน การติดเชื้อที่ตา การใช้ผลิตภัณฑ์ทางตา การใส่คอนแทคเลนส์เป็นระยะเวลานาน การทำเลสิกการเปลี่ยนแปลงกระจกตา การใช้อุปกรณ์ต่างๆ เช่น คอมพิวเตอร์ อุปกรณ์โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟน แท็บแล็ต การทำงานในห้องที่มีเครื่องปรับอากาศ หรือห้องปลอดเชื้อ นอกจากนี้ยังพบในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ การใช้ยาชนิดต่างๆ หากมีภาวะตาแห้งมากจะทำให้การมองเห็นที่ผิดปกติ ภาวะรุนแรงอาจทำให้ตาบอดสูญเสียการมองเห็นได้ ทำให้มีการใช้ชีวิตประจำวันที่ผิดปกติไปด้วย[1] โรคตาแห้งส่วนใหญ่จะมีอาการเรื้อรัง เมื่อเป็นแล้วจะรู้สึกทรมานมาก การดำเนินการของโรคไปในทางที่แย่ลง ผู้ป่วยที่มีโรคตาแห้งปานกลางถึงรุนแรงจะมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลงเนื่องจากอาการปวดตา เคืองแสบตามาก มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมประจำวัน มีภาวะซึมเศร้าเพราะเกิดการสูญเสียการมองเห็น การรักษาที่ดีคือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง มีความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเองที่ถูกต้องสามารถทำให้อาการของโรคดีขึ้น[2]

การรักษาโรคตาแห้งเป็นการรักษาตามอาการมีระคายเคืองไม่สบายตาใช้การหยอดน้ำตาเทียมชดเชยน้ำตาธรรมชาติ และฝึกกระพริบตาให้สม่ำเสมอ ทำการประคบน้ำอุ่น นวด และฟอกทำความสะอาดเปลือกตา เพื่อกำจัดเชื้อโรคและสิ่งสกปรกที่อยู่บริเวณรอบเปลือกตารวมถึงลดการอักเสบของต่อมไขมันเปลือกตาที่เป็นสาเหตุของต่อมไขมันอุดตันทำให้มีเปลือกตาอักเสบเรื้อรังอันเป็นผลทำให้เกิดตาแห้งได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่นการใช้คอมพิวเตอร์ควรพักสายตาเมื่อจ้องหน้าจอเป็นเวลานาน หรือใช้แว่นตาป้องกันแสงแดด ฝุ่นละออง ลมแรงๆ และอาการตาแห้งเมื่อประเมินคุณภาพของการมองเห็นมักพบว่าระดับการมองเห็นลดลง ซึ่งเกิดจากความไม่เสถียรของน้ำตา และความไม่เรียบของผิวกระจกตาส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายมีความคลาดเคลื่อนของการโฟกัสแสงระดับสูงเพิ่มขึ้น หรือบางรายมีสายตาเอียงแบบแก้ไขไม่ได้ด้วยแว่นตา การรักษาที่ดีคือเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ และไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่กลับมารักษาซ้ำด้วยเรื่องเดิมซึ่งการกลับมารักษาซ้ำทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาทางด้านสุขภาพทั้งทางตรง และทางอ้อมยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ผลกระทบต่อการมองเห็นไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ [3] สำหรับด้านการพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการใช้เจลน้ำตาเทียมชนิดน้ำป้ายอุ้งตาล่าง และประคบอุ่น นวดทำความสะอาดเปลือกตา กดไขมันที่ตา และการทดสอบค่าปริมาณน้ำตาด้วย Schirmer Test สามารถช่วยให้พยาบาลดูแลดวงตาผู้ป่วยที่เป็นโรคตาแห้งได้ [4]

สถาบันราชประชาสมาสัยมีผู้ป่วยมารักษาด้วยโรคอาการตาแห้งเป็นโรคอันดับสองของหน่วยงานผู้ป่วยนอกจักษุ จากสถิติผู้มารับบริการหน่วยงานผู้ป่วยนอกจักษุ ปี 2564 – 2566 จำนวน 1,982, 2,429และ 2,643 ราย ตามลำดับ พบว่าเป็นโรคตาแห้งที่มีความรุนแรง แบ่งเป็นระดับความรุนแรงระดับปกติ 2,510 ราย ร้อยละ 27.4 ระดับเริ่มต้น 2,070 ราย ร้อยละ 22.6 ระดับปานกลาง 1,980 ราย ร้อยละ 21.6 และระดับรุนแรง 2,586 ราย ร้อยละ 28.2 [5] ที่ผ่านมาสถาบันราชประชาสมาสัยยังไม่มีรูปแบบ ไม่มีคู่มือปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคตาแห้ง เป็นการดำเนินงานตามการพยาบาล ผู้ป่วยนอกให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวการดูแลตนเอง และพบว่าผู้ป่วยดังกล่าวมาตรวจก่อนนัดด้วยอาการ ตาแห้งเหมือนเดิม จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหน่วยงานผู้ป่วยนอกจักษุ จึงสนใจพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้ง สถาบันราชประชาสมาสัย ด้วยการมีส่วนร่วมของจักษุแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วยโรคตาแห้ง โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม แนวคิดโดนาบีเดียน และมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกเพื่อให้ได้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้งเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคตาแห้งของหน่วยงานผู้ป่วยนอกจักษุ สถาบันราชประชาสมาสัย เป็นการลดปัญหาการมารักษาซ้ำ มารักษาก่อนนัด

ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยมีค่าปริมาณน้ำตาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิดอุบัติการณ์กระจกตาเป็นแผล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาในปัจจุบันของการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้งในสถาบันราชประชาสมาสัย
2. เพื่อกำหนดรูปแบบการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้งในสถาบันราชประชาสมาสัย
3. เพื่อพัฒนาและประเมินผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้งในสถาบันราชประชาสมาสัย

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคน สถาบันราชประชาสมาสัย กระบวนการวิจัย มี 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้ง สถาบันราชประชาสมาสัย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์สังเคราะห์ สรุปประเด็นความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้ง

ระยะที่ 2 ร่างรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้ง สถาบันราชประชาสมาสัย คู่มือปฏิบัติงานตามรูปแบบ และนวัตกรรมการดูแลตนเอง โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 4 ครั้ง และพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานผู้ป่วยนอกจักษุให้สามารถปฏิบัติตามรูปแบบ คู่มือได้อย่างถูกต้อง

ระยะที่ 3 ทดลองใช้ร่างรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้ง สถาบันราชประชาสมาสัย โดยพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานผู้ป่วยนอกจักษุปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมระหว่างทดลองใช้ และจัดประชุมร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพ จักษุแพทย์ รวบรวมปัญหา ปรับปรุงแก้ไข เพื่อการประเมินผลระยะที่ 4 ต่อไป

ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้ง สถาบันราชประชาสมัย เป็นการประเมินการยอมรับของจักษุแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคตาแห้ง และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ประชากรเป้าหมายการพัฒนา

เลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ว่าเป็นโรคตาแห้ง ระหว่างการดำเนินการวิจัย 2) จักษุแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหน่วยงานผู้ป่วยนอกจักษุสถาบันราชประชาสมาสัย ทั้งนี้ประชากรเป้าหมายการพัฒนา แตกต่างกันไปแต่ละระยะ ดังนี้ ประชากรเป้าหมาย ระยะที่ 1 และ 2 คือ จักษุแพทย์ 4 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน รวม 9 คน ประชากรเป้าหมาย ระยะที่3 และ 4 คือ จักษุแพทย์ 4 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน รวม 9 คน และผู้ป่วยโรคตาแห้งที่อยู่ในระหว่างการทดลองใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น 30 คน รวมทั้งสิ้น 39 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก
2. แบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม
3. นักวิจัย
4. แบบฟอร์มการตรวจสอบความครบถ้วนของขั้นตอนดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น
5. แบบสอบถามการยอมรับรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้ง สถาบันราชประชาสมาสัย
6. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้ง สถาบันราชประชาสมาสัย
7. แบบคัดลอกข้อมูลผลลัพธ์ทางการพยาบาล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคลในที่รโหฐาน บันทึกข้อมูลด้วยเทปบันทึกเสียง และการบันทึกของผู้วิจัย
2. ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
3. การสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม
4. เก็บรวบรวมแบบสอบถาม

5. คัดลอกข้อมูลสถิติค่าปริมาณน้ำตา และการเกิดแผลที่กระจกตาผู้ป่วยโรคตาแห้งจากหน่วยงานผู้ป่วยนอกจักษุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกณฑ์การพิจารณาระดับ การยอมรับและความพึงพอใจ การแปลความหมายของค่าคะแนนพิจารณาจากค่าเฉลี่ย (Mean) ของคะแนนโดยกำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ [6] ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.50 หมายถึง น้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.51 – 2.50 หมายถึง น้อย
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.51 – 3.50 หมายถึง ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.51 – 4.50 หมายถึง มาก
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.51 - 5.00 หมายถึง มากที่สุด

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation) ด้านข้อมูล (Data Triangulation) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดย การจัดกระทำข้อมูล ให้รหัสข้อมูล การวิเคราะห์ตีความและการให้ความหมาย (Analysis and Interpretation) เพื่อตอบคำถามการวิจัย

ประเด็นด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยเป็นหัวหน้าหน่วยงานผู้ป่วยนอกจักษุ จะทำการศึกษาวิจัยกับผู้ป่วยโรคตาแห้งที่มารับบริการหน่วยงานผู้ป่วยนอกจักษุ จึงต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยโรคตาแห้งยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือตอบแบบประเมินความพึงพอใจ ด้วยความเกรงใจ จึงจัดหาผู้ช่วยวิจัยที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับหน่วยงานผู้ป่วยนอกจักษุทำหน้าที่ขอคำยินยอมและนำแบบสอบถามความพึงพอใจให้ผู้ป่วยตอบ ผู้วิจัยตระหนักดีว่ากิจกรรมงานวิจัยต้องไม่มีผลกระทบต่อการให้บริการผู้ป่วย และไม่บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่ 3 ที่อาจถูกอ้างถึง

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้ง สถาบันราชประชาสมาสัย ก่อนพัฒนารูปแบบฯ พบว่า (1) ความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานผู้ป่วยนอกจักษุ พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้งมี ความจำเป็นต้องผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคทางเปลือกตาเนื่องจากเป็นการดูแลที่เฉพาะทางและมีความเสี่ยงสูง ในขณะที่พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานจักษุที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคตาแห้งผ่านการอบรมดูแลผู้ป่วยโรคทางเปลือกตาเพียง 2 คน อีก 3 คนไม่ได้รับการฝึกอบรม ได้รับการสอนจากพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมด้วยการฝึกปฏิบัติจริง แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่า พยาบาลที่ไม่ผ่านการฝึกอบรมยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว โดยพบว่า จังหวะและ แรงการกดไขเปลือกตาทำให้ผู้เจ็บ ไม่มีทักษะการนวดซึ่งทำให้ไม่สบายดวงตา องค์ความรู้ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยไปดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านไม่สามารถชักจูงหรือสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามได้ จึงก่อให้เกิดผู้ป่วยกลับมาเป็นซ้ำ นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลที่ไม่ผ่านการอบรมขาดความรู้ ทักษะการคัดกรองแยกประเภทตาแห้ง การแปลผลการตรวจ Schirmer’s test ว่าผู้ป่วยรายใดมีการสร้างน้ำตาปกติ เป็นโรคตาแห้งในระดับเริ่มต้นถึงปานกลาง หรือเป็นโรคตาแห้งระดับรุนแรง เพื่อให้แพทย์วินิจฉัยรักษาได้ถูกต้อง (2) รูปแบบ ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้งหน่วยงานผู้ป่วยนอกจักษุ สถาบันราชประชาสมาสัยในปัจจุบัน เป็นการดำเนินงานโดยการวินิจฉัยของแพทย์ พยาบาลดำเนินการ คัดกรองตามระบบปกติ ถามเพียงว่ามีอาการแสดงสำคัญที่มาโรงพยาบาล ไม่ได้คัดกรองคำถามเฉพาะเจาะจงเพื่อวินิจฉัยทางการพยาบาลถึงอาการตาแห้งและระดับที่เป็นตาแห้ง พยาบาลไม่ได้ตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษก่อนและหลังการรักษา หลังจากแพทย์วินิจฉัยว่าเป็น

ตาแห้งและต้องทำความสะอาดเปลือกตายังไม่มีรูปแบบ การกำหนดอย่างชัดเจนว่าจะต้องทำกี่ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันเท่าใด เนื่องจากหน่วยงานผู้ป่วยนอกจักษุไม่มีแนวทาง ขั้นตอนการปฏิบัติงาน และคู่มือการปฏิบัติงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร จึงส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพต่างคนต่างทำ ไม่เป็นแนวทางเดียวกันในเรื่องของการติดตามผู้ป่วยยังขาดกระบวนการติดตามนัดผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หน่วยงานยังไม่มีระบบติดตามนัดผู้ป่วยอย่างเป็นระบบทำให้ผู้ป่วยมาตรวจรักษาไม่ต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยมาตรวจหลังทำความสะอาดตา จะพบว่าผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นเท่าที่ควร (3) ปัญหา อุปสรรค ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้งหน่วยงานผู้ป่วยนอกจักษุ สถาบันราชประชาสมาสัย ในปัจจุบัน ดังได้กล่าวไปแล้วข้างต้นว่า การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้งหน่วยงานผู้ป่วยนอกจักษุ สถาบันราชประชาสมาสัย ในปัจจุบันเป็นรูปแบบการปฏิบัติงานในระบบปกติ ไม่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคตาแห้ง ประกอบกับไม่มีแบบคัดกรอง ผู้ปฏิบัติงานไม่รู้ขั้นตอน แนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องครบถ้วน ขาดทักษะประสบการณ์ในการใช้เครื่องมือพิเศษ และการทำ Eye Lid Spa เป็นการดำเนินการที่ต่างคนต่างทำตามศักยภาพของพยาบาลแต่ละบุคคล ซึ่งความรู้ประสบการณ์ ความสามารถศักยภาพของพยาบาลแต่ละคนย่อมแตกต่างกันไป ผู้ที่เคยผ่านการอบรมย่อมมีทักษะมากกว่าคนไม่เคยผ่านการอบรม และที่สำคัญไม่มีคู่มือให้ผู้ปฏิบัติงานได้เรียนรู้และปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างถูกต้องเป็นแนวทางเดียวกันย่อมเป็นปัญหาอุปสรรคในการดูแลปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้ง ของหน่วยงานผู้ป่วยนอกจักษุ และพบว่ายังขาดกระบวนการติดตามนัดผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยหยอดยาอาการดีขึ้นก็ไม่มาตามนัด และมาอีกครั้งอาการเป็นมากกว่าเดิม หรือไม่สามารถที่จะลางานได้ พยาบาลขาดทักษะในการกระตุ้นสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยน หรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่ออาการของโรคตาแห้งการจัดการสื่อการสอนยังไม่ครอบคลุม มีเพียงแผ่นพับให้ความรู้แต่เป็นแผ่นพับที่ผลิตโดยบริษัทขายเครื่องมือ จึงไม่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอ่านเอกสารตัวเล็กไม่ได้ไม่มีการนัดให้ญาติมารับฟังคำแนะนำการปฏิบัติตนในผู้สูงอายุ ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้ไม่เอื้ออำนวยต่อการรักษาของแพทย์ส่งผลให้เกิดการมารักษาซ้ำ (4) จักษุแพทย์ มีความคาดหวังให้พยาบาลวิชาชีพคัดกรองประเมินผู้ป่วยตาแห้งตามความรุนแรงได้ถูกต้อง ปฏิบัติการพยาบาลเป็นแนวทางเดียวกันทั้งหน่วยงาน สามารถลงข้อมูลค่าปริมาณน้ำตาที่วัดได้ถูกต้องและประเมินผลรวมค่า OSDI ได้อย่างถูกต้องรวมทั้งพยาบาลให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยให้ปฏิบัติได้ถูกต้องไม่มารักษาซ้ำ หรือมาก่อนนัด สำหรับพยาบาลวิชาชีพมีความคาดหวังว่าจะปฏิบัติการพยาบาลเป็นแนวทางเดียวกัน โดยมีคู่มือปฏิบัติงานของพยาบาล มีรายละเอียดขั้นตอนการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้งอย่างชัดเจน มีสื่อวีดิทัศน์ช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้อง

2. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้ง สถาบันราชประชาสมาสัย ที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ประกอบด้วย DRY EYE RPSI ดังนี้

D : Dry eye assessment plus ประเมินอาการตาแห้ง ซักประวัติปัจจัยเสี่ยง ประวัติทางตาในอดีต และระบบอื่นๆ ของร่างกาย โรคประจำตัว และอาการของตาแห้ง ได้แก่ เคืองตา น้ำตาไหล แสบตา ตาแห้ง รู้สึกเหมือนเศษฝุ่นเข้าตา ตาสู้แสงไม่ได้ ตามัวลง ใส่เลนส์สัมผัสไม่สบายตา ตาแดง มีขี้ตาเหนียวๆ ตาล้า กระพริบตาบ่อย อาการดีขึ้น หรือแย่ลงในระหว่างวัน ระยะเวลาของโรคที่เป็น การใช้สายตาต่อเนื่องเป็นเวลานาน เช่นการอ่านหนังสือ การดูคอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์ดิจิตอลต่างๆ โรคประจำตัวต่างๆ และการผ่าตัดเกี่ยวกับดวงตา รวมถึงการประเมินอาการตาแห้งและผลดัชนีดวงตาก่อนได้รับการรักษา ตลอดจนการวินิจฉัยทางการพยาบาล

R : Record and interpretations บันทึกทางการพยาบาล จากการประเมิน และการซักประวัติ บันทึกผลค่าตาแห้งที่วัดได้จาก Schirmer’s test และผลการประเมิน OSDI

Y : Yourself of care จัดทำนวัตกรรมสื่อการสอนด้วยวิดีทัศน์ แผ่นพับให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเอง

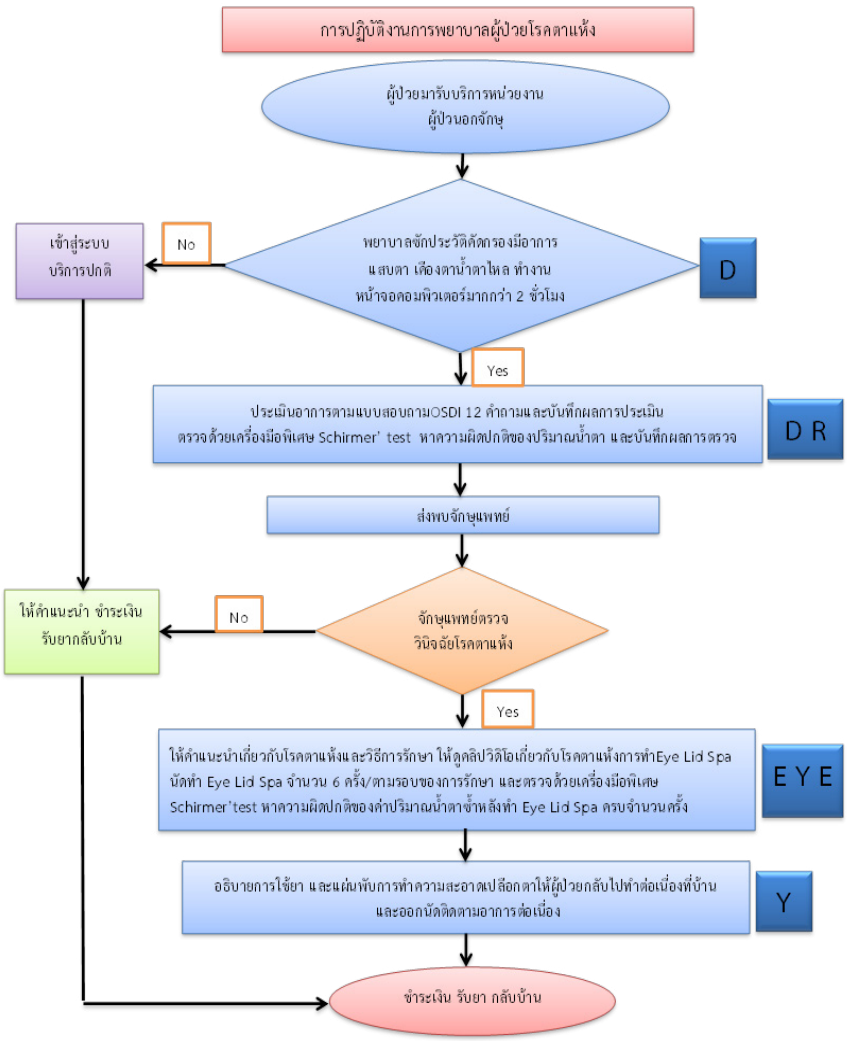
ที่บ้านได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เกี่ยวกับการใช้ยา การประคบอุ่นที่ตา การฟอกทำความสะอาดเปลือกตา

EY : Eyelid massage & eye compress ให้การพยาบาลด้วยการนวดประคบเปลือกตา การฟอกทำความสะอาดเปลือกตา นวดเปลือกตา การประคบอุ่น ด้วยเครื่อง Blebphasteam ซึ่งเป็นเครื่องสปาเปลือกตา เพื่อรักษาต่อมไขมันรอบดวงตาที่ทำงานผิดปกติให้กลับมาปกติ โดยจะใช้ความอุ่น กดไขมันที่ตา รีดไขมันตามแนวการวางตัวของต่อมไมโบเมียน (Meibomian gland) ใช้อุปกรณ์ในการนวดเปลือกตา เช่น แท่งแก้ว ไม้พันสำลี เพื่อให้ไขมันที่อุดตันอยู่ในต่อมระบายออกมาโดยก่อนเข้ารับการนวดและทำความสะอาดเปลือกตา

E : Evaluate the eye surface index ประเมินผลการพยาบาล ได้แก่ ประเมินค่าระดับปริมาณน้ำตาประเมินติดตามอาการหลังทำ Eyelid massage & eye compress ครบจำนวนรอบของการให้การพยาบาล

RPSI : Raj Pracha Samasai Institute สถาบันราชประชาสมาสัยมีรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรค ตาแห้งที่สามารถใช้ได้จริงตามบริบทของสถาบันราชประชาสมาสัย

การพยาบาลตามรูปแบบ DRY EYE RPSI กำหนดขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของ จักษุแพทย์ พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานผู้ป่วยนอกจักษุ และผู้ป่วยโรคตาแห้ง ได้การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้ง ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้ง

3. ผลการประเมินรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้งสถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น

3.1 ผลการประเมินรวมด้านการยอมรับและด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้งสถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น พบว่า จักษุแพทย์และพยาบาลวิชาชีพให้การยอมรับรวมต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.77 SD=0.44) สำหรับผู้ป่วยโรคตาแห้งมีความพึงพอใจรวมต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นในระดับมากที่สุดเช่นเดียวกัน (Mean =4.90 SD=0.30) ดังตาราง1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การยอมรับรวมของจักษุแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และความพึงพอใจรวมของผู้ป่วยโรคตาแห้งที่มีต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้งฯ ที่พัฒนาขึ้น

ประเด็นการประเมิน	ผลรวมการประเมินรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้ง สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น							
	ระดับ					Mean	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
1. การยอมรับรวมของจักษุแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ (n=9)	7 (77.8)	2 (22.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.77	0.44	มากที่สุด
2. ความพึงพอใจรวมของผู้ป่วยโรคตาแห้ง (n=30)	27 (90.0)	3 (10.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.90	0.30	มากที่สุด

3.2 ผลลัพธ์ทางการพยาบาลของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้ง สถาบันราชประชาสมาสัย ที่พัฒนาขึ้น พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบฯ ค่าปริมาณน้ำตาผู้ป่วยโรคตาแห้งอยู่ในเกณฑ์ปกติเท่ากับ 0 หลังพัฒนารูปแบบฯ เพิ่มขึ้นจากก่อนพัฒนารูปแบบฯ ร้อยละ 100.00 และพบว่าอุบัติการณ์กระจกตาเป็นแผลก่อนพัฒนารูปแบบฯมี เท่ากับ 10 หลังพัฒนารูปแบบฯไม่เกิดอุบัติการณ์กระจกตาเป็นแผล ดังตาราง 2

ตาราง 2 ผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้ง สถาบันราชประชาสมาสัยก่อน และหลังพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้ง

ตัวชี้วัด	ก่อนการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้ง	หลังพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้ง	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
ค่าปริมาณน้ำตาผู้ป่วยโรคตาแห้งอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ90.00	0	100.00	เพิ่มขึ้นจากก่อนพัฒนารูปแบบฯ ร้อยละ 100.00
อุบัติการณ์กระจกตาเป็นแผล เท่ากับ 0	10	0	ไม่เกิดอุบัติการณ์

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้งที่พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบที่สามารถปฏิบัติได้จริงและเหมาะสมกับบริบทของสถาบันราชประชาสมาสัย ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก[7] ที่ให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ ประกอบด้วย 9 มาตรฐาน ประกอบด้วยมาตรฐานที่1 การซักประวัติ การตรวจคัดกรอง และ การประเมินอาการ มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลในระยะการตรวจรักษา มาตรฐานที่ 3 การพยาบาลในระยะหลังการตรวจรักษา มาตรฐานที่ 4 การดูแลต่อเนื่อง มาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล

มาตรฐานที่ 6 การคุ้มครองภาวะสุขภาพปฏิบัติการพยาบาล มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ มาตรฐานที่ 8 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และมาตรฐานที่ 9 การบันทึกทางการพยาบาล และรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้งที่พัฒนาขึ้น มีความแตกต่างจากการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้งทั่วไป ที่ส่วนใหญ่มีเพียงการให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงความเสี่ยงสิ่งที่จะทำให้เกิดโรค และการหยอดยาตามการรักษาของแพทย์ ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้ง สถาบันราชประชาสมาสัย เน้นการให้การพยาบาลเรื่องการทำความสะอาดเปลือกตา นวดเปลือกตา การประคบอุ่นด้วยเครื่อง Blebphasteam เป็นเครื่องสปาเปลือกตาที่มาช่วยในกระบวนการพยาบาลช่วยทำให้ลดการอุดตันของไขมันช่วยกระตุ้นให้การไหลเวียนของน้ำตาดีขึ้น และการทำอย่างต่อเนื่องครบตามขบวนการครบตามที่กำหนดจะทำให้อาการของโรคดีขึ้น พร้อมกับมีการให้คำแนะนำการทำความสะอาดเปลือกตา นวดเปลือกตา การประคบอุ่นต่อเนื่องที่บ้าน ร่วมกับให้แผ่นพับการทำความสะอาดเปลือกตา QR Code วีดิทัศน์การทำความสะอาดเปลือกตา เพื่อให้ผู้ป่วยได้ศึกษาด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการทำความสะอาดเปลือกตา นวดเปลือกตา การประคบอุ่น สามารถทำได้ด้วยตนเองทุกวัน รวมทั้งมีกระบวนการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ที่คอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก มีความภาคภูมิใจ เห็นคุณค่า เห็นถึงผลประโยชน์ในการทำเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น ที่สามารถลดอาการปวดตา คัน เคืองตาลดลง สบายตาขึ้น เกิดแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องและส่งผลให้ค่าปริมาณน้ำตาของผู้ป่วยโรคตาแห้งอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิดแผลกระจกตา ซึ่งสอดคล้องกับเกวลิน เลขานนท์(2561)[2] เรื่องโรคตาแห้ง Dry Eye Disease การรักษาโรคเปลือกด้านหน้าอักเสบโดยการทำความสะอาดเปลือกตา (Lid hygiene) และการรักษาเชื้อ Demodexmที่อยู่ในดวงตา การรักษาภาวะตาแห้ง meibomiangland dysfunction (MGD) โดยการประคบอุ่น (Lid warm compression) และนวดเปลือกตา (Lid massage) กดไขมันที่ตา และกระพริบตาบ่อยๆ จะทำให้อาการของโรคดีขึ้น โดยสามารถทำได้บ่อยครั้ง

ผลการประเมินการยอมรับรวมและความพึงพอใจรวมในรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้งที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้ เกิดจากการมีส่วนร่วมของจักษุแพทย์ พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานผู้ป่วยนอกจักษุ ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ร่วมพัฒนารูปแบบทดลองใช้ และร่วมปรับปรุงรูปแบบตลอดจนร่วมประเมินผลลัพธ์และรับผลประโยชน์การนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้งที่พัฒนาขึ้น ทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามรูปแบบฯ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen , J.M. and Uphoff, N.T. (1981)[8] ที่กล่าวว่าการร่วมกันตัดสินใจ (Decision Making) การมีร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) และปรับปรุงแก้ไข ซึ่งการมีส่วนร่วมเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องมีอิทธิพลสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

สถาบันราชประชาสมาสัยนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้งที่เกิดจากการวิจัยไปใช้เป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคตาแห้งในระบบบริการปกติของหน่วยงานผู้ป่วยนอกจักษุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาและทดลองใช้คู่มือปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพและวีดิทัศน์การทำความสะอาดเปลือกตาที่เป็นผลผลิตจากงานวิจัยว่ามีประสิทธิภาวะหรือประสิทธิผลเพียงใด

เอกสารอ้างอิง

1. ทิพย์วิไล ทวีพันธุรัตน์ . (2565). **แนวทางการรักษาโรคตาแห้งคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิยาลัยสยาม**.(ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2566.จาก; https://www.scribd.com/document/500845008

2.เกวลิน เลขานนท์. (2561). **โรคตาแห้ง Dry Eye Disease** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โครงการตำรารามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

3.ชารีนันท์ จิรภาไพศาล. (2565). **มารู้จักโรคตาแห้ง. ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล**. (ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2566. จาก; https://www.si.mahidol.ac.th/th/siacg/knowledge_detail.asp?id=118

4. Diego Dias de Araujo, PhD, MSN, RN; Daniel Vinicius Alves Silva; Carolina Amaral Oliveira Rodrigues; Patricia Oliveira Silva; Tamara Goncalves Rezende Macieira, BSN and Tania Couto Machado Chianca, PhD, MSN, RN. (2019). **Effectiveness of Nursing Interventions to Prevent Dry Eye in Critically Ill Patients**. EVIDENCE-BASED PRACTICE IN CRITICAL CARE| JULY 01 2019. *Am J Crit Care* (2019) 28 (4): 299–306. https://doi.org/10.4037/ajcc2019360

5.สถาบันราชประชาสมาสัย. (2566). **สรุปงานบริการผู้ป่วยนอกจักษุ ,PCT จักษุ**, สถาบันราชประชาสมาสัยสมุทรปราการ .: สถาบันราชประชาสมาสัย.

6.บุญชม ศรีสะอาด. (2560). **การวิจัยเบื้องต้น** (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาส์นการพิมพ์.

7.สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์. (2551). **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลของสภาการพยาบาล.** นนทบุรี : สภาการพยาบาล.

8. Cohen , J.M. and Uphoff, N.T. (1981). Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation. Rural Development Committee Center for International Studies. Cornell University.

ผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบตึกอายุรกรรม (ราชาวดี) โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

Effects of Discharge Planning Program in the Pneumonia elderly patients at Medicine department (Rachawadee) Wanonniwat Hospital, Sakon Nakhon Province.

(Received: June 3,2024 ; Revised: June 17,2024 ; Accepted: June 21,2024)

วารุณีย์ อุดม[1]
Warunee udom[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง The One Group Pretest Posttest Design เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบตึกอายุรกรรม (ราชาวดี) โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบ จำนวน 30 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่าค่าความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index for Scale, S-CVI) เท่ากับ 0.96 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.95 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 17 มกราคม 2567 ถึง 17 เมษายน 2567 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน Paired T-Test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเข้าร่วมการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุเป็นโรคปอดอักเสบตึกอายุรกรรม (ราชาวดี) โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร สูงกว่าก่อนเข้าร่วมการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 7.86, 95% CI: 7.08-8.64, p-value<0.001) และพบว่าระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบตึกอายุรกรรม (ราชาวดี) โรงพยาบาลวานรนิวาส ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50 (S.D.=0.62)

คำสำคัญ : การวางแผนจำหน่าย, ผู้สูงอายุ, โรคปอดอักเสบ

ABSTRACT

This study was quasi-experimental research using a one-group pretest and posttest design. The One Group Pretest Posttest Design aimed to study Effects of Discharge Planning Program in the Pneumonia elderly patients at Medicine department (Rachawadee) Wanonniwat Hospital, Sakon Nakhon Province. The sample groups 30 selected was carers for elderly patients with pneumonia by purposive sampling. The quantitative data was collected by using questionnaires that examined and verified by three experts for content validity with content validity index for scale (S-CVI) was 0.96, and reliability with Cronbach's alpha coefficient was 0.95. Data were collected from 17th January, 2024 to 17th April 2024. The statistics used for data analysis were descriptive statistics and paired samples t-test, with a statistical significance level of 0.05.

The results showed that the mean scores of after is higher than before used Effects of Discharge Planning Program in the Pneumonia elderly patients at Medicine department (Rachawadee) Wanonniwat Hospital, Sakon Nakhon Province. (Mean Difference = 7.86, 95% CI: 7.08-8.64, p-value<0.001) And the overall level of Satisfaction of used Effects of Discharge Planning Program were at a highest level. 4.50 (S.D.=0.62) Therefore, providing the right knowledge to caregivers is vital.

Keywords: Discharge Planning, Elderly Patients, Pneumonia

[1] โรงพยาบาลวานรนิวาส

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการณ์ว่าพบผู้ใหญ่ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ป่วยด้วยโรคปอดติดเชื้อประมาณ 158,000 รายต่อปี[1] โรคปอดติดเชื้อนับเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก โดยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของทั้งเด็กเล็กและผู้สูงวัย ซึ่งวัยผู้สูงอายุมักเกิดปัญหาด้านสุขภาพได้ง่าย เพราะเมื่ออายุเพิ่มขึ้นสภาพร่างกายและการทำงานระบบต่างๆ ในร่างกายเสื่อมถอยลงไป จึงมีแนวโน้มเจ็บป่วยได้ง่ายและเรื้อรัง โรคปอดอักเสบในผู้สูงอายุ (pneumoniain elderly) เป็นกระบวนการอักเสบของถุงลมปอด ทำให้เนื้อปอดแข็งและมีหนองในถุงลมปอด ซึ่งสาเหตุหลัก 2 กลุ่มคือการติดเชื้อ K. pneumoniae และP. Aeruginosa และที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ เช่น การสำลักอาหาร โดยในประเทศไทย โรคปอดอักเสบเป็น 5 ลำดับแรกของโรคทางเดินหายใจที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในทุกปีและมีแนวโน้มอัตราตายจากโรคนี้เพิ่มสูงขึ้น ปัจจุบันสถานการณ์โรคปอดอักเสบที่ไม่รวมการติดเชื้อโควิด 19 โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ที่พบได้บ่อย โดยใน พ.ศ. 2560 และ 2561 มีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบประมาณ 2.0 และ 1.3 แสนราย กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.41 และ 33.67 ตามลำดับ[2] ในประเทศไทย ตั้งแต่ 1 มกราคม – 31 ตุลาคม 2565 พบผู้ป่วย 179,211 ราย มีรายงานผู้เสียชีวิต 176 ราย โดยพบผู้ป่วยมากที่สุดในเดือนสิงหาคมและกันยายนที่ผ่านมา[3] ปัจจุบันมีการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น และผู้สูงอายุมีภาวะภูมิคุ้มกันลดลง ส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด ระบบการหายใจล้มเหลว ซึ่งก่อให้เกิดความยุ่งยากในการรักษาและต้องนอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลายาวนาน เกิดอาการรุนแรงไปจนถึงเสียชีวิต[4]

โรคปอดอักเสบ เป็นโรคที่มีอาการไข้ ไอ หายใจลำบาก และหอบเหนื่อยตามมา อาการความรุนแรงจะแตกต่างกันไปตามกลุ่มอายุ โรคร่วม ระดับภูมิคุ้มกันของตัวผู้ป่วยและชนิดของเชื้อก่อโรคและเนื่องจากโรคปอดอักเสบติดเชื้อยังเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นในกลุ่มโรคติดเชื้อ การวินิจฉัยอย่างทันท่วงที การรักษาที่ถูกต้องตามมาตรฐานรวมถึงการป้องกันในกลุ่มเสี่ยงจึงมีความสำคัญอย่างมาก[5] ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยระหว่างเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยในการดูแลตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาไปจนถึงการจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งการวางแผนจำหน่ายโดยใช้รูปแบบ D-METHOD ได้ถูกนำมาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เราพบได้บ่อยๆ เป็นการเตรียมผู้ป่วยให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการใกล้บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ควบคุมการกำเริบของโรคได้มากขึ้น ซึ่งการวางแผนและจัดสรรบริการในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ต้องการ การดูแลต่อเนื่องหลังการจำหน่ายอย่างเป็นระบบ องค์รวม มีการ ประสานงานของสหสาขาวิชาชีพ ในการสนับสนุน และเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายกรณี รวมทั้งมีการส่งเสริมการใช้ทรัพยากร สุขภาพที่เหมาะสม เพื่อเตรียมการให้ผู้ป่วยและญาติ/ชุมชนสามารถ ดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง อย่างมั่นใจ ปลอดภัย และพึงพอใจ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า D-METHOD ได้ถูกนำมาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งพบว่าผู้ให้บริการมีความเข้าใจในขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย ได้แนวทางการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง ส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและมีการความพึงพอใจต่อบริการมากขึ้น[6] และพฤติกรรมการดูแลของมารดาในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในบุตรปฐมวัย กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้

สมรรถนะแห่งตน ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิตที่ .05 เนื่องจากผู้ดูแลมีความมั่นใจสามารถแสดงพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือการที่เด็กไม่กลับมาป่วยซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบผู้ปกครองก็จะพยายามกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสมและถูกต้อง[7] และพบว่ารูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจในบริการสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[8] และ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)[9]

โรงพยาบาลวานรนิวาส เป็นโรงพยาบาลขนาด 246 เตียง จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยตึกอายุรกรรม (ราชาวดี) ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566 ถึง 30 มิถุนายน 2566 พบว่า มีผู้ป่วยโรคปอดติดเชื้อ จำนวน 413 คน และพบว่ามีผู้สูงอายุเสียชีวิตด้วยโรคปอดติดเชื้อในปี 2564 จำนวน 1 ราย และปี 2565 จำนวน 5 ราย[10] บางรายพบภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในปอด ได้แก่ การติดเชื้อแบคทีเรียเข้าสู่กระแสเลือด ภาวะช็อค กรณีติดเชื้อรุนแรง นำไปสู่ระบบอวัยวะภายในล้มเหลวภาวะมีน้ำหรือเป็นหนองในเยื่อหุ้มปอด ภาวะการหายใจล้มเหลว ซึ่งในปัจจุบันมีอัตราการเกิดโรคปอดติดเชื้อค่อนข้างสูงและมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมถึงค่าเสียเวลาของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งในกรณีของผู้สูงอายุมีความเสี่ยงจะเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างเข้ารับการรักษา อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดติดเชื้อ โดยใช้รูปแบบ D-METHOD ในโรงพยาบาลวานรนิวาส ผู้วิจัยจึงศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบตึกอายุรกรรม (ราชาวดี) โรงพยาบาลวานรนิวาส เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบอายุรกรรม (ราชาวดี) โรงพยาบาลวานรนิวาส และทดลองใช้การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบและนำมาวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบตึกอายุรกรรม (ราชาวดี) โรงพยาบาลวานรนิวาส
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบตึกอายุรกรรม (ราชาวดี) โรงพยาบาลวานรนิวาส
3. เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุของกลุ่มผู้ดูแลหลังการใช้รูปแบบฯตึกอายุรกรรม (ราชาวดี) โรงพยาบาลวานรนิวาส

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 1 กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง (The one group pretest-posttest design)

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคปอดอักเสบ ตึกอายุรกรรม (ราชาวดี) โรงพยาบาลวานรนิวาส

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคปอดอักเสบ ที่นอนรับการรักษาในโรงพยาบาลแผนกหอผู้ป่วยใน ตึกอายุรกรรม (ราชาวดี) โรงพยาบาลวานรนิวาส ในระหว่างที่ดำเนินการศึกษา ด้วยภาวะปอดอักเสบ รหัส ICD 10 คือ J120 Adenoviral pneumonia และ J189 Pneumonia, unspecified จำนวน 30 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ (purposive

sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ การคัดเลือกกลุ่มตัวเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) สามารถพูดคุยสื่อสารได้ อ่านหนังสือได้ และ3) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยโดยลงนามในเอกสารยินยอมด้วยความสมัครใจ และมีเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ 1) กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาวิจัยได้ 2) กลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลไม่ถึง4วัน และ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมจนจบระยะศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่

ส่วนที่1 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบ ที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดกระบวนการของการวางแผนจำหน่ายของ McKeehan[11] รูปแบบ D-METHOD ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

D= Disease ผู้ดูแลผู้สูงอายุปอดติดเชื้อ จะได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดติดเชื้อ สาเหตุการเกิดโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นหากป่วยด้วยโรคปอดติดเชื้อ และแนวทางการรักษาโรคตามดุลพินิจของแพทย์

M = Medication ผู้ดูแลผู้สูงอายุปอดติดเชื้อ จะได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียดถึงชื่อของยา การออกฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์ในการใช้ยา วิธีการใช้ยา ขนาดและปริมาณของยา จำนวนครั้งและระยะเวลาที่ใช้ยา ข้อควรระวังในการใช้ยา ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนของการใช้ยารวมถึงข้อห้ามข้อควรระวังสำหรับการใช้ยา

E= Environment and economic ผู้ดูแลผู้สูงอายุปอดติดเชื้อ จะได้รับความรู้ในการจัดการสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพการเจ็บป่วยของตนเอง สามารถที่จะใช้และดัดแปลงแหล่งประโยชน์ในชุมชน รวมไปถึงสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่ควรหลีกเลี่ยง

T= Treatment ผู้ดูแลผู้สูงอายุปอดติดเชื้อจะได้รับรู้และเข้าใจเป้าหมายในการรักษาโรคปอดติดเชื้อและทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา การเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นและสามารถแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินได้ มีความรู้ความเข้าใจในการจัดการและแก้ไขกับปัญหาหรืออาการผิดปกติหรืออาการแทรกซ้อนเฉียบพลันที่อาจเกิดขึ้น

H= Health ผู้ดูแลผู้สูงอายุปอดติดเชื้อ ต้องมีความรู้ความเข้าใจ รับรู้ถึงสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง การดูแลตัวเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านต้องปฏิบัติตัวอย่างไรบ้าง เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคซ้ำ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น

O = Outpatient ผู้ดูแลผู้สูงอายุปอดติดเชื้อ ต้องเข้าใจและรับรู้ถึงความสำคัญของการมาตรวจตามที่แพทย์นัด กรณีหากมีติดตามอาการ

D= Diet ผู้ดูแลผู้สูงอายุปอดติดเชื้อ ต้องมีความรู้และความเข้าใจ สามารถที่จะเลือกอาหารรับประทาน และสามารถประกอบอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคและข้อจำกัดด้านสุขภาพของตนเอง ต้องรู้จักหลีกเลี่ยงหรืองดรับประทานอาหารที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

ในการดำเนินโปรแกรมวางแผนจำหน่ายจากผู้วิจัย ซึ่งกิจกรมในโปรแกรมแบ่งเป็น 4 ระยะ ใช้เวลาครั้งละ 15-30 นาที ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 คือวันแรกที่นอนโรงพยาบาล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดติดเชื้อ พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติแสดงความคิดเห็นต่อปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ต่อจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคปอดติดเชื้อ สาเหตุการเกิดโรค อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น การดูแลตนเองในขณะที่รักษาโรคปอดติดเชื้อ ตลอดจนแนวทางการรักษาโรค การใช้ยาและการสังเกตอาการข้างเคียงของยา การจัดสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ การเลือก

รับประทานอาหารและการมาตรวจตามนัด หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันวางแผนการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้วิจัยมอบแผ่นพับความรู้ในการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยและญาติ พร้อมส่งต่อข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องแก่ทีมสุขภาพต่อไป

ระยะรักษาช่วงแรก คือ วันที่ 2-3 ของการนอนโรงพยาบาล ดำเนินกิจกรรมตรวจสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุปอดติดเชื้อ พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามเพิ่มเติม พร้อมให้ข้อมูลในการเตรียมตัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุปอดติดเชื้อหรือทำหัตถการตามแผนการรักษา

ระยะรักษาช่วงหลัง คือ วันที่ 4-5 ของการนอนโรงพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมเช่นเดียวกับระยะรักษาช่วงแรก และให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยและญาติยังสงสัยและมีข้อคำถาม

ระยะฟื้นฟูหรือเตรียมกลับบ้าน ผู้วิจัยติดตามผลการประเมินความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุปอดติดเชื้ออีกครั้ง พร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลหลังให้โปรแกรมวงแผนจำหน่ายตามแบบสอบถามความรู้ ให้กำลังใจและกล่าวคำชมเชยผู้ป่วยและญาติ หากผู้ป่วยและญาติมีข้อสงสัยในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านสามารถขอรับคำปรึกษาจากผู้วิจัยได้ทางโทรศัพท์ พร้อมทั้งแจ้งผู้ป่วยและญาติว่าผู้วิจัยจะขออนุญาตโทรศัพท์ติดตามอาการและติดตามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย 1 เดือน พร้อมกับขอเบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วยและญาติเพื่อติดต่อได้สะดวกมากขึ้น และแจ้งวันนัดพบแพทย์เพื่อติดตามการรักษาในครั้งถัดไป

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุปอดติดเชื้อ จำนวน 30 คน ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคปอดติดเชื้อ จำนวน 15 ข้อประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับโรค สาเหตุการเกิดโรค การรักษา และการดูแลตนเองของผู้ป่วย ใช้เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง มีตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบ “ถูก” ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบ “ผิด” ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรู้ดีกว่าคะแนนรวมต่ำ ซึ่งเกณฑ์การแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom[12] มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับดังนี้ ความรู้ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (12 - 15 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 (9 - 11 คะแนน) และความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0 - 8 คะแนน)

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยของผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดความพึงพอใจของ Aday และ Andersen[13] เป็นข้อความเชิงบวก จำนวน 16 ข้อ ซึ่งแบบสอบถาม การตอบใช้มาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด กำหนดคะแนน 5 ถึง 1 ตามลำดับ การแปลความหมายของระดับ ใช้คะแนนเฉลี่ยดังนี้ 4.50-5.00 หมายถึง มากที่สุด 3.50-4.49 หมายถึง มาก 2.50-3.49 หมายถึง ปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึง น้อย และ 1.00-1.49 หมายถึง น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ นำเสนอแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความชัดเจนและความถูกต้องของภาษา ความครอบคลุม และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามที่สร้างขึ้นกับนิยามตัวแปร โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index for Scale, S-CVI) เท่ากับ 0.96 และนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบ (Try-out) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีขนาดและบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาล

วานรนิวาส ในจังหวัดสกลนคร จำนวน 30 ชุด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคปอดติดเชื้อ มีค่าเท่ากับ 0.97 (2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยของผู้ดูแล มีค่าเท่ากับ 0.78 โดยภาพรวมของแบบสอบถามทั้งชุดมีค่าเท่ากับ 0.95

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ได้ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูล (Normal Distribution) โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov Smirnov test (KS test) ถ้าพบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติ ผู้วิจัยจึงใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุปอดติดเชื้อ ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ และใช้สถิติอนุมาน Paired T-Test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคปอดติดเชื้อก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย

การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้หลังจากผู้วิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครแล้ว เมื่อวันที่ 16 มกราคม 2567 เลขที่ SKN REC 2024-032 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 17 มกราคม 2567 ถึง 17 เมษายน 2567

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60 มีอายุ 51 ปี ขึ้นไป จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.6 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 49.3 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.24 ปี (Min =24 ปี, Max =69 ปี)ส่วนใหญ่สถานภาพจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3 มีระดับการศึกษา ประถมศึกษา จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 และไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.7

ผลการวิจัยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบตึกอายุรกรรม (ราชาวดี) โรงพยาบาลวานรนิวาส พบว่า คะแนนความรู้ก่อนการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบ ความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0 - 8 คะแนน) มีจำนวน 29 คิดเป็นร้อยละ 96.6 และความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 (9 - 11 คะแนน) มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.4 และ และพบว่าคะแนนความรู้หลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบ อยู่ในระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (12 - 15 คะแนน) มีจำนวน 30 คิดเป็นร้อยละ 100

ผลการวิจัยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบตึกอายุรกรรม (ราชาวดี) โรงพยาบาลวานรนิวาส พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเข้าร่วมการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 7.86, 95% CI: 7.08-8.64, p-value<0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบตึกอายุรกรรม(ราชาวดี) โรงพยาบาลวานรนิวาส (n=30)

การใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย	ก่อน	หลัง	Mean Difference (95% CI)	p-value
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)		
ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ	6.00 (0.33)	13.86 (0.22)	7.86 (7.08-8.64)	<0.001

ผลการวิจัยระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบตึกอายุรกรรม (ราชาวดี) โรงพยาบาลวานรนิวาส ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50 (S.D.=0.62) โดยเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ อยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.96 (S.D.=0.18) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องการรักษา อยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.93 (S.D.=0.36) ซึ่งข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลการรักษาที่เป็นประโยชน์จนสามารถดูแลตนเองได้ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 (S.D.=0.88)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบตึกอายุรกรรม (ราชาวดี) โรงพยาบาลวานรนิวาส ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบตึกอายุรกรรม (ราชาวดี) โรงพยาบาลวานรนิวาสมีความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุปอดอักเสบ ได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดติดเชื้อ สาเหตุการเกิดโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นหากป่วยด้วยโรคปอดติดเชื้อ และแนวทางการรักษาโรคตามดุลพินิจของแพทย์รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียด ข้อควรระวังในการใช้ยา ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนของการใช้ยา รวมถึงข้อห้ามข้อควรระวังสำหรับการใช้ยา ได้รับความรู้ในการจัดการสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพการเจ็บป่วยของตนเอง สามารถที่จะใช้และดัดแปลงแหล่งประโยชน์ในชุมชน รวมไปถึงสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่ควรหลีกเลี่ยง มีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา รับรู้ถึงสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง การดูแลตัวเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านต้องปฏิบัติตัวอย่างไรบ้าง เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคซ้ำ ซึ่งจากการใช้รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายทำให้ญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถเข้าใจแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของรัตนา นิลเลื่อม และคณะ[14] พบว่า ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของผนึกแก้ว คลังคา และคณะ (2562) พบว่า ผลการทดลองใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 82 ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยในระหว่างการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญที่ส่งผลต่อความรู้ และสามารถสร้างความมั่นใจต่อการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยยังสามารถประเมินปัญหาและความต้องการดูแลผู้ป่วยได้ โดยได้มีการปฏิบัติตามแผนของการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้แนวคิด D-METHOD ที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลคนไข้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุของกลุ่มผู้ดูแลในระยะศึกษาปัญหาและหลังการใช้รูปแบบฯตึกอายุรกรรม (ราชาวดี) โรงพยาบาลวานรนิวาส ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุมีรูปแบบที่ชัดเจน ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อวิธีการสอนทักษะต่างๆในการดูแลผู้ป่วย เกิดความพึงพอใจต่อ

การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องการรักษา รวมถึงการได้รับคำแนะนำและขั้นตอนในการรับบริการของโรงพยาบาลทำให้เกิดความสะดวก สบาย เมื่อเข้ารับการรักษา อีกทั้งผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลการรักษาที่เป็นประโยชน์จนสามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อัจฉรา โพธิ[9] พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังนั้นจึงพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรมีการนำเสนอข้อมูลการศึกษาที่เป็นประโยชน์ให้กับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

2. ควรมีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค, สำนักงานระบาดวิทยา. (2566). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาประจำปี 2566.* นนทบุรี: ผู้แต่ง.
2. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2561) *รายงานสถานการณ์โรคปอดอักเสบประจำปี 2561.* นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
3. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2565) *รายงานสถานการณ์โรคปอดอักเสบประจำปี 2565.* นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
4. กำธร มาลาธรรม, พรทิพย์ มาลาธรรม, สุรางค์ สิงหนาท.(2550) โรคติดเชื้อในผู้สูงอายุ. *วารสารรามาธิบดีพยาบาลสาร*. J.13(3): 272-87.
5. อุ่นเรือน กลิ่นขจร. (2563). *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ. มหาวิทยาลัยมหิดล. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.* งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์.
6. ณัฐชา รอบดูดี. (2550) *การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. ขอนแก่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น
7. วราภรณ์ ผาทอง, รัตนาภรณ์ ภุมรินทร์, ศิริขวัญ สุธรรมกิตติคุณ, ชื่นจิตต์ สมจิตต์(2563). ประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบโรงพยาบาลแพร่. *วารสารโรงพยาบาลแพร่.2563;28(2)*
8. ทัศนีย์ กลิ่นหอม. และเปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. (2560). การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.
9. อัจฉรา โพธิ. (2565). ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร. *วารสารอนามัยสิ่งแวะล้อมและสุขภาพชุมชน.*
10. โรงพยาบาลวานรนิวาส. (2566). *รายงานสถานการณ์โรคปอดอักเสบประจำปี 2565.*
11. McKeehan, K.M. (1981). *Continuining care: A multidisciplinary approach to discharge planning.* St. Louis: C.V. Mosby.
12. Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning.*
13. Aday, L. A., & Andersen, R. (1975). *Access to medical care. Ann Arbor:* Health Administration Press.
14. รัตนา นิลเลื่อม, ดวงกมล วัตราดุลย์, พรทิพย์ สินประเสริฐ, กรองแก้ว ทรัพย์ประเสริฐ, ธิดารัตน์ ขาวเงินยวง, และอรทัย บุญชูวงศ์. (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2โรงพยาบาลราชบุรีจังหวัดราชบุรี. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก.32(2):216-202*

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ชุมชนนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

Health Literacy and Health Behaviors among Patients with Chronic Kidney Disease Na Phu community, Phen District, Udon Thani Province

(Received: June 31,2024 ; Revised: June 9,2024 ; Accepted: June 13,2024)

อรอนงค์ นิลพัฒน์[1]
Onanong Nilphat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 ของชุมชนนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 ที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 49 ราย เก็บข้อมูลรวบรวมระหว่าง สิงหาคม-กันยายน 2565 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่ากลุ่มมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 64.9) โดยคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือด้านทักษะการตัดสินใจในการป้องกันและควบคุมโรค มีคะแนนอยู่ในระดับมากที่สุด (mean = 4.78, S.D. = .57) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ มีคะแนนอยู่ในระดับมาก (mean = 3.50, S.D. = 1.66) สำหรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (mean = 4.22, S.D. = 1.10) โดยพฤติกรรมด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือการออกกำลังกายมีคะแนนอยู่ในระดับมาก (mean = 4.32, S.D. = 1.09) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับมากคือการจัดการดูแลตนเอง (mean = 4.05, S.D. = 1.10)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ABSTRACT

The purpose of this survey research was to study health literacy and health behavior among patients with chronic kidney disease stages 2-4 in Na Phu community, Phen District, Udon Thani Province. The sample consisted of 49 patients with chronic kidney disease stages 2-4 who were registered at Na Phu Subdistrict Health Promoting Hospital. Data were collected during August-September 2022. Research questionnaires included with six components of health literacy and four components of health behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics including number, percentage, mean, and standard deviation.

The results of the study found that the sample had overall health literacy at a high level. When classified by each component, it was found that the aspect of knowledge and understanding about disease had a high mean score (64.9%). The aspect with the highest-level score was decision-making skills in disease prevention and control (mean = 4.78, S.D. = .57) and the aspect with the lowest mean score was accessing to health information and health services (mean = 3.50, S.D. = 1.66). As for health behaviors, it was found that the overall behavior was at a high level (mean = 4.22, S.D. = 1.10). The area with the highest mean score was the exercise (mean = 4.32, S.D. = 1.09). The area with the lowest mean score was the self-care (mean = 4.05, S.D. = 1.10).

Keywords: Health literacy, Health behaviors, Chronic Kidney Disease.

[1] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

บทนำ

ปัจจุบันโรคไตเรื้อรัง (Chonic kidney disease: CKD) ในประเทศไทยมีแนวโน้มป่วยเพิ่มขึ้น จากข้อมูลปี 2565 พบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากร หรือประมาณ 8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 แสนคน ป่วยเพิ่มปีละกว่า 7,800 ราย ส่วนการผ่าตัดเปลี่ยนไตทำได้เพียงปีละ 500 ราย การแก้ไขปัญหาทางสาธารณสุขจึงเน้นการชะลอความเสื่อมของไตเพื่อให้เข้าสู่ระยะที่ต้องล้างไตช้าลง[1]

ผลกระทบของต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 และ 2 จะยังไม่มีอาการแสดงของโรคและจะเริ่มเกิดอาการแทรกซ้อนต่อระบบต่างๆ เมื่อมีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร หรือในระยะที่ 3[2] ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ด้วยอาการอ่อนเพลีย และเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 5 อาการจะชัดเจนมากยิ่งขึ้นจากภาวะยูรีเมียทำให้มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและภาวะโภชนาการของผู้ป่วย[3]
อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 2-4 ยังสามารถชะลอการเกิดไตเสื่อมเพื่อไม่ให้ไปสู่ระยะสุดท้ายหรือระยะฟอกไต ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมีผลต่อการชะลอการเกิดไตเสื่อมได้ ดังเช่นการศึกษาของ Colemen พบว่าผู้เป็นโรคไตเรื้อรังที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะมีความเข้าใจและพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้เหมาะสมกับการดำเนินของโรคไตเรื้อรัง[4]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรอบรู้และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลในการกลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างเหมาะสม[5] โดยมีความสำคัญคือ การพัฒนาและเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถระดับบุคคลในการธำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน มีการชี้นำระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการ และสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งกำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาระดับโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO)[5] ระบุว่าหากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์ และยารักษาโรคที่มีราคาแพง โรงพยาบาล และหน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีภาระ หนักในด้านการรักษาพยาบาล จนทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพ และไม่อาจสร้างความ เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการอย่างสมบูรณ์ได้

องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) 2.ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) 3. ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) 4. ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) 5. ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) และ 6. การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill)[6] ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีความสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 268 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต 472 คน[7] และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ซึ่งโรคเบาหวานและความดันโลหิต เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดไตเสื่อม และจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรค

ไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกับบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาพู่ พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารหวานจัด เค็มจัด ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อมเพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 ของชุมชนนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4

วิธีการศึกษา

ประชากร คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-4 ที่ชุมชนนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 51 คน โดยแบ่งเป็นแต่ละระยะของโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วยผู้ป่วยระยะที่ 2 จำนวน 6 คน ระยะที่ 3 จำนวน 41 คน และระยะที่ 4 จำนวน 4 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-4 ที่ชุมชนนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 49 คน โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 2) สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ 3) ไม่เป็นผู้ทุพพลภาพ และไม่เป็นผู้พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) 1) อาสาสมัครเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 ตอบแบบสอบถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้ 2) อาสาสมัครไม่สะดวกในการให้ข้อมูล

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง การหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณตามสูตร ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 46 คน และเมื่อเทียบตารางการสุ่มขนาดตัวอย่างของ Krejcie and Morgan[8] จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 49 คน ดังนั้นจะใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 49 คน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มที่คำนึงถึงความน่าความน่าจะเป็น (Probability sampling) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคไตระยะที่ 2 จำนวน 6 คน ระยะที่ 3 จำนวน 39 คน และระยะที่ 4 จำนวน 4 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว และระยะที่ทราบว่าป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

1) ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 เป็นแบบสอบถามที่มีจำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน มีตัวเลือกให้ตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบข้อคำถามถูกต้อง = 1 คะแนน

ตอบข้อคำถามไม่ถูกต้อง = 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนโดยการแจกแจงความถี่และคำนวณหาคำร้อยละของผู้ตอบถูกต้อง กำหนดเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน[8] ดังนี้

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-5 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ

คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (6-8 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (9-10 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง

สำหรับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 ในด้านอื่นๆ เป็นแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก (Likert scales) โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว กำหนดระดับคะแนนแบบสอบถามแต่ละด้านเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 5 หมายถึง มากที่สุด ระดับ 4 หมายถึง มาก ระดับ 3 หมายถึง ปานกลาง ระดับ 2 หมายถึง น้อย และระดับ 1 หมายถึง น้อยที่สุด ซึ่งในแต่ละด้านมีจำนวนข้อคำถาดังต่อไปนี้ 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ มี 5 ข้อ คะแนนเต็ม 25 คะแนน 3) ด้านทักษะการสื่อสารในการป้องกันและควบคุมโรค มี 4 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน 4) ด้านทักษะการจัดการตนเองให้ปลอดภัยจากโรค มี 5 ข้อ คะแนนเต็ม 25 คะแนน 5) ด้านทักษะการตัดสินใจในการป้องกันและควบคุมโรค มี 5 ข้อ คะแนนเต็ม 25 คะแนน และ 6) ด้านการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันและควบคุมโรค มี 5 ข้อ คะแนนเต็ม 25 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ[8]ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.20 - 5.00 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมากที่สุด

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.40 - 4.19 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมาก

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.60 - 3.39 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.80 - 2.59 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.79 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 เป็นแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก (Likert scales) โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว กำหนดระดับคะแนนแบบสอบถามแต่ละด้านเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 5 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นประจำ 6-7 ครั้ง/สัปดาห์ ระดับ 4 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองบ่อยครั้ง 4-5 ครั้ง/สัปดาห์ ระดับ 3 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นบางครั้ง 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ ระดับ 2 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองนานๆ ครั้ง 1 ครั้ง/สัปดาห์ และระดับ 1 หมายถึง ไม่เคยมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ ด้านการบริโภคอาหาร มี 7 ข้อ คะแนนเต็ม 35 คะแนน ด้านการออกกำลังกาย มี 3 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน ด้านการจัดการความเครียด มี 3 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน ด้านการจัดการดูแลตนเอง มี 7 ข้อ คะแนนเต็ม 35 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 ทั้ง 5 แบบประเมิน โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ[8] ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.20 - 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นประจำ

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.40 - 4.19 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นบ่อยครั้ง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.60 - 3.39 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นบางครั้ง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.80 - 2.59 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นนานๆครั้ง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.79 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องในด้านเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้แบบวัดมีความสมบูรณ์ การตรวจสอบความเที่ยงตรง (Reliability) ของแบบสอบถามโดยนำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Tryout) กับประชาชนในชุมชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในชุมชนนาพู่ อำเภอเพ็ญ

จังหวัดอุดรธานี แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ผ่านโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน (Number) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี เลขที่ IRB BCNU 300/13/2565

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 49 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 40 คน (ร้อยละ 81.63) อายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 23 คน (ร้อยละ 46.94) นับถือศาสนาพุทธ 49 คน (ร้อยละ 100) สถานภาพสมรส จำนวน 25 คน (ร้อยละ 51.02) ระดับการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 45 คน (ร้อยละ 91.84) อาชีพ ว่างงาน จำนวน 24 คน (ร้อยละ 48.98) รองลงมาอาชีพ เกษตรกรรม จำนวน 21 คน (ร้อยละ 42.86) รายได้ของครอบครัว ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน จำนวน 47 คน (ร้อยละ 95.92) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง จำแนกเป็นต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 42 คน (ร้อยละ 85.72) 5-10 ปี จำนวน 4 คน (ร้อยละ 8.16) และ 10-15 ปี จำนวน 3 คน (ร้อยละ 6.12) ระยะของโรคไตเรื้อรังที่เจ็บป่วย จำแนกเป็นระยะที่ 2 จำนวน 28 คน (ร้อยละ 57.14) ระยะที่ 3 จำนวน 20 คน (ร้อยละ 40.82) และระยะที่ 4 จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.04) แหล่งข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับโรคไต จำแนกเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาพู่ จำนวน 41 คน (ร้อยละ 83.68) โรงพยาบาลเพ็ญ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 12.24) และโรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 2 คน (ร้อยละ 4.08)

ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 ด้านทักษะการตัดสินใจในการป้องกันและควบคุมโรค กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการตัดสินใจในการป้องกันและควบคุมโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับมากที่สุด (mean = 4.78, S.D. = 0.57) ด้านทักษะการสื่อสารในการป้องกันและควบคุมโรค กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการสื่อสารในการป้องกันและควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก (mean = 4.13, S.D. = 1.40) ด้านทักษะการจัดการตนเองให้ปลอดภัยจากโรค กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการจัดการตนเองให้ปลอดภัยจากโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับมาก (mean = 4.02, S.D. = 1.28) ด้านการรู้เท่าทันสื่อที่เผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค กลุ่มตัวอย่างสามารถรู้เท่าทันสื่อเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก (mean = 3.81, S.D. = 1.62) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก (mean = 3.50, S.D. = 1.66) ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง (ตอบถูกต้องร้อยละ 64.9)

ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 ด้านการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมออกกำลังกายเป็นประจำ (mean = 4.32, S.D. = 1.09) ด้านการบริโภคอาหาร กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมเป็นประจำ (mean = 4.26, S.D. = 0.91) ด้านการจัดการความเครียด กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมเป็นประจำ (mean = 4.26, S.D. = 1.13) และด้านการจัดการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการในการดูแลตนเองบ่อยครั้ง (mean = 4.05, S.D. = 1.26)

สรุปและการอภิปรายผล

สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 จำแนกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบคำถามถูกต้องร้อยละ 64.9 ระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านความรู้ ความเข้าใจไม่เพียงพอ แสดงให้เห็นถึงทักษะการรับรู้ มีความรู้ สามารถทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ความเสี่ยงด้านสุขภาพ การป้องกันโรค และควบคุมความเสี่ยงสุขภาพในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรอบรู้มากกว่าผู้มีระดับการศึกษาต่ำเนื่องจากมีความพร้อมในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ สามารถอ่าน ซักถามข้อมูลได้ดีกว่า รวมทั้งมีการใส่ใจดูแลสุขภาพมากกว่า[9]

ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-4 พบว่าอยู่ในระดับมาก (mean = 3.50, S.D. = 1.66) แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการฟัง การดู การพูด การอ่านการเขียน และการคำนวณ และการใช้อุปกรณ์สืบค้นด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลสุขภาพที่ต้องการในระดับปานกลาง โดยเมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่าข้อมูลที่มีปัญหาสุขภาพเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-4 เป็นประเด็นที่มากในด้านการเข้าถึงข้อมูล

ด้านทักษะการสื่อสารในการป้องกันและควบคุมโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-4 พบว่าอยู่ในระดับมาก (mean = 4.13, S.D. = 1.40) แสดงถึงความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนคุณลักษณะสำคัญ สามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียนให้บุคคลอื่นเข้าใจ สามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ

ด้านทักษะการจัดการตนเองให้ปลอดภัยจากโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-4 พบว่าอยู่ในระดับมาก (mean = 4.02, S.D. = 1.28) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมายเพื่อนำมา ปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้องคุณลักษณะสำคัญ สามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ และสามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้ มีการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตน เพื่อให้มี พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

ด้านทักษะการตัดสินใจในการป้องกันและควบคุมโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2-4 พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด (mean = 4.78, S.D. = .57) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดีผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง พร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องคุณลักษณะสำคัญ กำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีการ ปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี ใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง/เลือกวิธีการปฏิบัตนระดับมากที่สุด

ด้านการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันและควบคุมโรคไตเรื้อรังระยะที่2-4 พบว่าอยู่ในระดับมาก (mean = 3.68, S.D. = 1.62) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชน และสังคมคุณลักษณะสำคัญ ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอ จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น เปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่นและประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม[10]

2. พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 2-4 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพดังนี้

พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเป็นประจำ (mean = 4.26, S.D. = .91) สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำที่ถูกต้อง จะช่วยชะลอการสูญเสียหน้าที่ของไต และส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[11]

พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยการออกกำลังกายเป็นประจำ (mean = 4.32, S.D. = 1.09) ทั้งนี้ การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างมาก ซึ่งการออกกำลังกายจะเพิ่มความสามารถในการควบคุมความดันเลือดการเผาผลาญไขมัน ลดระดับน้ำตาล และเพิ่มความไวของอินซูลินในผู้ป่วยโรคไต รวมทั้งเสริมความแข็งแรงความยืดหยุ่น การเดิน ประสิทธิภาพของการใช้ชีวิตประจำวัน อาการปวดข้ออักเสบ การนอนหลับ อารมณ์และความอยากอาหาร การออกกำลังกายช่วยลดความเสี่ยงของ โรคกระดูกพรุนในคนทั่วไปและมีแนวโน้มในผู้ป่วยไตเรื้อรังเช่นกัน[12]

พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดเป็นประจำ (mean = 4.26, S.D. = 1.13) ก่อให้เกิดการปรับตัวเพื่อจัดการกับสิ่งเร้านั้นๆ การศึกษาในประเทศเนเธอแลนด์พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีค่าอัตราการกรองของไตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ml / min /1.73 m ที่ยังไม่ได้บำบัดทดแทนไตมีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ร้อยละ 34 และ 31 ตามลำดับ[13] และภาวะเครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล ก็เป็นปัจจัยสื่อกลางระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไต[14]

พฤติกรรมด้านการจัดการดูแลตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองบ่อยครั้ง (mean = 4.05, S.D. = 1.26) ความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการกับโรคและการรักษาด้วยตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมสุขภาพ และเป็นการหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพ โดยใช้ความรู้ความเชื่อทักษะและความสามารถในการกำกับตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนและดำเนินการการสร้างเสริมสุขภาพหรือจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้นและเหมาะสมกับปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความคล้ายคลึงกันกับการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. เผยสถิติคนไทยติดเค็ม ป่วยโรคไตเรื้อรังกว่า 8 ล้าน คน [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2565 กุมภาพันธ์ 18]. เข้าถึงจาก: https://www.thaihealth.or.th/Content/51283%B2%E0%B8%99%E0%B8%84%E0%B8%9 9%20.html
2. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 2562.
3. รวีวรรณ พงศ์พุฒิพัชร, อรวมน ศรียุกตศุทธ, จงจิต เสน่หา, & นพพร ว่องสิริมาศ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต. วารสารสมาคมพยาบาลฯสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2556; 31(1), 52-61.

4 ลักขนา ชอบเสียง และคณะ. ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2561; 2(2): 30-46.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Chronic kidney disease in the United States, 2021. 2021 [cited 2021 Feb 25]; (1):13-24. Available form: https://www.cdc.gov/kidneydisease /pdf/2021_National-Chronic-Kidney-Disease-FactSheet.pdf
6. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การประเมินและสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy). [อินเตอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2563 กุมภาพันธ์ 18]. เข้าถึงจาก: http://www.hed.go.th/ linkHed/364.
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลนาพู่ อ.เพ็ญ จ.อุดรธานี. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2565.
8. ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2560.
9. วรรณรัตน์ รัตนวรางค์, วิทยา จันทร์ทา. ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท. วารสารวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี นครราชสีมา 2560; 24(2): 34-51.
10. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ health literacy [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2565 กุมภาพันธ์ 18]. เข้าถึงจาก: https://mwi.anamai.moph.go.th/webupload/migrated/files/ mwi/n2308_32a592d14ce37be96b27d6586cc75413_article_20200123161721.pdf?fbclid=IwAR2wsSU5 xs4czj6qoYfFad3-Ly09ITBir0X7LUfimhPoH9hUlANJbrDJ8k8
11. อัมพรพรรณ ธีรานุตร และคณะ. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อชะลอการล้างไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). 2560.
12. เนติมา ศูนีย์ (บ.ก.). แนวทางเวชปฏิบัติการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2565 กุมภาพันธ์ 18]. เข้าถึงจาก: http://www.diabassocthai.org/news_and_knowledge/62
13. สิทธิพร โนรี, อัจจิมา บวรธรรมปิติ, สุรพล โนชัยวงศ์, เกียรติเกรียงไกร โกยรัตโกศล, ชยุตพงศ์ ในใส, เศรษพล ปัญญาทอง และคณะ. ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและผู้ป่วยล้างไตทาช่องท้อง.ศรีนครินทร์เวชสาร 2560; 35(4): 301-31.
14. อัจฉราพรรณ ค้ายาดี. ผลลัพธ์ของโปรแกรมการจัดการด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงโรคไตวายเรื้อรัง ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังและระดับฮีโมโกลบินเอวันซี รายงานวิจัยโรงพยาบาลบ้านไร่. อุทัยธานี. 2557

ผลของการใช้โปรแกรมกิจกรรมเสริมการรักษาสี่เสาสร้างสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน - 131 ปริมาณสูง ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

Effects of complementary therapeutic program on the quality of life of thyroid cancer patients undergoing high-dose radioiodine (I - 131) treatment at Udonthani Cancer Hospital.

(Received: June 4,2024 ; Revised: June 17,2024 ; Accepted: June 21,2024)

ประภานันท์ กิติราช[1] ชลการ ทรงศรี[2] ภรณ์ทิพย์ อนันตกุล[3] ยุพิณ คำกรุ[4] กาญจนา หล้าบา[5]
Prapanun Kitirach[1] Chonlakarn Songsri[2] Porntip Anantakul. Ph.D.[3] Yupin Khumkru.[4] Khanchana Laba[5]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมกิจกรรมเสริมการรักษาสี่เสาสร้างสุขภาพ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน - 131 ปริมาณสูง ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน - 131 ปริมาณสูง กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 30 คน คือ ผู้ที่มารับบริการระหว่างเดือนมกราคม - กันยายน 2567 เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมกิจกรรมเสริมการรักษา สี่เสาสร้างสุขภาพ 2) แบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ฉบับภาษาไทย กลุ่มตัวอย่างได้ทำกิจกรรมสี่เสาสร้างสุขภาพและได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ทุกวันศุกร์เป็นเวลา 12 สัปดาห์ เพื่อกำกับติดตามการทำกิจกรรมเสริมการรักษาสี่เสาสร้างสุขภาพ จากนั้นดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบด้วยการทดสอบค่าที่

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.30 สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.33 มีอายุเฉลี่ย 35.17 ส่วนใหญ่ทำอาชีพการเกษตร ร้อยละ 40.00 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 76.67 คุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรม เสริมการรักษาสี่เสาสร้างสุขภาพ พบว่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 7.05, S.D. = 1.02) โดยที่คุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 8.05, S.D. = 1.61) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ สังคมและด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 6.57, S.D. = 1.50) ($\bar{X}$ =7.23, S.D. = 1.70) ($\bar{X}$ =6.03, S.D. = 1.69) ตามลำดับ หลังการดำเนินเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมเสริมการรักษาสี่เสาสร้าง สุขภาพ พบว่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมยังอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 7.21, S.D. = 0.93) โดยที่คุณภาพชีวิตด้านร่างกายยังคงอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 8.29, S.D. = 1.28) คุณภาพชีวิตด้าน จิตใจ สังคมและด้านจิตวิญญาณยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 6.81, S.D. = 1.26) ($\bar{X}$ =7.59, S.D. = 1.52) ($\bar{X}$ =6.14, S.D. = 1.50) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพ ชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมให้โปรแกรมกิจกรรมเสริมการรักษาสี่เสาสร้างสุขภาพ พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวมไม่แตกต่างกัน มีเพียงอย่างไรก็ตาม คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.02)

คำสำคัญ : ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ คุณภาพชีวิต การรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน - 131 ปริมาณสูง โปรแกรมกิจกรรมเสริมการรักษาสี่เสาสร้างสุขภาพ

Abstract

This quasi - experimental study investigated the effects of the Four Pillars of Health complementary therapeutic program on the quality of life of thyroid cancer patients undergoing high - dose radioiodine (I - 131) treatment at Udonthani Cancer Hospital. Thirty thyroid cancer patients who swallowed high - dose iodine - 131 treatment between

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี
[2] ผู้ช่วยศาตราจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
E-mail:noya2599@bcnu.ac.th : Corresponding author
[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
[4] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี
[5] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

January and September 2024 were purposively selected as participants. The research instruments included: 1) the Four Pillars of Health complementary therapeutic program, and 2) a questionnaire of Quality of Life - Thyroid version (QOL - TV), Data collection was conducted in person, and participants were followed up via telephone every Friday for 12 weeks to monitor their adherence to the Four Pillars of Health complementary activities. The data were analyzed using basic statistics, namely frequency, percentage, mean, standard deviation, and t - test for comparisons.

The findings revealed that the majority of participants were females (93.30%), married (73.33%), with a mean age of 35.17 years, and worked in agriculture (40.00%). They had no chronic diseases (76.67%), and reported a moderate overall quality of life before undergoing the Four Pillars of Health complementary therapeutic program ($\bar{x}$ = 7.05, S.D. = 1.02). Physical quality of life was reported at a high level ($\bar{x}$ = 8.05, S.D. = 1.61), while mental, social, and spiritual quality of life were reported at moderate levels ($\bar{x}$ = 6.57, S.D. = 1.50) ($\bar{x}$ = 7.23, S.D. = 1.70) ($\bar{x}$ = 6.03, S.D. = 1.69), respectively. After the implementation of the Four Pillars of Health complementary therapeutic program, the overall quality of life remained at a moderate level ($\bar{x}$ = 7.21, S.D. = 0.93). Physical quality of life remained at a high level ($\bar{x}$ = 8.29, S.D. = 1.28), while mental, social, and spiritual quality of life remained at moderate levels ($\bar{x}$ = 6.81, S.D. = 1.26) $\bar{x}$ = 7.59, S.D. = 1.52) ($\bar{x}$ = 6.14, S.D. = 1.50). Comparing before and after the implementation of the Four Pillars of Health complementary therapeutic program, the mean overall quality of life showed no significant difference. However, physical quality of life revealed a statistically significant improvement at the 0.05 level (p = 0.02).

Keywords : the thyroid cancer patient, the quality of life, high - dose radioiodine (I - 131) therapeutic, the Four Pillars of Health complementary therapeutic program.

บทนำ

โรคมะเร็งถือเป็นสาเหตุเสียชีวิตของประชากรไทยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันและยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1] ประมาณการในปี 2583 จะมีอุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเป็น 28.4 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้น 47% จากปี พ.ศ. 2563[2] โดยโรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกในคนไทย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งปากมดลูก มีผู้เสียชีวิตวันละ 221 คน หรือ คิดเป็น 80,665 คน ต่อปี[3] และสถิติโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีพบผู้ป่วย มะเร็งรายใหม่ในปี พ.ศ. 2562 - 2564 มีจำนวน 2,605 1,980 และ 2,099 รายตามลำดับ ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งปอด และมะเร็งศีรษะและลำคอ มีจำนวน 556, 394, 278, 278 และ 266 รายตามลำดับ[4] จะเห็นว่ามะเร็งศีรษะ และลำคอเป็น 1 ใน 5 อันดับแรกของมะเร็งที่พบมากที่สุดส่งผลให้โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีเป็น Excellent center ด้านการรักษามะเร็งต่อมไทรอยด์[5] และองค์กรวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติปี 2020 พบอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งต่อมไทรอยด์ 1.9 รายต่อประชากร 100,000 คน จากสถิติของประเทศไทยพบอุบัติการณ์ การเกิดมะเร็งต่อมไทรอยด์เป็นอันดับที่ 13 ของมะเร็งทั้งหมด[6] จากข้อมูลทะเบียน มะเร็งประเทศไทยพบผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์รายใหม่ประมาณ 2,800 ราย โดยส่วนใหญ่จะพบมะเร็งต่อมไทรอยด์ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย[7] โดยที่มะเร็งต่อมไทรอยด์ (Thyroid Cancer) เกิดจาก ความผิดปกติของเซลล์ในต่อมไทรอยด์และพัฒนาเป็นก้อนมะเร็งขึ้นและอาจจะขยายโตขึ้น สามารถแพร่ กระจายไปยังส่วนอื่นของร่างกาย มะเร็งไทรอยด์ใน ระยะแรกมักไม่แสดงอาการ ที่พบส่วนใหญ่จะเป็นชนิด Papillary Thyroid Cancer เป็นชนิดที่พบได้บ่อยและมีความรุนแรงน้อยที่สุด เจริญเติบโตช้า เกิดขึ้นได้กับคนทุกวัย แต่มักเกิดขึ้นกับหญิงวัยเจริญพันธุ์ หรือ ผู้ที่มีอายุ 30 - 50 ปี และมะเร็งไทรอยด์ชนิด Follicular Thyroid Cancer เป็นชนิดที่พบได้บ่อยรองจากชนิด Papillary และมักเกิดขึ้นกับผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป[8] การรักษามะเร็งไทรอยด์อาจทำได้หลายวิธีการกลืนแร่ไอโอดีน - 131 เป็นการรับประทานสารกัมมันตรังสี ซึ่งอยู่ในรูปแบบที่รับประทานง่ายโดยสารดังกล่าวจะเข้าไปรักษาโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่อาจหลงเหลืออยู่หลังการผ่าตัดทั้งภายในลำคอและเนื้อเยื่อบริเวณใกล้เคียงและยังใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิดพาพิลลารี่

และฟอลลิคูลาร์ที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายเข้าสู่อวัยวะ ส่วนอื่น ซึ่งการรักษาด้วยไอโอดีนรังสีขึ้นกับดุลยพินิจ ของแพทย์ตามความรุนแรงของโรค[9] กลไกของแร่ไอโอดีน - 131 เมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วจะถูกดูดซึมใน ระบบทางเดินอาหาร อย่างรวดเร็วและเข้าสู่กระแส เลือดเพื่อทำลายเนื้อเยื่อเซลล์ มะเร็งผ่านทางกลไกโซเดียม ไอโอไดด์ซิมพอร์ตเตอร์ (sodiumiodide symporter) ส่งผลให้สารพันธุกรรม (deoxyribonucleic acid, DNA) ของเซลล์มะเร็งเกิดความเสียหายและถูกทำลาย ในที่สุด แม้ว่าแร่ไอโอดีน - 131 จะมีประโยชน์อย่างมากในการรักษามะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิด DTC ยังพบ แร่ไอโอดีน - 131 สะสมในอวัยวะที่มีกลไกการดูดซึมผ่านช่องทาง sodiumiodide symporter ได้แก่ ต่อมน้ำลาย ถุงน้ำใต้ตา ท่อน้ำมูก ต่อมน้ำนม เยื่อบุกระเพาะอาหาร ลำไส้ รก รังไข่และคอรอยด์เพล็กซัส[10] ในขณะเดียวกันอาจเกิดผลข้างเคียงอาการที่พบได้บ่อย คือ ภาวะต่อมน้ำลายอักเสบซึ่งเป็นภาวะ แทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและภาวะปากแห้งซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรัง[11] และในผู้ป่วยที่ได้ รับแร่ไอโอดีน - 131 ขนาดสูง มีอัตราการเกิดภาวะ ต่อมน้ำลายอักเสบสูงถึงร้อยละ 60.7[12] ผู้ป่วยมักมีอาการปวด หรือ บวมบริเวณต่อมน้ำลายบริเวณหน้า ใบหูซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 10.25 - 60.7[12,13] บางรายอาจพบอาการบวมที่คอและต่อมน้ำลาย คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง การรับรสเปลี่ยนไป ร่างกายสร้างน้ำตาลดลงจนทำให้ตาแห้ง หรือ ผู้ป่วยเพศชายบางรายอาจมีจำนวนอสุจิลดลง[14] ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโดยตรง

โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เป็นหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจหลักในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งครบวงจรแบบตติยภูมิ เพื่อตอบสนองต่อการบริการครอบคลุมเขตบริการสุขภาพที่ 8 และรับผิดชอบ 10 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน จากข้อมูลสถิติโรคมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ระหว่างปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบมีสถิติผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่เข้ารับบริการจำนวน 97, 162 และ 173 รายตามลำดับ พบว่าในปี 2566 มะเร็งต่อมไทรอยด์เพิ่มขึ้นเป็นอันดับ 4 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี และได้เปิดให้บริการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน - 131 ปริมาณสูง เริ่มดำเนินการปี พ.ศ. 2565 - 2567 มีสถิติผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่เข้ารับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน - 131 ปริมาณสูง ของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ในปี 2565 - 2567 (6 เดือน) จำนวน 162, 219 และ 109 ราย ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นตัวแปรหลายมิติซึ่งวัดความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองมีสุขภาพทางกาย อารมณ์ สังคมและความคิดเป็นเช่นไร การประเมินคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เป็นสิ่งที่วัดได้และบ่งบอกว่าโดยรวมแล้วผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรกับโรค มะเร็งที่ตนประสบอยู่การรักษา และการติดตามอาการโรค[15] ผู้ที่รอดชีวิตจากมะเร็งมักต้องเผชิญกับปัญหาการปรับตัวต่าง ๆ หลังการรักษาการประเมินคุณภาพชีวิตสามารถช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบปัญหาดังกล่าว และใช้เป็นข้อมูลในการช่วยเหลือผู้ป่วย[16] กิจกรรมโปรแกรมสี่เสาสร้างสุขภาพเป็นการรวบรวมองค์ความรู้ผ่านประสบการณ์ตรงของกลุ่ม Stronger than cancer เพื่อสื่อสารไปยังสาธารณะในการขับเคลื่อนการมีสุขภาพดีเชิงป้องกันโรคในกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาระดับประเทศ ในโรคมะเร็งและโรคไม่ติดต่อ และผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เสาสุขภาพที่ 1เป็นการเปลี่ยนแปลงความนึกคิดภายใน (Mind Set) เสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วย (Empowerment) เสาสุขภาพที่ 2 การสร้างลีลา (Life Stile)ที่ส่งเสริมให้เกิดสุขภาพดีเป็นรูปธรรมที่จับต้องได้เสาสุขภาพที่ 3คือการมีกิจกรรมเสริมความแกร่งของร่างกายเป็นการปรับสมดุลร่างกายโดยการออกกำลังกาย (Physical Activity and Exercise) และเสาสุขภาพที่ 4 คืออาหารที่เหมาะสมทั้งในด้านคุณภาพ ปริมาณและอาหารเพื่อสุขภาพ (Healthy food) และรวมถึงวิถีชีวิตที่เป็นสุข (Happiness Lifestyle)[17]

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการสี่เสาสร้างสุขภาพมาใช้เป็นกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ เพื่อหวังผลในการลดอาการข้างเคียงของ ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน - 131 โดยหวังให้ผู้ป่วยมีสุขภาพทางกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณที่ดี นำสู่การมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมกิจกรรมเสริมการรักษาสี่เสาสร้างสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน - 131 ปริมาณสูง โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง (One Group Pretest - Post test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเป็นผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน - 131 ปริมาณสูงในหอผู้ป่วยไอโอดีน ในโรงพยาบาลมะเร็ง อุดรธานี การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเป็นผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์รายเก่าและใหม่ทุกรายที่เข้ามารักษาด้วยวิธีกลืนแร่ไอโอดีน - 131 ในขนาดมากกว่า 30 มิลลิคิวรี ตั้งแต่เดือนมกราคม 2566 ถึงเดือนกันยายน 2566 จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมกิจกรรมเสริมการรักษาสี่เสาสร้างสุขภาพ ประกอบด้วย

กิจกรรมเสาสุขภาพที่ 1 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ

กิจกรรมเสาสุขภาพที่ 2 การปรับสมดุลร่างกายโดยการออกกำลังกาย (Physical Activity and Exercise) (ระยะเวลา 30 - 45 นาที) สอนสาธิตการออกกำลังกาย โดยวิธีการเลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ คือ สมาธิบำบัดแบบ SKT[18] 5 ท่า คือ ท่าที่ 2, 3, 4, 6 และ 7 ดังนี้ ท่าที่ 2 ยืนผ่อนคลายประสานกายประสานจิต ท่าที่ 3 นั่งยืดเหยียดผ่อนคลายประสานกายประสานจิต ท่าที่ 4 ก้าวย่างอย่างไทยเยียวยากายประสานจิต ท่าที่ 6 เทคนิค การฝึกสมาธิเยียวยาไทยจินตภาพ ท่าที่ 7 เทคนิค สมาธิเคลื่อนไหวไทยซี่กง ตีลัญจกรการประสานฝ่ามือบำบัด 3 ท่า ท่าที่ 1 บริหารลำไส้ใหญ่แก้ท้องผูก ท่าที่ 2 ท่าบำบัดโรคนอนไม่หลับ ท่าที่ 3 ท่าบำบัดโรคเครียดและการแกว่งแขนบำบัดโรค สอนสาธิตการแช่มือแช่เท้าด้วยสมุนไพรพื้นบ้าน

กิจกรรมเสาสุขภาพที่ 3 อาหาร คือ พลังชีวิต (Food Intake) (ระยะเวลา 20 นาที) แลกเปลี่ยนเรียนรู้การเลือกรับประทานอาหาร การเลือกซื้ออาหาร การล้างทำความสะอาดผักผลไม้และการบริโภคอาหารให้เหมาะสมทั้งในด้านคุณภาพ ปริมาณ และอาหารเพื่อสุขภาพ (Healthy food)

กิจกรรมเสาสุขภาพที่ 4 วิถีชีวิตที่เป็นสุข (Happiness Lifestyle) (ระยะเวลา 10 นาที) แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิถีชีวิตรายบุคคล สรุปประเด็นทำความเข้าใจในการปฏิบัติและให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทำกิจกรรมผ่อนคลาย การปรับวิถีชีวิตทำกิจกรรมผ่อน คลายร่วมกัน เช่น การให้อาหารปลา การสวดมนต์ไหว้พระ ฟังธรรมะก่อนนอน

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือของจุฑามาส วสุพงศ์อัยยะ[19] ที่ศึกษาการทดสอบคุณสมบัติการวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ฉบับภาษาไทย แปลจาก Quality of Life - Thyroid version (QOL - TV)[20] ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มี 12 ข้อ ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตแบบวัดประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 57 ข้อ ซึ่งวัดคุณภาพชีวิตใน 4 มิติ คือ มิติทางกายภาพ (13 ข้อ) มิติทางใจ (22 ข้อ) มิติทางสังคม (14 ข้อ) และมิติทางจิตวิญญาณ (7 ข้อ) และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการ 1 ข้อ มีค่าคะแนนจาก 0 - 10 คะแนน มีการให้ค่าคะแนนในแต่ละข้อและการแปลผล ดังนี้

ข้อคำถามเชิงลบ 46 ข้อ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 10 คะแนน โดยข้อคำถามเชิงลบที่ 0 หมายถึงไม่มี

ปัญหา หรือ คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงและ 10 หมายถึงมีปัญหารุนแรง หรือ คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ

ข้อคำถามเชิงบวก 11 ข้อ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 10 คะแนน โดยที่ 0 หมายถึงมีปัญหารุนแรง หรือ คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำและ 10 หมายถึงไม่มีปัญหา หรือ คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง การจัด กลุ่มคุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 3 ระดับ ซึ่งมีการแปลผล ดังนี้[20]

คุณภาพชีวิตระดับต่ำมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.00 - 5.99 คุณภาพชีวิตระดับกลางมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 6.00 - 7.99 คุณภาพชีวิตระดับสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 8.00 - 10.00

คุณภาพเครื่องมือ

1. แบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งต่อม ไทรอยด์ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือและนำมาประยุกต์และตรวจสอบความสอดคล้อง โดยผู้เชี่ยวชาญ ด้านระเบียบวิจัย 1 คน ด้านโรคมะเร็ง 1 คน นักสุขศึกษา 1 คน รวม 3 คน ตรวจสอบความสอดคล้องของเครื่องมือได้ค่าความสอดคล้อง (IOC) 0.67 - 1.00

2. นำไปแบบวัดคุณภาพชีวิตไปทดลองใช้ (try out) ในผู้ป่วยมะเร็งแผนกศัลยกรรมและรังสี 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) 0.82

3. โปรแกรมกิจกรรมเสริมการรักษาสี่เสาสร้างสุขภาพ ได้ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้อง (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 1.00 และมีการปรับปรุงแก้ไขทางด้านภาษาตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยผลดี ผลเสีย ของการเข้าร่วมวิจัยอย่างละเอียดด้วยวาจา

2. ผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้ป่วยและผู้ดูแลในการเข้าร่วมโครงการวิจัยและชี้แจงแนวทาง เทคนิควิธีการ ตลอดจนขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือนมกราคม 2566 ถึงเดือนกันยายน 2566 โดย Pre - test แบบประเมินระดับคุณภาพชีวิตและดำเนินการตามโปรแกรมกิจกรรมเสริมการรักษาสี่เสาสร้างสุขภาพ

4. ติดตามการทำกิจกรรมสี่เสาสร้างสุขภาพของผู้เข้าร่วมงานวิจัยทางโทรศัพท์ทุกวันศุกร์เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ตามแบบฟอร์มแบบฟอร์มการติดตามการทำกิจกรรมสี่เสาสร้างสุขภาพ

5. ประเมินระดับคุณภาพชีวิตเมื่อผู้ป่วยกลับมาติดตามการรักษาในสัปดาห์ที่ 12

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ

2. ข้อมูลคุณภาพชีวิต วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติการทดสอบค่าที

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยหมายเลขหนังสือรับรอง UDCH_COA 016/2565 เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.30 มีอายุเฉลี่ย 35.17 สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.33 การศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่ทำอาชีพการเกษตรคิดเป็นร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์การรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้าคิดเป็นร้อยละ 56.67 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 76.67 และไม่เคยรักษาด้วยการรับประทานไอโอดีน - 131 คิดเป็นร้อยละ 63.33 มีคนดูแลที่บ้านคิดเป็นร้อยละ 86.67

คุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนการดำเนินโปรแกรมกิจกรรมเสริมการรักษาสี่เสาสร้างสุขภาพพบว่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 7.05, S.D. = 1.02) โดยที่คุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 8.05, S.D. = 1.61) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ สังคมและด้านจิต วิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 6.57, S.D. = 1.50) ($\bar{x}$ = 7.23, S.D. = 1.70) ($\bar{x}$ = 6.03, S.D. = 1.69) ตามลำดับ หลังการการดำเนินโปรแกรมกิจกรรมเสริม

การรักษาสี่เสาสร้างสุขภาพ พบว่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =7.21, S.D. = 0.93) โดยที่คุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 8.29, S.D. = 1.28) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ สังคมและด้าน จิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 6.81, S.D. = 1.26) ($\bar{x}$ = 7.59, S.D. = 1.52) ($\bar{x}$ = 6.14, S.D. = 1.50) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการให้โปรแกรมกิจกรรมเสริมการรักษาสี่เสาสร้างสุขภาพ พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกันมีเพียงด้านร่างกายที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p = 0.02) ส่วนคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจก่อนและหลังทำกิจกรรมไม่แตกต่างกัน (p = 0.05) คุณภาพ ชีวิตด้านสังคมก่อนและหลังทำกิจกรรมไม่แตกต่างกัน (p = 0.19) คุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณก่อนและหลังทำกิจกรรมไม่แตกต่างกัน (p = 0.36) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรมกิจกรรมเสริมการรักษา สี่เสาสร้างสุขภาพ (N=30)

คุณภาพชีวิต	ก่อน		หลัง		t	Sig.
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
ด้านร่างกาย	8.05	1.47	8.29	1.28	-2.43	0.02*
ด้านจิตใจ	6.57	1.50	6.81	1.26	-2.06	0.05
ด้านสังคม	7.23	1.70	7.59	1.52	-1.35	0.19
ด้านจิตวิญญาณ	6.03	1.69	6.14	1.50	-0.93	0.36
คุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ยรวม	7.05	1.02	7.21	0.93	-1.30	0.20

ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จากวิเคราะห์คุณภาพชีวิตก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมสี่เสาคุณภาพในมิติจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ในประเด็นย่อยพบว่ามีประเด็นที่แตกต่างดังนี้

คุณภาพชีวิตมิติจิตใจหลังจากทำกิจกรรม พบว่าความรู้สึกกลัวการเกิดมะเร็งจุดสองการกลับมาอีกของมะเร็ง และการแพร่กระจายของมะเร็งมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p = 0.00) โดยการเกิดมะเร็งจุดสองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนทำกิจกรรมและหลังทำกิจกรรมเป็น ($\bar{x}$ = 4.60, S.D. = 3.68), ($\bar{x}$ = 6.03, S.D. = 3.41) การกลับมา อีกของมะเร็งมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อน ทำกิจกรรมและหลังทำกิจกรรมเป็น ($\bar{x}$ = 4.60, S.D. = 3.78) ($\bar{x}$ = 5.23, S.D. = 3.53) และการแพร่กระจายของมะเร็งมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนทำกิจกรรมและหลังทำกิจกรรมเป็น ($\bar{x}$ = 4.10, S.D. = 3.74) ($\bar{x}$ = 4.93, S.D. = 3.54) ตามลำดับ

คุณภาพชีวิตมิติสังคมค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับครอบครัวรู้สึกเศร้าโศกกับการป่วยก่อนและหลังทำกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p = 0.00) หลังจากทำกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างพบว่าครอบครัวรู้สึกเศร้าโศกกับการป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ($\bar{x}$ = 5.80,S.D. = 3.26) ก่อนกิจกรรม ($\bar{x}$ = 4.80, S.D. = 3.59)

คุณภาพชีวิตมิติจิตวิญญาณหลังจากทำกิจกรรม พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมทางศาสนาอื่น ๆ และการเปลี่ยนแปลงที่ดีในชีวิตมีค่าเฉลี่ย คุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p = 0.01, p = 0.03 และ p = 0.001 ตาม ลำดับ) โดยการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนทำกิจกรรม และหลังทำกิจกรรมเป็น ($\bar{x}$ = 4.53, S.D. = 3.64) ($\bar{x}$ = 5.27, S.D. = 3.31) กิจกรรมทางศาสนาอื่น ๆ มีคะแนนเฉลี่ย คุณภาพชีวิตก่อนทำกิจกรรมและหลังทำกิจกรรมเป็น ($\bar{x}$ = 5.20, S.D. = 3.81) ($\bar{x}$ = 5.67, S.D. = 3.60) และการเปลี่ยนแปลงที่ดีในชีวิตมี

คะแนน เฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนทำ กิจกรรมและหลังทำกิจกรรมเป็น ($\bar{x}$ = 5.83, S.D. = 3.11) ($\bar{x}$ = 8.30, S.D. = 2.72) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังทำกิจกรรมคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากก่อนทำกิจกรรมคะแนนเฉลี่ยโดยรวมคุณภาพชีวิตทั้งมิติร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงด้านร่างกายที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของภัทรริกา ภู่ทวี[22] ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่หน่วยงานเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและยังสอดคล้องกับงานวิจัยของอนุรักษ์ ทราปัญญา, ดาว เวียงคำ[23] ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง ระดับการศึกษา รายได้และระยะของโรคที่แตกต่างกันส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการศึกษายังพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายก่อนและหลังทำกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติจิตใจ สังคม จิตวิญญาณก่อนและทำกิจกรรมตามโปรแกรมสี่เสาสุขภาพไม่แตกต่างกันถึงแม้ว่าในภาพรวมของคุณภาพชีวิตมิติจิตใจ สังคมและ จิตวิญญาณไม่มีความแตกต่างแต่เมื่อพิจารณารายละเอียดรายในประเด็นย่อย พบว่าคุณภาพชีวิตมิติของด้านจิตใจแล้วพบว่ามีประเด็นย่อยที่มีความแตกต่างเข้าร่วมทำกิจกรรมสี่เสาสร้างสุขภาพ พบว่าคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจในมิติความรู้สึกกลัวการเกิดมะเร็งจุดสอง การกลับมาอีกของมะเร็ง การแพร่กระจายของมะเร็งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมิติสังคมพบว่าครอบครัวรู้สึกเศร้าโศกกับการป่วยมีคะแนนเฉลี่ยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับครอบครัวรู้สึกเศร้าโศกกับการป่วยก่อนและหลังทำกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในมิติจิตวิญญาณการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมทางศาสนา อื่น ๆ และการเปลี่ยนแปลงที่ดีมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับชลการ ทรงศรี และณรงค์ จันทร์แก้ว[24] ที่ทำการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาต่อความสามารถเผชิญปัญหาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยศึกษาผลของการให้คำปรึกษาต่อระดับความวิตกกังวลและความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง 107 คน ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้ผ่านกระบวน การฝึกและเรียนรู้ทักษะการพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาของตนเองให้มีความเหมาะสมผ่านกระบวนการสี่เสาสร้างสุขภาพและยังสอดคล้อง กับการศึกษาของรัตนา พันจุยและคณะ[25] ที่พบความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและสอดคล้องกับทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบยึดบุคคล เป็นศูนย์กลางจะนำไปสู่การเข้าใจและหาวิธีการในการ ควบคุมตัวเองจัดระบบชีวิตของตัวเองให้สมดุลและมีความรับผิดชอบสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ ลิขิตกิจไพศาล[26] ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาโดยใช้โปรแกรมการให้การปรึกษา พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมจากการศึกษาแสดงให้เห็นถึงการให้ความรู้ หรือ การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการสามารถทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาตนเองได้อย่างมั่นใจและสามารถพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาอย่างมี

ประสิทธิภาพเช่นเดียวกับการศึกษาของสรรสนีย์ จันทร์มา[27] ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ศึกษากึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อลดความเครียดและเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยประยุกต์ ใช้ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังหารทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นอย่างนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีความเครียดหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหลังใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มทดลองมีความเผาสุกทางจิตวิญญาณหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและให้ข้อเสนอควรมีการนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมไปใช้ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อลดความเครียดและเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งงานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมสี่เสาสุขภาพเป็นกระบวนการที่สามารถนำไปปรับใช้ในการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งได้ทุกมติไม่ว่าเป็นมิติด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ไอโอดีน - 131 ปริมาณสูง โดยดูแลให้ครบองค์รวมและต้องให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลการดูแลตามมาตรฐานและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมีการนำระบบประเมินผลการทำกิจกรรมต่าง ๆ มาใช้อย่างต่อเนื่อง และพัฒนาสื่อการสอนที่สามารถเข้าถึงง่ายเชื่อถือได้

2. ผู้บริหารควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมการทำ กิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนำระบบ การติดตามผู้ป่วยทางโทรเวชมาใช้ในการติดตามผู้ป่วย รวมถึงการเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับปัจเจกบุคคล และนำกิจกรรมต่าง ๆ ไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่นต้องประเมินความเหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วย

3. ควรมีการศึกษาการทำกิจกรรมเสริมการรักษา สี่เสาสร้างสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งอื่น ๆ ที่ไม่มีข้อจำกัด เรื่องระยะเวลาหรือสถานที่ในการทำกิจกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนการป้องกันและควบคุมมะเร็งแห่งชาติ. : โรงพิมพ์ ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด. กรุงเทพมหานคร; 2560.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018 : GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA : a cancer journal for clinicians. 2018; 68 (6) : 394 - 424.
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. สถิติโรคมะเร็ง 2563. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
4. โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. สถิติผู้ป่วยมะเร็ง ปี 2564. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
5. โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แบบประเมินตนเองศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางมะเร็งศีรษะและลำคอ และมะเร็งเต้านม; 2564.
6. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2020 : estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2020 [Internet]. 2020 [cited 2021 May 18]. Available from : http://www.globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
7. https://www.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=22737

8. Fugazzola L, Elisei R, Fuhrer D, Jarzab B, Leboulleux S, Newbold K, et al. 2019 European Thyroid Association Guidelines for the Treatment and Follow - Up of Advanced Radioiodine - Refractory Thyroid Cancer. Eur Thyroid J. 2019; 8 : 227 - 45.
9. สมจินต์ จินดาวิจักษณ์, วิษณุ ปานจันทร์, อาคม ชัยวีระวัฒนะ. (บรรณาธิการ) แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์. กรุงเทพมหานคร : โฆสิตการพิมพ์; 2558.
10. ภาวนา ภูสุวรรณ. การรักษาโรคด้วยสารเภสัชรังสี. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไอโอดีน - 131 สำหรับพยาบาล รังสีรักษา. กรุงเทพมหานคร : พี.เอ.ลีฟวิ่ง; 2553.
11. Mandel SJ, Mandel L. Radioactive iodine and the salivary glands. Thyroid J 2003; 13 (3) : 265 - 71.
12. ภัทิรา บัวพูล, ศิริอร สินธุ, เกศรินทร์ อุทริยะประสิทธิ์, ภาวนา ภูสุวรรณ. ประสบการณ์อาการกลยุทธ์การจัดการ อาการและสถานการณ์ทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ชนิดเวลดิฟเฟอเรนติเอเตดที่ได้รับสารกัมมันตรังสีไอโอดีน - 131 ขนาดสูง. ว.สภาการพยาบาล 2558; 30 (1) : 123 - 38.
13. Lu L, Shan F, Li W, Lu H. Short - term side effects after radioiodine treatment in patients with differentiated thyroid cancer. BioMed Research International 2016; 29 : 4376720.
14. Hyer S, Vini L, OûConnell M, Pratt B, Harmer C. Testicular dose and fertility in men following I - 131 therapy for thyroid cancer. Clin Endocrinol. 2002; 56 (6) : 755 - 8
15. Tagay S, Herpertz S, Langkafel M, Erim Y, Bockisch A, Senf W, Görges R. Health - related Quality of Life, depression and anxiety in thyroid cancer patients. Qual Life Res 2006; 15 : 695 - 703.
16. Dow KH, Ferrell BR, Anello C. Balancing demands of cancer surveillance among survivors of thyroid cancer. Cancer Pract 1997; 5 : 289 - 95
17 อิสระ เจียวิริยบุญญา. สี่เสาแห่งความสมดุล. มูลนิธิ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี :2562.
18. สมพร กันทรดุษฎีเตรียมชัยศรี. สร้างเสริมสุขภาพด้วยสมาธิบำบัดบัดแบบ SKT 1 - 7 (เทคนิคลิขสิทธิ์) [แผ่นผับ]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561
19. จุฑามาส วสุพงศ์อัยยะ, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, ธีระพล เปรมประภา. การทดสอบคุณสมบัติการวัดของแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ ฉบับภาษาไทย ว.เภสัชกรรมไทย 2556; 5 : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2556. 43 - 62.
20. Ferrell BR, Grant M, Dow KH. The quality of life scale/ thyroid [online]. 2000 [cited June 24]. Available from; URL:http//prc.coh.org/pdf/Thyroid 20 % QOL.pdf.
21. Best, John W. and James V. Kahn. Research in Education. (7th ed). Boston : Allyn and Bacon. 1997.
22. ภัทรริกา ภู่ทวี. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพ ชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ที่หน่วยงานเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี. ว.โรงพยาบาลอุดรธานี. 2561; 26 : 144 - 52
23. อนุรักษ์ ทราปัญญา, ดาว เวียงคำ. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา. เชียงรายเวชสาร 2562; 11 (1) : 93 - 101.
24. ชลการ ทรงศรี และณรงค์ จันทร์แก้ว. ผลของการให้คำปรึกษาต่อความสามารถเผชิญปัญหาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. ว.โรงพยาบาลสกลนคร. 2562; 22 : 50 - 59.
25. รัตนา พันจุย และคณะ. ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน. ว.การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2557; 28 : 117 - 29.
26. เบญจมาภรณ์ ลิขิตกิจไพศาล. ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มที่มีต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันโรงพยาบาล รามาธิบดี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการแนะแนว]. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2555.
27. สรรสนีย์ จันทร์มา. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. สรรสนีย์ จันทร์มา [วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน]. พิษณุโลก. มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.

ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ต่อมลูกหมากโต งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย

Effective of Providing Information on Anxiety in Patients with Benign Prostatic Hypertrophy Who Have Undergone Surgery at Outpatient Department Nongkhai Hospital.

(Received: June 7,2024 ; Revised: June 9,2024 ; Accepted: June 10,2024)

พยอม เกียงแก้ว[1] ลิกิจ โหราฤทธิ์[1]
Phayom Kiangkaew[1] Likit Horarit[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pre-test post-test design) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อมลูกหมาก และความพึงพอใจหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อมลูกหมาก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต จำนวน 30 คน ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 - เมษายน 2567 คัดเลือกอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินความพึงพอใจ และโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อมลูกหมาก วิเคราะห์ด้วยข้อมูลทางสถิติโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ test dependent และ test for dependent Samples

ผลการศึกษา พบว่า 1) ผลการเปรียบเทียบต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโต ของผู้ป่วยก่อนการทดลอง พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, 2) ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโต พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนค่าเฉลี่ยหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 3) ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโต พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ รู้สึกมั่นใจในการเตรียมความพร้อมได้ถูกต้อง รองลงมาคือ หลังได้รับความรู้แล้วท่านรู้สึกวิตกกังวล หลังการทดลอง ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโต พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ สื่อการสอนเหมาะสม รองลงมา คือ ระยะเวลา สถานที่เหมาะสม และเป็นกิจกรรมที่ดีควรจัดอย่างต่อเนื่อง ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนต่ำสุด คือ หลังได้รับความรู้แล้วท่านรู้สึกวิตกกังวล

คำสำคัญ : ความวิตกกังวล การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต

Abstract

This research was quasi-experimental research. Quasi-experimental research with a one-group pre-test post-test design to compare mean differences in anxiety scores. Before and after receiving the patient preparation program before prostate surgery and satisfaction after receiving the patient preparation program before prostate surgery The sample group was 30 patients with enlarged prostate between December 2023 - April 2024. Selection was simple. The research instrument was a general information questionnaire. Anxiety Assessment Satisfaction assessment form and a program to prepare patients before prostate surgery. Statistical data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and test dependent and test for dependent Samples.

The results of the study were found: 1) comparative results on anxiety of patients who had undergone surgery for enlarged prostates of the patients before the experiment, it was found that the mean score after the experiment had a lower mean anxiety score than before the experiment. Statistically significant at the .05 level, 2) The results of

[1] พยาบาลวิชาชีพ สังกัด โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

comparing the mean knowledge scores of patients who had undergone surgery for enlarged prostates found that before the experiment, the mean scores after the experiment were greater than before the experiment. Statistically significant at the .05 level. And 3) the results of the analysis of satisfaction of patients who had undergone enlarged prostate surgery. It was found that the top 3 items with the highest average scores were feeling confident in preparing correctly, followed by having After receiving the knowledge, you felt anxious. After the experiment, the results of the analysis of the satisfaction of patients who had undergone surgery for enlarged prostates found that the top 3 items with the highest average scores were appropriate teaching media, followed by Suitable duration and location And it is a good activity that should be organized continuously. The item with the lowest score was after receiving the knowledge, you felt anxious.

Keywords: anxiety, patient preparation before surgery, enlarged prostate patients

บทนำ

โรคต่อมลูกหมากโต (benign prostatic hyperplasia) เป็นปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุเพศชายที่มีอายุระหว่าง 50-80 ปี ในสหรัฐอเมริกาพบร้อยละ 80 ของประชากรสูงอายุเพศชาย[1]ซึ่งสมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งสหรัฐอเมริการายงานว่าร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตจะมีอาการแทรกซ้อนเกิดขึ้น โดยความชุกของโรคที่พบในปัจจุบันเท่ากับ 34.7 ต่อประชากรหนึ่งพันคนในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป[2] สำหรับประเทศไทยพบการเพิ่มขึ้นของโรคต่อมลูกหมากโตที่คล้ายคลึงกัน จากสถิติสาธารณสุขประเทศไทย พ.ศ. 2556, 2557 และ 2558 พบว่าผู้ที่เป็นโรคต่อมลูกหมากโตของประชากรทั้งประเทศมีอัตราเท่ากับ 182.17, 191.44 และ 221.73 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนตามลำดับและปี พ.ศ. 2558 ประชากรในกรุงเทพมหานครมีผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตอัตรา 331.03 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ซึ่งความชุกของประชากรที่ป่วยด้วยโรคต่อมลูกหมากโตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปีตามจำนวนของประชากรสูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น[3,4,5]

ต่อมลูกหมากโตเป็นการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของกลุ่มเซลล์ต่อมลูกหมากที่อยู่ระหว่างคอคอด ของกระเพาะปัสสาวะและพื้นที่ของท่อปัสสาว[6] ซึ่งเกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อในเพศชายจากผลของการเปลี่ยนแปลงของเทสโทสเตอโรน (testosterone) โดยมี 5-alpha-reductase เป็นตัวกระตุ้นฮอร์โมน dihydrotestosterone (DHT) ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นกลุ่มเซลล์ต่อมลูกหมากให้มีการเจริญเติบโตของเซลล์ที่ผิดปกติ และจากผลของเอสโทรเจน (estrogen) ที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ต่อมใต้สมองมีการเพิ่มการหลั่งโปรแลคติน (prolactin) เพิ่มมากขึ้น ซึ่งโปรแลคตินจะเป็นตัวไปกระตุ้นให้เทสโทสเตอโรน (testosterone) มีประสิทธิภาพในการทำงานเพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดภาวะต่อมลูกหมากโต ความไม่สมดุลระหว่างกระบวนการเกิดและการตายของกลุ่มเซลล์ต่อมลูกหมากเป็นปัจจัยทำให้เซลล์ต่อมลูกหมากมีการเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดเป็นก้อน (fibroadematous nodule)[7] ก้อนนี้จะไปเบียดเนื้อเยื่อของต่อมลูกหมากเดิมทำให้มีการเคลื่อนที่ของต่อมลูกหมากมาเบียดบังท่อทางเดินปัสสาวะ ส่งผลให้ท่อทางเดินปัสสาวะมีการตีบแคบหรืออาจจะเกิดการอุดตันจนเกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะ[8]

กลุ่มอาการผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะจะมีระดับของความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ สัมพันธ์กับขนาดก้อนที่ค่อย ๆ เพิ่มขนาดขึ้น กลุ่มอาการที่พบประกอบด้วย 2 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการ ที่เกิดจากการอุดกั้นของทางเดินปัสสาวะและกลุ่มอาการที่เกิดจากการระคายเคืองกระเพาะปัสสาวะ กลุ่มอาการที่เกิดจากการอุดกั้นของทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ ต้องออกแรงเบ่งขณะถ่ายปัสสาวะ (straining of forcing) ปัสสาวะไหล ๆ หยุด ๆ เป็นช่วง ๆ (intermittent) ปัสสาวะลำเล็กลงและไม่พุ่ง (poor stream) ต้องออกแรงเบ่งใน

ตอนต้นของการปัสสาวะ (hesitancy) ปัสสาวะไม่สุด หรือมีความรู้สึกว่ายังคงมีปัสสาวะเหลือค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะหลังจากถ่ายปัสสาวะสุด (feeling of incomplete emptying) ปัสสาวะหยดตามหลังจากที่ปัสสาวะสุด (post-void dribbling) และอาการปัสสาวะคั่งอย่างเฉียบพลันและปัสสาวะไม่ออก (acute urinary retention) ในรายที่เกิดการอุดกั้นท่อทางเดินปัสสาวะอย่างสมบูรณ์[8] ส่วนกลุ่มอาการที่เกิดจากการระคายเคืองกระเพาะปัสสาวะ ได้แก่ อาการถ่ายปัสสาวะลำบากหรือรู้สึกปวดในขณะถ่ายปัสสาวะ (dysuria) อาการปัสสาวะบ่อยทั้งเวลากลางวันและเวลากลางคืน (frequency and nocturia) และอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้เมื่อรู้สึกปวดปัสสาวะต้องถ่ายปัสสาวะทันที (urgency)[9] อาการดังกล่าวจะสัมพันธ์กับขนาดของต่อมลูกหมากที่โตขึ้นและการอุดกั้นของท่อทางเดินปัสสาวะ โดยในระยะแรกของโรคต่อมลูกหมากโตที่ผู้ป่วยยังสามารถถ่ายปัสสาวะได้จะรักษาด้วยการใช้ยาซึ่งจะช่วยในการคลายกล้ามเนื้อทำให้ปัสสาวะออกได้ แต่หากต่อมลูกหมากมีขนาดโตมากขึ้นและรักษาด้วยยาไม่ได้ผลก็จำเป็นที่จะต้องรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยยาร้อยละ 50 มีความรุนแรงของโรคคงที่และร้อยละ 33 มีความรุนแรงของโรคลดลงภายใน 5 ปี อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยร้อยละ 5-30 มีอาการปัสสาวะไม่ออกเฉียบพลัน[10] ซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงที่สุดสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้คือภาวะแทรกซ้อนทางไตที่เกิดจากการอุดกั้นของทางเดินปัสสาวะ[11] ผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งพบว่าผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดส่วนใหญ่มีผลการรักษาที่ดี แต่มักพบอาการ แทรกซ้อนจากการผ่าตัดเกี่ยวกับการหลั่งอสุจิที่ย้อนกลับเข้ากระเพาะปัสสาวะมากถึงร้อยละ 65.4 และพบอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศร้อยละ 6.5[8]

โรงพยาบาลหนองคายให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินปัสสาวะ เฉลี่ย 80-100 รายต่อวัน ส่วนใหญ่เป็นโรคต่อมลูกหมากโต และมะเร็งต่อมลูกหมาก จากสถิติ ปีพ.ศ.2563-2565 พบว่าให้บริการผู้ป่วยโรคระบบทางเดินปัสสาวะ จำนวน 923 1362 และ1645 ราย เป็นผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต 307 548 748 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.26 40.23 และ 45.47 ตามลำดับ พบมะเร็งต่อมลูกหมาก 30 51 และ72 ราย มีแนวโน้มของผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้นตามลำดับ[12] และเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดถึงร้อยละ 60 จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตที่ได้รับการผ่าตัดจะมีความวิตกกังวลและความกลัวในระดับต่าง ๆ ทั้งในระยะก่อนและหลังการผ่าตัด คือกลัวความเจ็บปวด กลัวความไม่สุขสบาย กลัวรักษาไม่หาย ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้เป็นสิ่งที่คาดการณ์ได้ล่วงหน้าหากผู้ป่วยเกิดความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษาที่กำลังประสบอยู่จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจและกลัวในสิ่งที่ตนเองต้องเผชิญ และยังพบว่ามีการงดเลื่อนผ่าตัดร้อยละ 35 สาเหตุของการงดเลื่อนผ่าตัด ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงในวันผ่าตัด ร้อยละ 25.92 ไม่ได้งดยาละลายลิ่มเลือด หรือไม่ได้ปรึกษาอายุรแพทย์ก่อนผ่าตัดในโรคเรื้อรัง ร้อยละ 5.64[12]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในการรักษาแต่ละชนิดโรค ผู้ป่วยมักแสดงออกต่อการผ่าตัดแตกต่างกัน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมักมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าข้อมูลที่มีความต้องการมากเป็นอันดับหนึ่ง คือ การปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ผลการผ่าตัด ระยะการฟื้นฟูสภาพการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด แต่ความเครียดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง[13] ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจมักมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกต้นขามักมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเดินและเคลื่อนไหว ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องมักมีความ

วิตกกังวลเกี่ยวกับแผลแยกหรือติดเชื้อของผู้ป่วยได้[14] ซึ่งการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมจะเกิดแบบแผนความรู้และเข้าใจทำให้สามารถลดความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดลดลง[13] และหากนำสื่อมาประกอบจะทำให้การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองจะช่วยลดการเกิดโรคแทรกซ้อนภายหลังทำการผ่าตัดเนื่องจากสื่อเป็นตัวช่วยในการถ่ายทอดข้อมูล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจและจดจำได้ดีขึ้น สื่อมีความหลากหลายตามความเหมาะสมของผู้ป่วยและบริบท เช่น เทปบันทึกเสียง ภาพพลิก เทปโทรทัศน์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังช่วยให้การถ่ายทอดข้อมูลมีแนวทางเดียวกัน

ดังนั้นเพื่อช่วยลดความวิตกกังวล ข้อสงสัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการผ่าตัดต่อมลูกหมากโต ผู้วิจัยในฐานะผู้ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินปัสสาวะ งานผู้ป่วยนอก มีบทบาทในการให้ความรู้เบื้องต้นกับผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตเพื่อนัดและให้ข้อมูลการเตรียมผ่าตัด จึงสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อมลูกหมากที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเพิ่มความรู้ในการปฏิบัติตัว คลายความวิตกกังวล มั่นใจในการผ่าตัด ได้รับการตอบสนองความต้องการแบบองค์รวม สามารถจัดการตนเองได้เหมาะสมกับการเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารดูแลตนเองได้ถูกต้อง ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง

2. เพื่อศึกษาผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตที่ตอบถูก

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตหลังที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโต

สมมุตฐานการวิจัย

การเปรียบเทียบต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลอง แตกต่างกัน

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pre-test post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตที่มารับบริการห้องตรวจศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ งานบริการผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เพื่อเตรียมความพร้อมผ่าตัดต่อมลูกหมาก โรงพยาบาลหนองคาย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตที่มารับบริการห้องตรวจศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ งานบริการผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เพื่อเตรียมความพร้อมผ่าตัดต่อมลูกหมาก โรงพยาบาลหนองคาย จำนวน 30 คน ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 - เมษายน 2567 การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีความน่าเป็นแบบอย่างง่าย (Simple Random sampling) เพื่อให้สอดคล้องกับเงื่อนไขกับการใช้สถิติเพื่อทดสอบสมมติฐาน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion Criteria) คือ 1) เป็นผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตที่ได้รับการผ่าตัดครั้งแรก และไม่ใช่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดฉุกเฉิน 2) เพศชายมีอายุตั้งแต่ 40 ปี 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือ เป็นโรคที่อยู่ในระยะรุนแรงที่ไม่

สามารถพึ่งพาตนเองได้ เช่น โรคหัวใจ โรคไตวาย โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น 5) ความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยอย่างต่อเนื่อง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ย้ายสถานรักษาระหว่างรอตรวจ 2) เปลี่ยนใจไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ โดยวิธีวิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยใช้โปรแกรม G* power version 3.1 สำหรับการวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างหนึ่งกลุ่ม โดยกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบเท่ากับ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ a=0.05 และขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 27 คน และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหาย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ทำให้มีขนาดกลุ่มเป็น 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตที่มารับเรียบพร้อมก่อนการผ่าตัด ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ประสบการณ์ผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI fromY-1) ของสปิลเบอร์เกอร์[15] ฉบับแปลภาษาไทย เป็นแบบประเมินที่ผู้ป่วยประเมินตนเองเกี่ยวกับความวิตกกังวลด้วยตนเอง (Self-report measure of anxiety) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็นข้อความที่แสดงความวิตกกังวลในทางบวกจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ 1,2,5,8,10,11,15,16,19 และ20 ข้อความที่แสดงความวิตกกังวลในทางลบจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ 3,4,6,7,9,12,13,14,17 และ 18 โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย มีบ้าง ค่อนข้างมาก และมากที่สุด เนื่องจากแบบวัดความวิตกกังวลมีข้อความทั้งทางบวกและทางลบ การให้คะแนนจึงขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความดังนี้

	ทางบวก	ทางลบ
มากที่สุด	ให้ 1 คะแนน	4 คะแนน
ค่อนข้างมาก	ให้ 2 คะแนน	3 คะแนน
มีบ้าง	ให้ 3 คะแนน	2 คะแนน
ไม่มีเลย	ให้ 4 คะแนน	1 คะแนน

เกณฑ์แบ่งระดับความวิตกกังวลดังนี้

คะแนน 20-40 ความวิตกกังวลระดับต่ำ

คะแนน 41-60 ความวิตกกังวลระดับปานกลาง

คะแนน 61-70 ความวิตกกังวลระดับสูง

คะแนน 71-80 ความวิตกกังวลระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยนำเครื่องมือวิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ พยาบาลด้านคุณภาพการพยาบาล 2 ท่าน พิจารณาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของเครื่องมือ เท่ากับ0.89 การหาความเที่ยง (Reliability)โดยนำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .88

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโต เป็นมาตรวัดการความรู้ที่พิจารณาระดับความมากน้อย การแปลผลโดยการแบ่งกลุ่มระดับความรู้โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนแบบเกณฑ์อ้างอิงตามหลักการ Learning for Mastery ของ Bloom (Benjamin Bloom, 1971; อ้างอิงมาจาก ปรียานั้น มั่นหมาย, 2556) จำแนกได้ดังนี้ข้อคำถามเชิงบวก 17 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1, 2, 3, 4,5,6,8,9,10,13, 14, 16, 17, 19, 23, 24, 25 ตัวเลือกคำตอบ ใช่ = 1 คะแนน และ ไม่ใช่ = 0 คะแนน

ตามลำดับ คำถามเชิงลบ 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 7, 11, 12, 15, 18, 20, 21, 22 ตัวเลือกคำตอบไม่ใช่ = 1 คะแนน ตอบใช่ = 0 คะแนน ตามลำดับ

โดยแบบทดสอบครอบคลุมความรู้การเตรียมตัวและการปฏิบัติตัว ก่อน - หลัง ผ่าตัดการแปลความหมายระดับความรู้ พิจารณาจากการคิดค่าคะแนนจากค่าสูงสุดถึงค่าต่ำสุด และแบ่งเป็นระดับชั้นคะแนน ระดับความรู้ตามคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 17 – 25 มีความรู้ในระดับดี
คะแนนเฉลี่ย 9 - 16 มีความรู้ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 0 - 8 มีความรู้ในระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยนำเครื่องมือวิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ พยาบาลด้านคุณภาพการพยาบาล 2 ท่าน พิจารณาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.95 และวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรของ Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจหลังได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโต เป็นชุดคำถามที่ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม เกณฑ์การประเมินค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดมีดังนี้

คะแนน 4.50-5.00 อยู่ในเกณฑ์มากที่สุด
คะแนน 3.50-4.49 อยู่ในเกณฑ์มาก
คะแนน 2.5-3.49 อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง
คะแนน 1.5-2.59 อยู่ในเกณฑ์น้อย
คะแนนต่ำกว่า 1.50 อยู่ในเกณฑ์น้อยมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยนำเครื่องมือวิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ พยาบาลด้านคุณภาพการพยาบาล 2 ท่าน พิจารณาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.91 และวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.83

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโต แผนการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ในเนื้อหาเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการพยาบาลที่จะได้รับเกี่ยวกับผ่าตัดต่อมลูกหมากโต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อมลูกหมาก แผนการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและภาษา นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 10 ราย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .93 หลังจากนั้นจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและความพึงพอใจโดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตที่ได้รับการผ่าตัด ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired-t-test Dependent ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลหนองคาย เลขที่โครงการวิจัย 34/2567 วันที่ 1 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต พบว่า มีอายุ

มากกว่า 80 ปี ร้อยละ 56.67 ส่วนใหญ่สถานภาพหม้าย ร้อยละ 53.33 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 60.00 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ เป็นอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 30.0 ค้าขายและธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ23.33 ร้อยละ 10.00 ใช้สิทธิการรับพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้บัตรทอง ร้อยละ 56.67 เบิกข้าราชการ ร้อยละ 23.33 ที่เหลือใช้สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 23.33 มีประสบการณ์ผ่าตัด เท่ากับไม่มีประสบการณ์ที่เท่ากัน ร้อยละ 20.00 การได้รับข้อมูลก่อนการผ่าตัด ส่วนใหญ่เคยได้รับ ร้อยละ 63.33 ประวัติการได้รับยา ร้อยละ 53.33 และร้อยละ 46.67 และทุกคนมีประวัติแพ้ยา

2. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโต ก่อนการทดลอง จากผลการวิเคราะห์ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโต โดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.83 เมื่อวิเคราะห์เป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ได้คะแนนสูงสุด 3 อันดับ คือ รู้สึกกังวลใจ รองลงมาคือ รู้สึกหงุดหงิด และรู้สึกตรึงเครียดรู้สึกวิตกกังวล ส่วนที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ รู้สึกว่าได้พักผ่อน หลังการทดลอง จากผลการวิเคราะห์ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโต โดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ เมื่อวิเคราะห์เป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ได้คะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก คือ รู้สึกกังวลใจ รองลงมาคือ รู้สึกกังวลกับเคราะห์ร้ายที่อาจเกิดขึ้น และรู้สึกแจ่มใส และรู้สึกวิตกกังวล และส่วนที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ รู้สึกตื่นตระหนก

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโต ของผู้ป่วยก่อนการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ($\overline{X}$ = 3.41) ส่วนหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ($\overline{X}$ = 1.82) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ t-test Dependent พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การประเมินความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตที่ตอบถูก

ก่อนการทดลอง ผลการประเมินความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตที่ตอบถูก ซึ่งคะแนนที่ตอบถูกแต่ละข้อคะแนนเต็ม 1 คะแนน พบว่าข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยที่ตอบถูกสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ หลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน หากมีอาการผิดปกติ ปัสสาวะไม่ออก มีเลือดออกจากแผลเวลาปัสสาวะ มีไข้ ให้กลับมาพบแพทย์เพื่อรักษาทันที รองลงมา คือ ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องทำความสะอาดร่างกาย เช่น อาบน้ำ สระผม และก่อนผ่าตัดผู้ป่วยต้องถอดสิ่งของมีค่าเครื่องประดับทุกชนิด รวมทั้งของเทียมต่างๆ ที่สามารถถอดได้ เช่น ฟัน ตา แขน ขาเทียม ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผู้ป่วยมีประวัตความเจ็บป่วย การใช้ยา การแพ้ยา จำเป็นต้องแจ้งพยาบาลหรือแพทย์ได้รับทราบ

หลังการทดลอง ผลการประเมินความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตที่ตอบถูก ซึ่งคะแนนที่ตอบถูกแต่ละข้อคะแนนเต็ม 1 คะแนน พบว่าข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยที่ตอบถูกสูงสุด 3 ลำดับแรก มีผู้ป่วยตอบทั้งหมด 18 ข้อ ได้แก่ หลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถพลิกตะแคงตัวได้ทันที หรือก่อนการพลิกตะแคงตัว ผู้ป่วยควรดึงราวกั้นเตียงขึ้นก่อนเสมอ ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารในปริมาณน้อย ๆ ก่อน หรือการรับประทานอาหารทันทีผหลังผ่าตัดอาจจะมีอาการอืดอัดแน่นท้องได้ ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยควรงดรับประทานอาหารและเครื่องดื่มน้ำทุกชนิด อย่างน้อย 6-8 ชม. ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องทำความสะอาดร่างกาย เช่น อาบน้ำ สระผม ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยต้องถอดสิ่งของมีค่าเครื่องประดับทุกชนิด รวมทั้งของเทียมต่างๆ ที่สามารถถอดได้ เช่น ฟัน ตา แขน ขาเทียม ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยจะต้อง ถ่ายปัสสาวะอุจจาระให้เรียบร้อยก่อนเข้าห้องผ่าตัด ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องเปลี่ยนเสื้อผ้าหรือใส่เสื้อผ้าที่ทางโรงพยาบาลเตรียมไว้ โดยไม่ต้องใส่กางเกงใน ผู้ป่วยมี

ประวัติการเจ็บป่วย การใช้ยา การแพ้ยา จำเป็นต้องแจ้ง พยาบาลหรือแพทย์ทราบ บริเวณที่ทำผ่าตัดอาจมีสายสวนปัสสาวะเพื่อล้างระบายเลือดและของเหลวออกจากแผล ห้ามผู้ป่วยตึงสิ่งเหล่านี้ออกเอง หลังจากผ่าตัดหากอาการชาไม่หาย ภายใน 6 ชั่วโมง ให้แจ้งพยาบาลทราบ หลังผ่าตัดแผลแห้งและติดดี ปัสสาวะสีเหลือง แพทย์จะนัดภายใน 14 วัน การฝึกหายใจออกหลังจากผ่าตัด โดยพยาบาลเป็นผู้ฝึก สามารถทำได้ในท่านอน และนั่ง หลังจากการผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถไอหรือจามได้ทันที เท่าที่ผู้ป่วยจะสามารถทำได้ หลังจากผ่าตัด การฝึกหายใจเข้าลึกๆ ทางจมูก เมื่อหายใจออกให้กระแอมไปด้วย (อย่าเพิ่งไอ ทำซ้ำๆ จนรู้สึกชินต่อการเกร็งตัวของหน้าท้องขณะกระแอมตามด้วยการหายใจเข้าลึก ๆ อีกครั้ง เมื่อหายใจออกให้เริ่มด้วยการไอเบา ๆ ก่อน สลับกับการกระแอมหรือขากเสมหะ เป็นการฝึกหายใจที่ถูกต้อง การฝึกเดินหลังผ่าตัด ให้ป่วยลุกขึ้นยืนข้างเตียง จากนั้นเริ่มเดินออกจากเตียงอย่างน้อย1.5 เมตร และค่อย ๆ เพิ่มระยะทางจนผู้ป่วยสามารถเดินได้ดี เป็นวิธีเริ่มเดินที่ถูกต้อง ผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเกี่ยวกับหู ตา คอ และไส้เลื่อน สามารถปฏิบัติในเรื่องการไออย่างมีประสิทธิภาพ หลังผู้ป่วยผ่าตัดควรมีการเปลี่ยนท่านอน พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง และลุกนั่งพร้อมทั้งเริ่มบริหารร่างกายทันทีเมื่ออาการดีขึ้น และหลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน หากมีอาการผิดปกติ ปัสสาวะไม่ออก มีเลือดออกจากแผลเวลาปัสสาวะ มีไข้ให้กลับมาพบแพทย์เพื่อรักษาทันที

4. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตที่ตอบถูก ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตที่ตอบถูก พบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 0.37 แต่หลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 0.87 เมื่อทดสอบด้วยสถิติ t-test Dependent พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโต ก่อนการทดลอง ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโต พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ รู้สึกมั่นใจในการเตรียมความพร้อมได้ถูกต้อง รองลงมาคือ หลังได้รับความรู้แล้วท่านรู้สึกวิตกกังวล หลังการทดลอง ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโต พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ สื่อการสอนเหมาะสม รองลงมา คือ ระยะเวลา สถานที่เหมาะสม และเป็นกิจกรรมที่ดีควรจัดอย่างต่อเนื่อง ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนต่ำสุด คือ หลังได้รับความรู้แล้วท่านรู้สึกวิตกกังวล

สรุปและอภิปรายผล

1. การเปรียบเทียบต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโต ของผู้ป่วยก่อนการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ($\overline{X}$ = 3.41) ส่วนหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ($\overline{X}$ = 1.82) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ t-test Dependent พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าการโตของต่อมลูกหมากเกิดจากการขยายตัวของเส้นใยกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อที่ผิดปกติ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนของการเกิดก้อนเนื้อ ขั้นตอนการกระจายของก้อนไปสู่ส่วนรอยต่อ (transitional zone) และส่วนรอบนอก (peripheral zone) ของต่อมลูกหมาก และขั้นตอนการขยายตัวของก้อนที่มีผลมาจากการกระตุ้นของฮอร์โมนเพศชาย (androgen) ส่งผลให้เกิดการอุดตันของทางเดินปัสสาวะส่วนล่างและยังรบกวนการทำงานของหูรูดกระเพาะปัสสาวะด้วย ซึ่งขั้นตอนเหล่านี้จะมาพร้อม

กับอาการผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะที่เกิดขึ้น คือ ปริมาณปัสสาวะสูงสุดในแต่ละครั้งจะลดลง ตามการเพิ่มขึ้นของขนาดต่อมลูกหมาก ส่งผลให้เหลือปัสสาวะคงค้างในกระเพาะปัสสาวะเพิ่มจากภาวะปกติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วรรณวิศา ปะเสทะกัง และณิชาภัตร พุฒิคามิน[16] ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง ที่พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตที่ตอบถูก พบว่าก่อนการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 0.37 แต่หลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 0.87 เมื่อทดสอบด้วยสถิติ t-test Dependent พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า การเรียนรู้ ความวิตกกังวลเกิดจากการเรียนรู้ ซึ่งมี 3 รูปแบบ คือ การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่น่าสะพรึงกลัวในวัยเด็กทำให้บุคคลมักจะเป็นคนวิตกกังวลง่ายเมื่อโตขึ้น การเรียนรู้จากสถานการณ์หรือสิ่งที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด ซึ่งเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่คล้ายๆ กันนั้นจะก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น และการเรียนรู้จากการเลียนแบบ เด็กเมื่อเห็นการแสดงออกของความวิตกกังวลของพ่อแม่หรือผู้ใหญ่อยู่เสมอ จะพัฒนาแบบแผนการเกิดความวิตกกังวลที่คล้ายๆ กัน เพราะฉะนั้นถ้าบุคคลมีการเรียนรู้หรือได้รับประสบการณ์ที่ถูกต้องก็จะทำให้คลายความวิตกกังวลไปได้ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ที่ได้รับ ดังเช่น ผลการศึกษาของ ศุภางค์ ดำเกิงธรรม,ยุพาพร หงส์สามสิบเจ็ด และเพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล[17] ที่ศึกษา ผลการใช้สื่อวีดีทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกต่อความรู้ และความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูก โรงพยาบาลแพร่ พบว่าความรู้โดยรวมกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้น เป็นผลให้ความวิตกกังวลกลุ่มตัวอย่างลดลงในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูก โรงพยาบาลแพร่ และจากการศึกษาของ จุฑาพร ศรีจันทร์,จุฬารักษ์ กวีวิวิธชัย และคณะ[18] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน และวิดีทัศน์การ์ตูนแอนิเมชั่น ต่อความรู้ ความวิตกกังวล และการรับรู้ความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ และการับรู้ความสามารถแห่งตนเพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ และความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดลดลง

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโต หลังการทดลอง ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโต พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ สื่อการสอนเหมาะสม รองลงมา คือ ระยะเวลา สถานที่เหมาะสม และเป็นกิจกรรมที่ดีควรจัดอย่างต่อเนื่อง ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า ในการปฏิบัติงานการพยาบาลไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติภายในโรงพยาบาลหรือชุมชน พยาบาลวิชาชีพจะต้องเป็นผู้ที่มีความเอื้อเฟื้อให้การสนับสนุนด้วยวิชาการให้กับประชาชน เช่น การจัดแสดงนิทรรศการต่าง ๆ การจัดกิจกรรมสุขภาพ การให้ความร่วมมือกับหน่วยงาน องค์การต่าง ๆ ด้านสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพจะต้องเน้นให้เกิดความคิดอย่างเป็นระบบตัดสินใจบนพื้นฐานข้อมูลที่เป็นจริงจากความต้องการของชุมชน ซึ่งจะส่งผลทำ ให้ประชาชนได้รับการพัฒนาความคิด และสามารถพัฒนาสุขภาพของตนเองได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วรศักดิ์ ขวัญเจริญทรัพย์[19] การพัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ในโรงพยาบาลสงฆ์ พบว่า พระสงฆ์มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลฯ ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยในครั้งนี้

1. จากผลการศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโต งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย ดังนั้นจึงใช้โปรแกรมฯ นี้ นำไปใช้กับโรงพยาบาลในจังหวัดหนองคาย

2. แผนกผ่าตัดควรมีนโยบาย กระตุ้นส่งเสริมให้บุคลากรฝึกทักษะการเตรียมความพร้อม ก่อนได้รับการผ่าตัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

1. เนื่องงานวิจัยนี้มีข้อจำกัดในการใช้กลุ่มตัวอย่างที่น้อยเกินไป ดังนั้นงานวิจัยต่อไปควรเพิ่มขนาดตัวอย่างให้มากกว่าเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของวิจัย

2. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาและสร้างองค์ความรู้ทางการพยาบาลเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคอื่นๆ ที่พบบ่อย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลในแนวทางเดียวกัน ซึ่งการให้ข้อมูลถือเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลตามมาตรฐานเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. Pietrzyk,B.,Glinianowicz,M.O.,Owczarek,A.,Gabryelewicz,T.,Rachtan,A.A.,Prajsner,A.,& Chudek,J.(2015).Depressive symptoms in patients diagnosed with benign prostatic hyperplasia. International Urology and Nephrology,47,431-440.doi:10.1007/s11255-015-0920-5
2. McVary,K.,Roehrborn,C.,Avins,A.,Barry,M.,Bruskewitz,R.,Donnell,R.,el al.(2011).Update on AUA guideline on the management of benign prostatic hyperplasia.The Journal of Urology,185(5),1793-1803.doi:10.1016/j.juro.2011.01.074
3. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, (2556). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2556. นนทบุรี: สามเจริญพานิชย์ (กรุงเทพ)
4. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, (2557). สถิติสำธารณสุข พ.ศ.2557. นนทบุรี: สามเจริญพานิชย์ (กรุงเทพ).
5. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, (2558). สถิติสำธารณสุข พ.ศ.2558. นนทบุรี: สามเจริญพานิชย์ (กรุงเทพ).
6. Harrison,J.H.,Gittes,R.F.,Perlmutter,A.D.,Stamey,T.A.,&Walsh,P.C.(1979).Campbell's ROLOGY(4th).Philadelphia,PA:W.B.Saunders.
7. Tanagho,E.A.,&McAninch,J.W.(1988).Smith'sGenneralUrology(12th).EastNorwalk,CT: Appleton & Lange.
8. กรรณิการ์ ศุภกิจอนันต์.(2562).ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะอย่างต่อเนื่อง (Continuous bladder irrigation: CBI) ภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากโตผ่านท่อปัสสาวะ (TURP)โรงพยาบาลอุดรธานี.วารสารโรงพยาบาลอุดรธานี;27(3):285-293.
9. บุญมี สันโดษ.(2561).ผลการพยาบาลโดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ต่อความสามารถในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองภาวะแทรกซ้อนความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะ และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากทางท่อปัสสาวะ.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม;7(1):1-16.
10. Welch,L.,Taubenberger,S.,&Tennstedt,S.(2011).Patients'experiences of seeking health care For lower urinary tract symptoms.Research in Nursing & Health,34(6),496-507.doi:10.1002/nur.20457

11. Thiruchelvam,N.(2014).Benign prostatic hyperplasia.Surgery(oxford).32(6),314-322.doi:10.1016/j.mpsur.2014.04.006
12. โรงพยาบาลหนองคาย.(2566).ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลหนองคาย.หนองคาย: โรงพยาบาลหนองคาย.
13. ลุนนี จิ่มอาษา และวัลลภา ช่างเจรจา.(2563).ผลของโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดต่อความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดต้อกระจก แผนกจักษุ โรงพยาบาลบึงกาฬ.วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม;4(7):75-87.
14. สราวุฒิ สีถาน.(2557).ปัจจัยทำนายการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง.[วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,มหาวิทยาลัยมหิดล].
15. Spielberger. C. D., Gorsuch. R.L., & Lushene, R.E.(1970). STAI manual. Florida: Condulting Phychologists Press.
17. ศุภางค์ ดำเกิงธรรม,ยุพาพร หงส์สามสิบเจ็ด และเพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล.(2563). ผลการใช้สื่อวิดีโอทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกต่อความรู้และความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูก โรงพยาบาลแพร่.Journal of the Phrae Hospital;29(1):50-64.
18. วรรณวิศา ปะเสทะกัง และณิชาภัตร พุฒิคามิน (2564).ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง.วารสารสภาการพยาบาล;36(4):80-93.
19. จุฑาพร ศรีจันทร์,จุฬารักษ์ กวีวิวิธชัย,นรีมาเลย์ นีละไพจิตร และคณะ.(2561).ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนและวิดีทัศน์การ์ตูนแอนิเมชั่น ต่อความรู้ ความวิตกกังวล และการรับรู้ความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ.วารสารสภาการพยาบาล;33(1):89102.
20. วรศักดิ์ ขวัญเจริญทรัพย์.(2564).การพัฒนารูปแบบการดูแลพระสงฆ์อาพาธได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ในโรงพยาบาลสงฆ์.วารสารสาธารณสุขล้านนา;17(2):63-77.

การพัฒนารูปแบบปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ที่มีภาวะโภชนาการเกิน

The Development of Health Behavior Program for Upper Primary School-aged Children with Over Nutrition.

(Received: June 13,2024 ; Revised: June 17,2024 ; Accepted: June 19,2024)

นิพนธ์ กุลนิตย์[1]
Nipon Kulnit[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คือ เด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยเข้าเกณฑ์ ท้วม เริ่มอ้วน อ้วน ตามกราฟมาตรฐานการเจริญเติบโตเด็กอายุ 6-19 ปี จำนวน 32 คน ดำเนินกิจกรรมระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 ถึง กันยายน 2566 โดยใช้แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม แบบสอบถาม ประกอบด้วย การประเมินภาวะโภชนาการของเด็ก ข้อมูลพื้นฐานของครอบครัว การรับรู้ความสามารถของตนเองของในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาทำให้ได้รูปแบบปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน ผลการดำเนินกิจกรรมในเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 32 คน พบว่า หลังได้รับกิจกรรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน ด้านการจัดการความเครียด สูงกว่าก่อนได้รับกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value <0.05 นักเรียนที่เข้าเกณฑ์ท้วม เริ่มอ้วน และอ้วน มีจำนวนลดลง จาก 32 คน เป็น 22 คน (ลดลง 31.2%)

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, ภาวะโภชนาการเกิน, พฤติกรรมสุขภาพในเด็ก

ABSTRACT

This action research aimed to development of health behavior program for upper primary school-aged children with over nutrition. Selected a purposive sampling, namely upper primary school children with overnutrition and 32 upper primary school-aged children with over nutrition. Data were collected between October 2022 and September 2023 using participatory and questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentages, means, and standard deviations. using participatory observation, interviews, and questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentages, means, and standard deviations, min-max value, Paired t-test statistics.

Results of the study resulted in activity patterns consisting of 1) awareness of food consumption and exercise, 2) eating habits and exercise behavior, 3) managing student income, 4) support from friends and family to prevent overweight, and 5) activities that support overweight prevention in schools, families, and communities. Results of the intervention in 32 upper primary school-aged children with over nutrition. It was found that after receiving the activity, the sample group had a higher mean score for self-efficacy in changing health behaviors, health behaviors to prevent overnutrition in terms of nutrition, health behaviors to prevent overnutrition through exercise and health behaviors to prevent overnutrition stress management had a higher mean score than before receiving the activity

[1] ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

with statistical significance at the P-value <0.05 level. Students who met the criteria decreased in number from 32 to 22 people (reduced by 31.2%).

Keywords: The development of a model, Overnutrition, Health behaviors in children

บทนำ

ภาวะโภชนาการเกินหรืออ้วน เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาและกำลังพัฒนา และมีแนวโน้มปัญหาเพิ่มมากขึ้น ในปี ค.ศ. 2020 มีเด็กอ้วนทั่วโลกมากกว่า 65 ล้าน และเกือบ 44 ล้าน ของเด็กกลุ่มนี้อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา[1] สำหรับประเทศไทย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทย พ.ศ. 2556 และ พ.ศ. 2564 พบความชุกของภาวะโภชนาการ เกินหรืออ้วนในเด็กอายุ 6-14 ปี ร้อยละ 9.7 และ 13.8 ตามลำดับ[2] โดยสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน คือ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการ บริโภคอาหารตามกระแสนิยม และวิถีชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนไป มีการรับประทานอาหารซ้ำๆ เกือบทุกวันจนเกินความต้องการของร่างกาย หรือรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงและมีการออกกำลังกายน้อย[3] ดังนั้น การป้องกันภาวะโภชนาการเกินหรืออ้วน ควรเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก มาตรการการป้องกันและควบคุมภาวะโภชนาการ เกินที่สำคัญ คือ การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย รวมทั้ง การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปรับพฤติกรรม

การทบทวนคู่มือและสัมภาษณ์ครูอนามัยโรงเรียนในโรงเรียนเขตเทศบาล 2 แห่ง จำนวน 2 ท่าน พบว่า ครูยังขาดศักยภาพในการปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยครูจะดูแลเด็กเหมือนกันทุกคนไม่มีการดูแลหรือจัดกิจกรรมพิเศษเฉพาะสำหรับเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินหรืออ้วน และโรงเรียนไม่มีนโยบายในการดูแลเด็กกลุ่มนี้โดยเฉพาะทั้งในเรื่องของอาหาร การออกกำลังกายโดยเฉพาะอาหารกลางวัน เด็กทุกคนจะต้องรับประทานอาหารที่โรงเรียนจัดไว้ให้เหมือนกัน ไม่มีอาหารเฉพาะเด็กนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน นอกจากนี้พบว่า ครูอนามัยโรงเรียนไม่มีคู่มือปฏิบัติการในการดูแลนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ผู้วิจัยมีบทบาทหลักในการดูแลสุขภาพนักเรียนทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ นอกจากนี้ต้องปฏิบัติบทบาทเป็นผู้นิเทศ เป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนทางด้านวิชาการแก่ครูในโรงเรียน เพื่อพัฒนาศักยภาพของครูให้สามารถดูแลและจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพของนักเรียนในโรงเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจทำวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อเป็นเครื่องมือให้ครูอนามัยโรงเรียน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน ใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินได้อย่างเหมาะสม สามารถตัดสินใจจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กนักเรียนได้ ต่อเนื่องเป็นระบบ ยั่งยืน และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อลดปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ซึ่งสอดคล้องกับพัฒนาการของเด็กวัยเรียน ซึ่งเป็นวัยที่มีความสามารถในการคิด แก้ปัญหาได้เพิ่มขึ้นและสามารถวางแผนได้ด้วยตนเอง โดยมีผู้ใหญ่คอยช่วยเหลือบ้าง ซึ่งจะช่วยให้เด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จ และลดปัญหาภาวะโภชนาการเกินได้

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประยุกต์ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ได้แก่ บุคลากรในโรงเรียน ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางสาธารณสุข ในชุมชนบ้านม่วงนาดี ตำบลสมสะอาด อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ประยุกต์ใช้หลักการตามแนวคิดของ Kemmis and Taggart[4] ประกอบด้วยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory) ของ Bandura[5] ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึง กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนบ้านม่วงนาดี ตำบลสมสะอาด อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 144 คน และภาคีเครือข่ายที่เป็นผู้เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 24 คน ในชุมชนบ้านม่วงนาดี ตำบลสมสะอาด อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 32 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากการประเมินภาวะโภชนาการในเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โดยเข้าเกณฑ์ ท้วม เริ่มอ้วน อ้วน ตามกราฟมาตรฐานการเจริญเติบโตเด็กอายุ 6-19 ปี[3] ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลการประเมินภาวะโภชนาการของเด็ก (weight for height)

การประเมินโภชนาการของเด็ก (weight for height)	ป.4 (n=48)		ป. 5 (n=45)		ป. 6 (n=51)		N(%)
	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	
อ้วน	1	3	2	-	1	2	9(6.2)
เริ่มอ้วน	2	-	3	4	4	1	15(10.4
ท้วม	1	1	-	3	3	-	8(5.6)
สมส่วน	23	14	17	16	17	21	108(75.0)
ค่อนข้างผอม	-	2	-		-	1	3(2.1)
ผอม	1	-	-	-	-	-	1(0.7)

โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) เด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยเข้าเกณฑ์ ท้วม เริ่มอ้วน อ้วน ตามกราฟมาตรฐานการเจริญเติบโตเด็กอายุ 6-19 ปี[3] ได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง ไม่มีโรคประจำตัว เช่น โรคไตหัวใจ ไขมันอุดตันเส้นเลือด และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและเข้าร่วมกิจกรรมจนสิ้นสุดการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) เด็กที่เข้าโครงการวิจัยย้ายสถานศึกษาระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย พิการ เสียชีวิต มีโรคแทรกซ้อน ได้แก่ หัวใจ เส้นเลือดสมอง และไตวาย มีสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พูดคุยไม่รู้เรื่องตอบแบบสอบถามด้วยตนเองไม่ได้ ในระหว่างการทดลองและไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

(1) แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ประกอบด้วย สถานการณ์ปัญญาภาวะโภชนาการเกินในเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลาย บทบาทหน้าที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน และข้อเสนอแนะ

(2) แบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non-participant observation) สังเกตสภาพแวดล้อม

ของชุมชน สังคมความเป็นอยู่ วัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การทำงานร่วมกัน ในระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม โดยประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 การประเมินภาวะโภชนาการของเด็ก (weight for height) โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงของกรมอนามัย[6] ได้แก่ ระดับการศึกษา น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว การประเมินว่าตนเองมีรูปร่างหรือน้ำหนักตนเอง ประวัติการเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัว จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของครอบครัวที่เด็กอาศัยอยู่ด้วยประจำ ประกอบด้วยคำถาม การพักอาศัยของนักเรียน อาชีพผู้ปกครอง บุคคลในครอบครัวของนักเรียนที่มีภาวะอ้วนหรืออ้วนลงพุงหรือไม่ ประเมินว่าสุขภาพร่างกายและจิตใจโดยรวมของตนเองใน 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเองของในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย โดยคำถามเชิงบวก และคำถามเชิงลบ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 55.01–75.00 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 35.01–55.00 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ย 15.00–35.00 คะแนน[7]

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ แบ่งเป็นพฤติกรรมหรือปฏิบัติเป็นประจำ (มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ หรือทุกวัน) มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติบางครั้ง (2-3 ครั้ง/สัปดาห์) มีพฤติกรรมหรือปฏิบัตินานๆ ครั้ง (1 ครั้ง/สัปดาห์) ไม่มีพฤติกรรมหรือไม่ปฏิบัติกิจกรรมเลย โดยคำถามเชิงบวก และ คำถามเชิงลบ ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินด้านโภชนาการ จำนวน 8 ข้อ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 24.01–32.00 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 16.01–24.00 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ย 8.00–16.00 คะแนน 2) พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 15.01–20.00 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 10.01–15.00 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ย 5.00–10.00 คะแนน และ 3) พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินด้านการจัดการความเครียด จำนวน 7 ข้อ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 21.01–28.00 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 14.01–21.00 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ย 7.00–14.00 คะแนน[7]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ได้เท่ากับ 0.86 ตรวจสอบความเชื่อมั่นของข้อมูล (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปทดลองใช้ (Tryout) ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีความคล้ายคลึงกันนำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach (1984) ของแบบสอบถามได้เท่ากับ 0.87 ใน ในส่วนของการรับรู้ความสามารถของตนเองของในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 0.88 และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของเด็ก เท่ากับ 0.86

วิธีดำเนินการวิจัย

1) ขั้นเตรียมการ

(1) ทำหนังสือถึงพื้นที่วิจัย เพื่อขอความร่วมมือและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

(2) ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านม่วงนาดี เพื่อขอความอนุเคราะห์และชี้แจงขั้นตอนดำเนินการวิจัย

(3) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทำการวิจัย โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเป็นที่เข้าใจ แล้วกลุ่มตัวอย่างลงนามยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

2) ขั้นตอนการดำเนินงาน ในการพัฒนารูปแบบปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ดำเนินการระหว่าง เดือนตุลาคม 2565 ถึง กันยายน 2566 มีขั้นตอนของการวิจัย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดำเนินการในเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2565

สำหรับขั้นตอนการพัฒนารูปแบบปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ที่เป็นผู้เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 24 คน ในชุมชนบ้านม่วงนาดี ตำบลสมสะอาด อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

1) การวางแผนการสร้างรูปแบบปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน (Plan) ประกอบด้วย (1) การทบทวนวรรณกรรม แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคอ้วนและภาวะโภชนาการเกินในเด็ก (2) การพิจารณาจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และแก้ไขข้อบกพร่องก่อนนำไปทดลองใช้ในพื้นที่จริง และ (3) ตรวจสอบรูปแบบโดยการทำ focus group ร่วมกับภาคีเครือข่ายและตัวแทนนักเรียนกลุ่มเป้าหมาย

2) ผู้วิจัยประมวลผลและพิจารณาปรับรูปแบบของโครงการเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และความต้องการของชุมชน

3) นำผลที่ได้จากการวางแผนพัฒนารูปแบบทั้งหมด ร่างรูปแบบปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน

ระยะที่ 2 ขั้นตอนการศึกษาผลของการใช้รูปแบบปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดำเนินการในเดือนมกราคม ถึง กันยายน 2566

1) ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Action)

นำรูปแบบปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน มาดำเนินงานโดยให้สอดคล้องกับปฏิทินการดำเนินกิจกรรมตามปกติของโรงเรียน

2) ขั้นตอนการติดตามผล (Observe) โดยในระหว่างทดลองผู้วิจัยได้เข้าไปติดตามตามกิจกรรมต่างๆ ที่ได้วางแผนร่วมกันกับภาคีเครือข่าย โดยกิจกรรมติดตาม หนุนเสริมตามแผนกิจกรรม เดือนละ 2 ครั้ง โดยมีการสรุปผลลัพธ์หลักและผลลัพธ์รองไป

3) ขั้นตอนการสะท้อนกลับข้อมูลเพื่อปรับปรุงข้อมูล (Reflect) เมื่อสิ้นสุดการทดลองใช้ผู้วิจัยได้เข้าไป focus group

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองของในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลาย เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโครงการ โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.2565-173 วันที่รับรอง 28 ตุลาคม 2565

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา สาเหตุของปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับการสนทนากลุ่ม (Group discussion) พบว่า ภาวะโภชนาการเกินในเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลาย มีสาเหตุจาก 1) ด้านบุคลากร มีภาระงานมากเกินไป ข้อจำกัดในการให้คำแนะนำเรื่องสุขภาพและอาหาร การออกำลังกายยังไม่ทั่วถึง อีกทั้งครูประจำชั้นไม่มีส่วนร่วม 2) ด้านบุคคล นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (Mean= 32.55, SD=5.66) 3) ด้านทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์ในการออกกำลังกายยังไม่เพียงพอ และยังไม่เหมาะสมกับวัยและสถานที่ 4) ด้านงบประมาณ การจัดสรรงบประมาณที่ได้จากภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการกับการความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการยังไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอ 5) ด้านนโยบาย ที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการในโรงเรียนยังไม่ชัดเจน และการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติล่าช้า และ 6) ด้านการดำเนินงาน ขาดการสื่อสาร ขาดการทำงานเป็นทีม ขาดการวางรูปแบบและไม่มีรูปแบบชัดเจนไม่ต่อเนื่อง

2. ระยะที่ 1 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ดำเนินการในเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2565

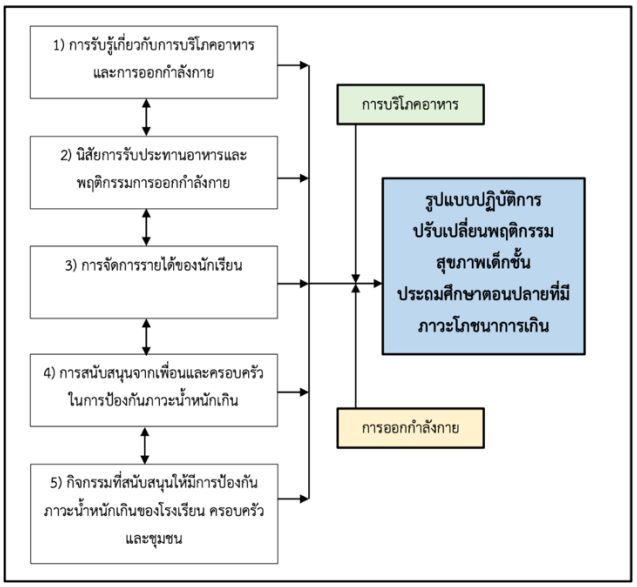
ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ที่เป็นผู้เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 24 คน ในชุมชนบ้านม่วงนาดี ตำบลสมสะอาด อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 1) โรงเรียน ได้แก่ ผู้อำนวยการ จำนวน 1 คน ครูประจำชั้น ป.4-6 จำนวน 3 คน และครูงานอนามัยโรงเรียน จำนวน 1 คน ร้านค้าในโรงเรียน จำนวน 3 คน 2) ครอบครัว ได้แก่ ตัวแทนผู้ปกครองนักเรียน ชั้น ป.4-6 ชั้นละ 3 คน 3) ชุมชน ได้แก่ ตัวแทนผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน ตัวแทนประชาชนในชุมชนรอบโรงเรียน จำนวน 3 คน 4) บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 3 คน โดย

1) การวางแผนการสร้างรูปแบบปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน (Plan) ประกอบด้วย (1) การทบทวนวรรณกรรม แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคอ้วนและภาวะโภชนาการเกินในเด็ก (2) การพิจารณาจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และแก้ไขข้อบกพร่องก่อนนำไปทดลองใช้ในพื้นที่จริง และ (3) ตรวจสอบรูปแบบโดยการทำ focus group ร่วมกับภาคีเครือข่ายและตัวแทนนักเรียนกลุ่มเป้าหมาย

2) ผู้วิจัยประมวลผลและพิจารณาปรับรูปแบบของโครงการเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และความต้องการของชุมชน

3) นำผลที่ได้จากการวางแผนพัฒนารูปแบบทั้งหมด ร่างรูปแบบปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การรับรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่แทรกเนื้อหาในการเรียนการสอนวิชาสุขศึกษา 2) นิสัยการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยการควบคุมปริมาณอาหารและกิจกรรมการออกกำลังกายตามวัน ในเย็นวันจันทร์ พุธ ศุกร์ เวลา 15.30-16.00 น. 3) การจัดการรายได้ของนักเรียน การจัดทำตารางบัญชีรายรับรายจ่ายของนักเรียน 4) การสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนโดยการเป็นที่ปรึกษาระหว่างกัน และครอบครัวทำเมนูอาหารสุขภาพสำหรับเด็กอย่างน้อย 1 มื้อต่อวัน และ 5) กิจกรรมที่สนับสนุนให้มีการป้องกันภาวะ

น้ำหนักเกินของโรงเรียน ครอบครัว และชุมชน กิจกรรมติดตาม หนุนเสริม เดือนละ 2 ครั้ง และสรุปผลของกิจกรรมร่วมกัน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน

3. ระยะที่ 2 ขั้นตอนการศึกษาผลของการใช้รูปแบบปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทดลองใช้รูปแบบปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน ประกอบด้วย 5 กิจกรรมในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 32 คน เพื่อนำมาประเมิน วิเคราะห์ สังเคราะห์ แนวทางในการดำเนินงานที่เกิดขึ้น ระหว่างเดือน มิถุนายน – สิงหาคม 2566 และมีการการสังเกต (Observation) ติดตามการทดลองใช้รูปแบบ

4. การประเมินผลรูปแบบปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน

1) คุณลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 32 คน ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.0 กำลังศึกษาอยู่ชั้น ป.4 ร้อยละ 25.0 ป.5 ร้อยละ 37.5 และ ป.6 ร้อยละ 37.5 สถานภาพการประเมินโภชนาการของเด็ก (weight for height) เริ่มอ้วน ร้อยละ 46.9 อ้วน ร้อยละ 28.1 และท้วม ร้อยละ 25.0 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.8 พักอาศัยกับบิดาหรือมารดา ร้อยละ 62.5 อาชีพของผู้ปกครองทำไร่ ทำนา ทำสวน ร้อยละ 81.2 ใน 1 เดือนที่ผ่านมานักเรียนประเมินว่าสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเองมีสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 62.5

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มตัวอย่าง หลังได้รับกิจกรรมฯ กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยของด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 52.43 ; SD = 10.26) พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน ด้านโภชนาการ อยู่ในระดับสูง (Mean = 26.75 ; SD = 6.35) พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับสูง (Mean = 17.89 ; SD = 4.75) และพฤติกรรมสุขภาพ

ในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน ด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับสูง (Mean=23.83;SD=6.42) โดยหลังได้รับกิจกรรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value <0.05 และนักเรียนที่เข้าเกณฑ์ท้วม เริ่มอ้วน และอ้วน มีจำนวนลดลง จาก 32 คน เป็น 22 คน คิดเป็นลดลงร้อยละ 31.2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มตัวอย่าง

การเปรียบเทียบ	n	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	d	t	p-value
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ							
ก่อนทดลอง	32	24.25	8.57	ต่ำ	28.18	12.651	<0.001*
หลังทดลอง	32	52.43	10.26	ปานกลาง			
พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน ด้านโภชนาการ							
ก่อนทดลอง	32	12.14	6.67	ต่ำ	14.61	12.461	0.005*
หลังทดลอง	32	26.75	6.35	สูง			
พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน ด้านการออกกำลังกาย							
ก่อนทดลอง	32	12.44	4.79	ปานกลาง	5.45	11.842	0.003*
หลังทดลอง	32	17.89	4.75	สูง			
พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน ด้านการจัดการความเครียด							
ก่อนทดลอง	32	15.45	6.95	ปานกลาง	8.38	12.312	<0.001*
หลังทดลอง	32	23.83	6.42	สูง			

*p-value <0.05

3) การประเมินความพึงพอใจรูปแบบปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน ภายหลังจากการดำเนินกิจกรรมแล้วเสร็จ ในกลุ่มตัวอย่างที่ภาคีเครือข่าย จำนวน 24 คน และกลุ่มตัวอย่างอย่างที่เป็นเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 32 คน พบว่า ความพึงพอใจรูปแบบปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean= 4.24;SD=1.76) โดยส่วนใหญ่มีความพึงใจในระดับมากที่สุด จำนวน 32 คน ร้อยละ 57.1

4) ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) ขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติเป็นการนำเสนอแนวทางการพัฒนารูปแบบปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน พร้อมทั้งชี้แจงขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมเพื่อถอดบทเรียน แลกเปลี่ยน เรียนรู้ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ ข้อมูลที่ได้รับการสะท้อนกลับเป็นกระบวนการกลุ่มในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์ โดยพบว่าทุกภาคส่วนมีส่วนสำคัญในการปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยดำเนินการตามบทบาทหน้าที่เพื่อให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกินบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ตามรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัย การพัฒนารูปแบบปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน ผู้วิจัยขอนำเสนอการอภิปรายผล ดังนี้

ผลการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา สาเหตุของปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กชั้นประถมศึกษาตอน

ปลาย พบว่า เด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนตัวอย่าง จำนวน 144 คน แบ่งเป็น ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ข้อมูลการประเมินภาวะโภชนาการของเด็ก (weight for height) พบว่า นักเรียนที่เข้าเกณฑ์ท้วม เริ่มอ้วนและอ้วนรวมกัน ร้อยละ 22.2 เนื่องจากเด็กนักเรียนสามารถเข้าถึงแหล่งอาหารบริเวณรอบๆ โรงเรียน ที่มีการจำหน่ายเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม ชานมไข่มุก ขนมหวาน และขนมจุบจิบ รับประทานในปริมาณมากและบ่อยเกินความต้องการของร่างกาย ในช่วงวันหยุด จะใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูโทรทัศน์ เล่นเกมหรือเล่นอินเตอร์เน็ตร่วมกับการรับประทานขนมหวาน น้ำอัดลมร่วมด้วย[8] ซึ่งผู้ปกครองเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการแสวงหาความรู้สู่การป้องกันปัญหานี้ เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด ผู้นำชุมชนและ สมาชิกชุมชนสามารถเป็นส่วนเกื้อหนุนให้เกิดการบรรลุผลสัมฤทธิ์ที่ดี ควรมีการเสริมพลังอำนาจให้กลุ่มผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน และสมาชิกชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความรู้ ความตระหนักถึงขนาดและความรุนแรงของปัญหาต่อสุขภาพเด็กในอนาคต สอดคล้องกับงานวิจัยของพลอยปารียา อายะนันท์ และคณะ[9] จากผลการศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย จึงทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในปัจจุบันอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากด้วยเด็กวัยนี้ยังมีความสุขในการบริโภคอาหารและยังไม่ได้ตระหนักถึงคุณค่าของอาหารและสาเหตุของปัญหาโรคอ้วนว่ามาจากการรับประทานเกินความจำเป็นของร่างกาย ส่วนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากในปัจจุบันเด็กนักเรียนมีการรับประทานอาหารจุบจิบ รับประทานในปริมาณมากและบ่อย เกินความต้องการของร่างกาย ประเภทอาหารที่รับประทานจะเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูง ในขณะที่ร่างกายมีการใช้พลังงานน้อย โดยในช่วงกลับจากโรงเรียนหรือในช่วงวันหยุด จะใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูโทรทัศน์ เล่นเกมหรือเล่นอินเตอร์เน็ตร่วมกับการรับประทานขนมหวาน น้ำอัดลมร่วมด้วย[10] สอดคล้องกับการศึกษาของ Brown et al.[11] ศึกษากลยุทธ์ในการป้องกันโรคอ้วนในเด็ก ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มเด็กอายุ 6-12 ปี และวัยรุ่น 13-18 ปี การควบคุมอาหารร่วมกับการออกกำลังกายสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนได้

การพัฒนารูปแบบปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทำให้ได้รูปแบบปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน ที่ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย 2) นิสัยการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย 3) การจัดการรายได้ของนักเรียน 4) การสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน และ 5) กิจกรรมที่สนับสนุนให้มีการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินของโรงเรียน ครอบครัว และชุมชน การสอดคล้อง กับการศึกษาของนัชชา ทัตตานนท์ และคณะ[12] ศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนอายุ 6-15 ปี โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยการให้ความรู้และกิจกรรมส่งเสริมทักษะเรื่องโภชนาการ กิจกรรมทางกาย และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม กิจกรรมที่สนับสนุนให้มีการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน และการจัดการรายได้ของนักเรียน ร่วมกับการมีภาคีเครือข่ายเข้ามาร่วมในการส่งเสริม สนับสนุนการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินในนักเรียนผ่านสื่อต่างๆ โดยคนส่วนมากรับรู้เรื่องราวต่างๆ ของสังคมผ่านทางสื่อแทบทั้งสิ้น ส่วนใหญ่เกิดจากการสังเกตจากตัวแบบในบางพฤติกรรมการเรียนรู้ผ่านตัวแบบเพียงคนเดียว สามารถที่จะถ่ายทอดทั้งความคิดและการแสดงออกได้พร้อมๆ[5]

การประเมินผลและปรับปรุงการพัฒนารูปแบบปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยปฏิบัติตามกิจกรรมตามรูปแบบฯ ส่งผลให้หลังได้รับกิจกรรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมสุขภาพในการ

ป้องกันภาวะโภชนาการเกิน ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย และ ด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับสูง ซึ่งคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value <0.05 และนักเรียนที่เข้าเกณฑ์ท้วม เริ่มอ้วน และอ้วน มีจำนวนลดลง จาก 32 คน เป็น 22 คน คิดเป็นลดลงร้อยละ 31.2 สอดคล้องกับการศึกษา ของนัชชา ทัตตานนท์ และคณะ[12] ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนอายุ 6-15 ปี โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยเน้นให้ครอบครัวและเด็กเป็นจุดศูนย์กลาง มีภาคีเครือข่ายอื่นช่วยสนับสนุน การปรับโภชนาการ ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการสร้างสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ทำให้นักเรียนที่เข้าเกณฑ์ท้วม เริ่มอ้วน และอ้วน มีจำนวนลดลง ร้อยละ 4.0 ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันอ้วนเปรียบเทียบก่อนและหลังร่วมโครงการพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างชัดเจน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน มาใช้ในการบูรณาการดำเนินงาน จะเห็นได้ว่า เด็กนักเรียนน้ำหนักตัวเกินและอ้วนเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ สาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ส่งผลให้เด็กนักเรียนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังในอนาคตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Suwankhong Dareunee[13] ทำการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักตัวเกินและอ้วนในนักเรียนของผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน และสมาชิกชุมชน พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักตัวเกินและอ้วนของนักเรียนในทิศทางเดียวกัน ผู้ปกครองเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญเนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด ผู้นำชุมชนและสมาชิกชุมชนสามารถช่วยสนับสนุนการปรับโภชนาการ ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการสร้างสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมได้ ดังนั้นควรมีการเสริมพลังอำนาจให้กลุ่มผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน และสมาชิกชุมชนอย่างต่อเนื่องให้เกิดความรู้ ความตระหนักถึงขนาดและความรุนแรงของปัญหาต่อสุขภาพเด็กในอนาคต รวมทั้งสร้างให้กลุ่มนี้เป็นกำลังหลักของการป้องกันการเกิดปัญหาภาวะน้ำหนักตัวเกินและอ้วนในนักเรียน ซึ่งจะทำให้ภาวะโภชนาการเกินอยู่ในระดับที่ดีขึ้นและสัดส่วนของเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินลดลง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำไปประยุกต์ใช้

1. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน ควรมีส่วนในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินในในเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตามบทบาทหน้าที่เพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกินเด็ก ต่อไป

2. ครอบครัวและเพื่อนมีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินในเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลาย จึงควรจัดอบรมให้ความสำคัญ การให้ข้อมูล การส่งเสริมสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. ควรถอดบทเรียนจากการนำรูปแบบการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินในเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง และต่อยอดความสำเร็จที่เกิดขึ้นในพื้นที่อื่นๆ

2. ควรติดตามพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินในเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายหลังจากจัดกิจกรรม เช่น ระยะ 6 เดือน 12 เดือน ว่ายังคงอยู่มากน้อยเพียงใด เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ได้อย่างเหมาะสม โดยมีประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการในนักเรียนกลุ่มที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือและความร่วมมือของบุคลากรทั้งในหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่มีส่วนร่วมให้การดำเนินการวิจัยทั้งเป็นผู้ให้ข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ขอบคุณกลุ่มเป้าหมายหลัก คือ นายวีรสิทธิ์ วงศ์วรรณ ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านม่วงนาดี ตำบลสมสะอาด อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พร้อมด้วยคณะครูประจำชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่ได้สนับสนุนการดำเนินการวิจัยและเข้าร่วมการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2020). Obesity and overweight [online]. [cited 2021 September 10]; Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
2. กรมอนามัย. (2563). รายงานประจำปีกรมอนามัย 2563 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 8 กันยายน 2565]; แหล่งข้อมูล: https://nich.anamai.moph.go.th/th/general-of-50
3. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. (2563). คู่มือการควบคุมและป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
4. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1998). The Participation Action Research Reader (3 ed.). Geelong: Deakin University Press.
5. Bandura, A. (1997). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), Encyclopedia of human behavior (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press.
6. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. (2565). รายงานประจำปี 2565. กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
7. Best, J.W., & Kahn, J.V. (1997). Research in Education. (8th ed). Boston: Allyn & Bacon.

Bloom, B.S. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York : McGraw–Hill.

8. สายสุนีย์ อ้ายโน, สมสมัย รัตนกรีฑากุล และ สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. (2561). ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่มีผลต่ออัตราภาวะโภชนาการเกินของเด็กนักเรียนอนุบาลในกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 32(1), 86-97.
9. พลอยปารียา อายะนันท์, ตุนท์ ชมชื่น และ ฐิติอาภา ตั้งค้าวานิช. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 7(1), 75-89.
10. สุจิตรา นวลสินธุ์. (2561). แบบรายงานผลการดำเนินงานโครงการแก้ปัญหานักเรียนที่มีภาวะโภชนาการอ้วนและเริ่มอ้วนประจำปีการศึกษา 2561. โรงเรียนเจริญรัตน์ศึกษาวัฒนา อำเภอรัตภูมิ จังหวัดสงขลา.
11. Brown, T., Thereas, H.M., Moore, L.H. (2019). Interventions for preventing obesity in children (Review). Cochrane Library. Published by John Wiley & Sons, Ltd. Cronbach, L. J. (1984). Essential of psychology testing. (4th ed.). New York: Harper & Row.
12. นัชชา ทัตตานนท์ และคณะ. (2563). ศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนอายุ 6-15 ปี โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย. ศูนย์อนามัยที่ 5 จังหวัดราชบุรี.
13. Suwankhong, D. (2019). Perceptions of Overweight and Obese Students among Guardians, Community Leaders and Community Members in a Rural Community Southern Thailand. Journal of Public Health, 49(1), 55-62.

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

The Development of Nutritional Promotion Program for Preschool Children with Overnutrition in Childcare Center, Phibun Mangsahan Municipality, Ubon Ratchathani Province.

(Received: June 13,2024 ; Revised: June 17,2024 ; Accepted: June 19,2024)

นิพนธ์ กุลนิตย์[1]
Nipon Kulnit[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คือ ผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในเขตอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี รวมทั้งสิ้น 113 คน และ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 36 คน เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนการเกินในเด็กเล็ก ทัศนคติเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินในเด็กของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน พฤติกรรมการบริโภคของเด็ก และพฤติกรรมการออกกำลังกายของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ P-value <0.05

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนการเกินในเด็ก ทัศนคติเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินในเด็กของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน พฤติกรรมการบริโภคของเด็ก และพฤติกรรมการออกกำลังกายของเด็กก่อนวัยเรียน สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <0.05 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้ประโยชน์จากโปรแกรมฯ และนำความรู้และกิจกรรมจากการเข้าร่วมไปปรับใช้กับเด็กก่อนวัยเรียนในความปกครอง ส่งผลให้เด็กเล็กที่เข้าเกณฑ์ท้วม เริ่มอ้วน และอ้วน มีจำนวนลดลง จาก 20 คน เป็น 18 คน คิดเป็นลดลง ร้อยละ 10.0

คำสำคัญ: การพัฒนาโปรแกรม, ภาวะโภชนาการเกิน, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

Abstract

This research aimed to develop and study the results of the nutritional promotion Program for preschool children with overnutrition in childcare center, Phibun Mangsahan municipality, Ubon Ratchathani province. It is participatory action research. The sample used in this study was purposive sampling, namely parents of preschool children in childcare center, Phibun Mangsahan municipality, Ubon Ratchathani province, a total of 113 people and 36 people from related network partners. Compare the differences mean scores of knowledges about overnutrition in preschool children, attitudes regarding overnutrition in children of parents of preschool children, children's consumption behavior, and exercise behavior of preschool children in childcare center before and after the experiment with Paired t-test statistics at P-value <0.05. The results found that the sample group had mean scores of knowledges about overnutrition in preschool children, attitudes regarding overnutrition in children of parents of preschool children, children's consumption behavior, and exercise behavior of preschool children in childcare center higher than before the experiment statistically significant at P-value <0.05. It shows that the sample group benefited from the program and apply knowledge and activities from participation to preschool children under their guardianships as a result, the number of young children who meet the criteria for being overweight and obese has decreased from 20 to 18, representing a decrease of 10.0%.

Keywords: Program development, Overnutrition, The childcare center

[1] ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

บทนำ

ภาวะโภชนาการเกินหรือภาวะน้ำหนักเกิน (overnutrition) ในเด็ก ถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยเช่นเดียวกับอีกหลายประเทศทั่วโลก ตลอดหลายปีที่ผ่านมาพบว่าเด็กไทยมีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มมากขึ้น ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินในเด็กนั้นจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของเด็ก รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ภาวะโภชนาการเกินเกิดจากการบริโภคอาหารหรือสารอาหารที่เกินกว่าความต้องการของร่างกาย จนอาจสะสมและก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย (World Health Organization, 2021) ภาวะโภชนาการของเด็กเป็นสิ่งบ่งชี้ ภาวะสุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่งข้อมูลการสำรวจเด็กไทยจำนวน 8,874 คน เมื่อปี พ.ศ. 2562 พบว่า เด็กปฐมวัยอายุ 0 - 5 ปี มีภาวะอ้วน ร้อยละ 3.25 และภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 10.9 เมื่อสำรวจในรายเขตรับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จำนวนเด็กอ้วนมากที่สุดพบ คือ จังหวัดอุบลราชธานี ร้อยละ 13.4 และพบเด็กอ้วนในช่วงอายุ 2-3 ปีมากที่สุด พบร้อยละ 13.3 และจากผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2560-2563 ในภาพรวมแม้ว่า พบภาวะอ้วนลดลง (ร้อยละ 8.0) แต่เมื่อดูจากแนวโน้มแต่ละช่วงวัย แนวโน้มของเด็กแต่ละช่วงวัย พบว่าเด็กวัย 3-5 ปี มีภาวะอ้วนเพิ่มมากขึ้น โดยพบร้อยละ 10.0[1]

ในปี 2560 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการขับเคลื่อนงานพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุและพัฒนาการสมวัย และในปี 2561 ได้มีนโยบายขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตเพื่อสร้างคนไทยรุ่นใหม่ในศตวรรษที่ 21 ให้มีสุขภาพแข็งแรงปราศจากโรค เนื่องจากสุขภาพของเด็กปฐมวัยเป็นตัวกำหนดสุขภาพและโรคในอนาคตได้ ดังนั้นการให้ความสำคัญ กับโภชนาการที่ดีตั้งแต่ช่วงแรกของชีวิตร่วมกับอาหาร/เครื่องดื่มสะอาดปลอดภัย การดูแลสุขภาพ ช่องปาก การกอด การเล่น การนอน การอ่านเล่านิทาน ส่งผลให้เด็กมีการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ด้านโภชนาการ อาหารที่มีคุณภาพเป็นสิ่งจำเป็นในเด็กปฐมวัย[2] ดังนั้น การจัดอาหารกลางวันและอาหารว่างให้เด็กปฐมวัยนั้นต้องคำนึงถึงปริมาณและสารอาหารให้เด็กได้รับอย่างเพียงพอ จากการสำรวจการจัดการอาหารและโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 500 แห่ง พบว่า ส่วนใหญ่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการจัดอาหารที่มีวิตามินซี วิตามินบี 1 วิตามินบี 2 และโปรตีนได้มากกว่าค่ามาตรฐานที่กำหนด และไขมันสามารถจัดได้พอดีกับค่ามาตรฐาน แต่พลังงาน คาร์โบไฮเดรต แคลเซียม เหล็ก วิตามินเอ ใยอาหาร และคลอเลสเตอรอล ยังจัดได้น้อยกว่าค่ามาตรฐานกำหนด และเมื่อสำรวจภาวะโภชนาการของเด็ก พบว่า เด็กที่มีปัญหาผอม ร้อยละ 18 และ เด็กที่มีปัญหาอ้วน ร้อยละ 18.7 น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์อายุ ร้อยละ 12.7 น้ำหนักเกินเกณฑ์อายุ ร้อยละ 11.6 ส่วนสูงน้อยกว่าเกณฑ์อายุ ร้อยละ 18.3 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนที่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังไม่สมส่วนและยังคงเป็นปัญหามาเป็นระยะเวลานาน ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการอาหารหรือโปรแกรมโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก คือ การขาดความช่วยเหลือและร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญด้านอาหารและโภชนาการ (ร้อยละ 47.1) ขาดอุปกรณ์หรือเครื่องอำนวยความสะดวกต่อการจัดเตรียมอาหารหรือเก็บรักษาอาหาร (ร้อยละ 45.83) และการขาดแหล่งความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ (ร้อยละ 41.4)[1]

กล่าวโดยสรุปจะเห็นได้ว่าปัญหาโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนมีแนวโน้มพบมากขึ้น งานวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ทำในเด็กวัยเรียนและเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ด้วยโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้ความรู้และ/หรือการส่งเสริมออกกำลังกาย เป็นต้น การสนับสนุนให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมสำหรับเด็กยังมีน้อย จากการประเมินสถานการณ์ภาวะโภชนาการเกินในเด็กก่อนวัยเรียนที่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตพื้นที่รับผิดชอบ

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ยังพบปัญหาภาวะโภชนาการเกิน โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงของกรมอนามัย[3] โดยพบว่า นักเรียน จำนวน 113 คน ที่เข้าเกณฑ์ท้วม เริ่มอ้วนและอ้วนรวมกัน จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 17.7 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 พบว่า นักเรียที่เข้าเกณฑ์ท้วม เริ่มอ้วนและอ้วนรวมกัน ร้อยละ 15.3 และปี พ.ศ. 2563 ร้อยละ 14.8[4] ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ครู/ผู้ดูแล แม่ครัว และพยาบาล ร่วมกับการนำแนวทางการส่งเสริมโภชนาการสำหรับเด็กไปใช้ โดยนำโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นการวางแผน การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection)[5] การพัฒนาแนวทางการจัดการที่ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมและมีความเป็นไปได้สำหรับเด็กแต่ละคนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยคาดว่าจะเกิดแนวทางการส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เด็กที่มีโภชนาการเกินมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายดีขึ้น และมี %W/H ลดลง ซึ่งจะทำให้เด็กก่อนวัยเรียนมีสุขภาพ และผู้สนใจนำไปประยุกต์ใช้และพัฒนาต่อยอดให้เด็กปฐมวัยได้กินอิ่มอย่างมีคุณภาพ มีภาวะโภชนาการและสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์จากการนำโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยการประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)[5] เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง กรกฎาคม 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2567 ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา สาเหตุโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี (กรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2566)

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี (สิงหาคม ถึง กันยายน 2566)

ระยะที่ 3 การทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี (ตุลาคม ถึง ธันวาคม 2566)

ระยะที่ 4 การประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี (มกราคม ถึง กุมภาพันธ์ 2567)

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1) ผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในเขตอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัด

อุบลราชธานี คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) รวมทั้งสิ้น 113 คน ซึ่งจะอยู่ในการศึกษาระยะที่ 1 และระยะที่ 4 มีเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้ ผู้ปกครอง (1) เป็นผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน (2) อายุมากกว่า 18 ปี ทั้งเพศหญิง และเพศชาย (3) มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับเด็กอาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็กและมีส่วนร่วมในการดูแล เด็ก (4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

2) เด็กก่อนวัยเรียน (1) เป็นเด็กก่อนวัยเรียนที่เข้ารับบริการ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในปีการศึกษา 2565 จำนวน 113 คน (2) มีภาวะโภชนาการเกิน คือ อยู่ในระดับ ท้วม เริ่มอ้วนและอ้วน โดยเข้าเกณฑ์ท้วม เริ่มอ้วน อ้วน ตามกราฟมาตรฐานการเจริญเติบโตเด็ก (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2563) จำนวน 20 คน ดังตารางที่ 1

3) ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ปกครอง ครู/ผู้ดูแล แม่ครัว และพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจะร่วมดำเนินการในทุกระยะการศึกษา ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในด้านการวางแผน บริหาร หรือมีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดโภชนาการสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 36 คน ได้แก่ ครู/ผู้ดูแล จำนวน 6 คน ผู้ปกครองเด็ก จำนวน 20 คน แม่ครัว จำนวน 2 คน พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 2 คน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชนหรือผู้ช่วย จาก 16 ชุมชน จำนวน 2 คน แกนนำหรือตัวแทน อสม. จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยพัฒนาจากข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินในเด็กเล็กอ้างอิงข้อมูลตามกระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผู้ปกครองและภาวะสุขภาพของเด็กเล็ก นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา และให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบพิจารณาหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) คือพิจารณาข้อคำถามที่สร้างขึ้นมาว่ามีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาสาระของเครื่องมือกับเนื้อหาสาระของสิ่งที่ต้องการศึกษาโดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น และคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าความตรง ตั้งแต่ 0.92 นำแบบสอบถามที่ทดลองใช้มาตรวจสอบให้คะแนนและหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach)[6] แบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 นำแบบสอบถามที่ได้แก้ไขปรับปรุงคุณภาพของเครื่องมืออีกครั้งเพื่อความสมบูรณ์จากข้อบกพร่องที่พบจากการตอบของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษาสูงสุด ข้อมูลการประเมินภาวะโภชนาการของเด็ก โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการเกินในเด็ก จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกคำตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยสามารถเลือกคำตอบที่ถูกเพียงคำตอบเดียว หากตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิด ได้ 0 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 10.01 – 15.00 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 5.01 – 10.00 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ย 0 – 5.00 คะแนน[7]

ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับโภชนาการเกินในเด็ก จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามที่มีความหมายทั้งเชิงบวกและเชิงลบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยบางส่วน ไม่เห็นด้วย โดยคำถามเชิงบวก มีระดับคะแนนเป็น 3, 2, 1 และคำถามเชิงลบ 1, 2, 3 ตามลำดับ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 35.01 – 45.00 คะแนน ระดับปานกลาง มี

คะแนนเฉลี่ย 25.01 – 35.00 คะแนน และระดับต่ำมีคะแนนเฉลี่ย 15.00 – 25.00คะแนน[8]

ส่วนที่ 4 ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็ก จำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติเป็นประจำ (มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ หรือทุกวัน) มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติบางครั้ง (2-3 ครั้ง/สัปดาห์) มีพฤติกรรมหรือปฏิบัตินานๆ ครั้ง (1 ครั้ง/สัปดาห์) ไม่มีพฤติกรรมหรือไม่ปฏิบัติกิจกรรมเลย โดยคำถามเชิงบวก มีระดับคะแนนเป็น 4,3,2,1 และ คำถามเชิงลบ 1,2,3,4 ตามลำดับ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 45.01 – 60.00 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 30.01 – 45.00 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ย 15.00 – 30.00 คะแนน[8]

ส่วนที่ 5 ประเมินการออกกำลัยกายของเด็ก จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติเป็นประจำ (มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ หรือทุกวัน) มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติบางครั้ง (2-3 ครั้ง/สัปดาห์) มีพฤติกรรมหรือปฏิบัตินานๆ ครั้ง (1 ครั้ง/สัปดาห์) ไม่มีพฤติกรรมหรือไม่ปฏิบัติกิจกรรมเลย โดยคำถามเชิงบวก มีระดับคะแนนเป็น 4,3,2,1 และ คำถามเชิงลบ 1,2,3,4 ตามลำดับ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 30.01 – 40.00 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 20.01 – 30.00 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ย 10.00 – 20.00 คะแนน[8]

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนการเกินในเด็ก ทัศนคติความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินในเด็กของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน พฤติกรรมการบริโภคของเด็ก และพฤติกรรมการออกกำลังกายของเด็ก ภายหลังการทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยสถิติ Paired t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น p-value < 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.2566-065 วันที่รับรอง 7 มิถุนายน 2566

ผลการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. สถานการณ์ ปัญหา สาเหตุโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี สถานการณ์ ปัญหา สาเหตุโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวนเด็ก 113 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.2 การประเมินภาวะโภชนาการของเด็ก (weight for height) โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงของกรมอนามัย (2565) พบว่า นักเรียนจำนวน 113 คน ที่เข้าเกณฑ์ท้วม เริ่มอ้วนและอ้วนรวมกัน ร้อยละ 17.7 โดยสมส่วน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 69.0 ส่วนค่อนข้างผอม ร้อยละ 8.0 และผอมร้อยละ 5.3 ดังตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการเกินในเด็กเล็กของผู้ปกครองจำนวน 113 คน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ปกครองอยู่ในระดับต่ำ (Mean= 4.55;SD=1.56) ทัศนคติเกี่ยวกับโภชนาการเกินในเด็กเล็กของ

ผู้ปกครองอยู่ในระดับต่ำ (Mean= 22.62;SD=5.78) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กเล็กอยู่ในระดับต่ำ (Mean= 25.68;SD=6.46) โดยพบว่า ผู้ปกครองยังมีทัศนคติที่เชื่อว่าเด็กอ้วนคือเด็กที่น่ารักและสุขภาพดี ทำให้ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดอาหารให้เด็กในความปกครอง อีกทั้งเนื่องจากภายหลังจากเรียน ผู้ปกครองจะมีการพาเด็กในความปกครองไปตลาดหรือร้านขายน้ำปั่น ซึ่งอยู่บริเวณรอบๆ ศูนย์เด็กเล็ก และมีการซื้อขนม อาหาร เครื่องดื่มให้เด็กในทุกๆ วัน

ตารางที่ 1 ข้อมูลการประเมินภาวะโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนตามกราฟมาตรฐานการเจริญเติบโตเด็ก (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2563) (n=113)

การประเมินโภชนาการของเด็ก	ศดว.สวนสวรรค์		ศพด.ทม.พิบูลฯ		ศพด. เฉลิมพระเกียรติ		ศพด. ชุมชนสระแก้ว		n(%)
	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	
อ้วน	1	-	4	3	-	-	-	-	8(7.1)
เริ่มอ้วน	1	2	2	-	-	-	-	-	5(4.4)
ท้วม	2	1	1	1	1	-	-	1	7(6.2)
สมส่วน	9	7	18	17	8	5	5	9	78(69.0)
ค่อนข้างผอม	1	1	1	1	-	-	3	2	9(8.0)
ผอม	-	-	2	-	-	1	-	3	6(5.3)
รวม	**14**	**11**	**28**	**22**	**9**	**6**	**8**	**15**	**113(100.0)**

2. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี จากการประชุมและอภิปรายร่วมกันในการการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี มีข้อสรุปว่าในการพัฒนาโปรแกรมฯ ได้มีการกำหนดแนวทางในการดำเนินงานโดยการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนในเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร ตามบทบาท หน้าที่และภารกิจของแต่ละหน่วยงาน โดยกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ คือ เทศบาลเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร มีระบบและแนวทางการดำเนินการส่งเสริมโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มีความตระหนัก ความรู้ความเข้าใจและมีการดำเนินงานส่งเสริมโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานีที่ถูกต้อง เช่น กิจกรรมร่วมรับฟังสถานการณ์โดยตระหนักถึงอันตรายของปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กและแนวโน้มการเกิดปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กและปัญหาโรคอ้วนในเด็ก วางแผนแนวทางค้นหา คัดกรองเด็กปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กและปัญหาโรคอ้วนในเด็กได้อย่างถูกต้อง เด็กได้รับการคัดกรอง ผู้ปกครองได้รับความรู้และติดตามดูแลให้คำปรึกษา ควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อภาวะสุขภาพ เช่น บริเวณรอบๆ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สนับสนุนงบประมาณ ตลอดจนเร่งรัดการประชาสัมพันธ์การเฝ้าระวังป้องกันปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กและปัญหาโรคอ้วนในเด็กในชุมชน ตลอดจนจำนวนเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินในเด็กและปัญหาโรคอ้วนในเด็กมีแนวโน้มที่ดี ผู้ปกครองมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กเล็กที่ดีขึ้น นำผลที่ได้จากการวางแผนพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัด

อุบลราชธานี มาร่างรูปแบบปฏิบัติการ ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ดังนี้

1) ประชุมวางแผน การดำเนินงานตามตาม บทบาท หน้าที่และภารกิจของแต่ละหน่วยงาน

2) กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ คือ เทศบาล เทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร มีระบบและแนวทางการดำเนินการส่งเสริมโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

3) กิจกรรมร่วมรับฟังสถานการณ์โดยตระหนักถึงอันตรายของปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กและแนวโน้มการเกิดปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กและปัญหาโรคอ้วนในเด็ก

4) วางแผนแนวทางค้นหา คัดกรองเด็กปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กและปัญหาโรคอ้วนในเด็ก

5) กิจกรรมให้ความรู้ เสริมสร้างทัศนคติ และสร้างพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของเด็กเล็กให้แก่ผู้ปกครอง

6) กิจกรรมที่สนับสนุนให้มีการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินของโรงเรียน ครอบครัว และชุมชน กิจกรรมติดตาม หนุนเสริม เดือนละ 2 ครั้ง

7) ควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อภาวะสุขภาพ เช่น บริเวณรอบๆ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

8) การสนับสนุนงบประมาณในการการเฝ้าระวังป้องกันปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กและปัญหาโรคอ้วนในเด็กในชุมชน

9) การประชาสัมพันธ์การเฝ้าระวังป้องกันปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กและปัญหาโรคอ้วนในเด็กในชุมชน

10) การประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

3. การทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี การทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยการนำร่างโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี มาทดลองใช้ในผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 113 คน โดยดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2566 เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ และสรุปผลของกิจกรรมร่วมกัน

4. การประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลบุคคล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.4 อายุเฉลี่ย 44.56 ปี (SD.=8.43) หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 47.8 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 49.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,160.90 บาท (SD.=958.98) มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 76.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.9

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนการเกินในเด็กเล็ก ทัศนคติเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินในเด็กเล็กของผู้ปกครอง พฤติกรรมการบริโภคของเด็กเล็ก และพฤติกรรมการออกกำลังกายของเด็กเล็ก ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนการเกินในเด็ก อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=8.76;SD.=2.28) ทัศนคติเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินในเด็กของผู้ปกครอง อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 34.72 ; SD = 7.35) พฤติกรรมการบริโภคของเด็ก อยู่ในระดับสูง (Mean=48.89;SD=6.75) และพฤติกรรมการออกกำลังกายของเด็ก อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=24.81;SD=6.42) โดยหลังได้รับกิจกรรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value <0.05 ดังตารางที่ 2 และเด็กเล็กที่เข้าเกณฑ์ท้วม เริ่ม

อ้วน และอ้วน มีจำนวนลดลง จาก 20 คน เป็น 18 คน คิดเป็นลดลง ร้อยละ 10.0

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนการเกินในเด็กเล็ก ทัศนคติเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินในเด็กเล็กของผู้ปกครอง พฤติกรรมการบริโภคของเด็กเล็ก และพฤติกรรมการออกกำลังกายของเด็กเล็ก ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มตัวอย่าง

การเปรียบเทียบ	n	$\bar{x}$	SD.	ระดับ	d	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนการเกินในเด็กเล็ก							
ก่อนทดลอง	113	4.25	1.57	ต่ำ	4.51	6.641	<0.001*
หลังทดลอง	113	8.76	2.28	ปานกลาง			
ทัศนคติเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินในเด็กเล็กของผู้ปกครอง							
ก่อนทดลอง	113	22.14	6.65	ต่ำ	12.58	9.498	0.005*
หลังทดลอง	113	34.72	7.35	ปานกลาง			
พฤติกรรมการบริโภคของเด็กเล็ก							
ก่อนทดลอง	113	28.44	4.79	ต่ำ	20.45	14.761	0.003*
หลังทดลอง	113	48.89	6.75	สูง			
พฤติกรรมการออกกำลังกายของเด็กเล็ก							
ก่อนทดลอง	113	15.45	6.95	ต่ำ	9.36	10.311	<0.001*
หลังทดลอง	113	24.81	6.42	ปานกลาง			

*p-value <0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการอภิปรายมีรายละเอียดดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนการเกินในเด็กเล็ก ทัศนคติเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินในเด็กของผู้ปกครอง และพฤติกรรมการออกกำลังกายของเด็ก ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการบริโภคของเด็กก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ซึ่งคะแนนสูงกว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <0.05 สามารถอภิปรายได้ว่าเป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม ประชุมวางแผน การดำเนินงานตามตามบทบาท หน้าที่และภารกิจ มีการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ กิจกรรมร่วมรับฟังสถานการณ์โดยตระหนักถึงอันตรายของปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็ก การค้นหา คัดกรองเด็กปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กและปัญหาโรคอ้วนในเด็ก กิจกรรมให้ความรู้ เสริมสร้างทัศนคติ และสร้างพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของเด็กเล็กให้แก่ผู้ปกครอง กิจกรรมที่สนับสนุนให้มีการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินของโรงเรียน ครอบครัว และชุมชน กิจกรรมติดตาม หนุนเสริม เดือนละ 2 ครั้งควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อภาวะสุขภาพ เช่น บริเวณรอบๆ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การสนับสนุนงบประมาณในการการเฝ้าระวังป้องกันปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กและปัญหาโรคอ้วนในเด็กในชุมชน การประชาสัมพันธ์การเฝ้าระวังป้องกันปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กและปัญหาโรคอ้วนในเด็กในชุมชน และการประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัด

เทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนการเกินในเด็กเล็ก ทัศนคติเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินในเด็กของผู้ปกครองได้ถูกต้องและเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญภาวะโภชนการเกินในเด็กมากขึ้น และส่งผลต่อการควบคุมโภชนาการและการออกกำลังกายในเด็กเล็กในความปกครอง สอดคล้องกับการวิจัยของ สมสิริ รุ่งอมรรัตน์ และคณะ[9] ทำการวิจัยเรื่อง การนำแนวทางการส่งเสริมโภชนาการไปใช้ในเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะพัฒนาแนวทางการส่งเสริมโภชนาการ โดยการสนทนากลุ่มของครู/ผู้ดูแลเด็กและแม่ครัว และ 2) ระยะนำแนวทางมาใช้ตามกระบวนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของ Kolb กับผู้ปกครองของเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน ผลการวิจัย ระยะที่ 1 ได้แนวทางการส่งเสริมโภชนาการของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และการโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการสำหรับเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน ระยะที่ 2 พบว่าสาเหตุของภาวะโภชนาการเกิน คือ ขาดความรู้เกี่ยวกับโภชนาการสำหรับเด็กและการเลี้ยงดูแบบตามใจ การนำใช้แนวทางไปใช้พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของเด็กก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน จากการวิจัยนี้ จึงควรมีการนำแนวทางการส่งเสริมโภชนาการสำหรับเด็กที่มีโภชนาการเกินควรให้สมาชิกในครอบครัวทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางของตนเอง และมีข้อตกลงร่วมกันในการดูแลเด็ก และยังสอดคล้องกับการวิจัยของ นิศารัตน ชูชาญ,และ ภานุวัฒน นิ่มนวล[10] ทำการวิจัยเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารสำหรับเด็กอนุบาลในเขตดุสิต กรุงเทพมหานครผลการวิจัย พบว่า หลังการใช้โปรแกรมๆ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโภชนาการสำหรับเด็กอนุบาลของผู้ปกครองสูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <0.05 และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเด็กอนุบาลสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <0.05

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <0.05 เนื่องจากผู้ปกครองได้รับความรู้ เห็นความสำคัญในการรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์มากขึ้น และให้ความร่วมมือดำเนินการวิจัยโดยมีการปฏิบัติกับเด็กอนุบาลตามโปรแกรมฯ ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่เอื้อให้เด็กได้รับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ ได้รับการสร้างพฤติกรรมและค่านิยม จากกิจกรรมการฟังเพลง การดูคลิปการ์ตูนที่เกี่ยวข้องกับอาหารดีมีประโยชน์ การฟังนิทาน และการประกอบอาหารร่วมกับเด็ก เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้เป็นไปในทางที่พึงประสงค์มากขึ้น เนื่องจากเด็กอนุบาลยังต้องมีการเจริญเติบโตทางด้านร่างกายและพัฒนาการตามวัย จึงควรได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอและเหมาะสม สอดคล้องกับการวิจัยของ พิจาริน สมบูรณกุล และ เพ็ญ สุขมาก[11] ทำการวิจัยเรื่อง ผลของกิจกรรมส่งเสริมโภชนาการสมวัยในโรงเรียนต่อพฤติกรรมการจัดอาหารให้เด็กวัยเรียนของผู้ปกครองตำบลควนรู อำเภอรัตภูมิ จังหวัดสงขลา พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ปรับการจัดอาหารให้ใกล้เคียงคำแนะนำของกรมอนามัยมากขึ้น โดยเด็กได้รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ เพิ่มปริมาณผักผลไม้มากขึ้น ลดปริมาณเครื่องปรุง ขนมกรุบกรอบและน้ำอัดลมลง แต่ให้ขนมหวานและน้ำผลไม้และนมรสหวานทดแทนและยังจัดเมนูอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงและความถี่ของเมนูผักน้อยกว่าคำแนะนำ เนื่องจากเด็กมีพฤติกรรมการเขี่ยอาหารที่ผู้ปกครองจัดให้ออก ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมส่งเสริมโภชนาการสมวัยในโรงเรียนสามารถเชื่อมโยงถึงการปฏิบัติของผู้ปกครอง แต่ยังขาดการให้ความรู้ในเรื่องการเลือกอาหารว่างที่เหมาะสม และการส่งเสริมให้เด็กทานอาหารสุขภาพ ดังนั้นกิจกรรมส่งเสริมโภชนาการครั้งต่อไปควรเพิ่มการให้ความรู้กับ

ผู้ปกครองเรื่องการเตรียมอาหารว่างที่เหมาะสมและแนวทางการปรุงอาหารให้เด็กสามารถรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ บทบาทของพ่อแม่ในการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเด็ก โดยพ่อแม่มีการจัดสถานที่และสภาพแวดล้อมในการรับประทานอาหารให้มีความเหมาะสมห่างจากสิ่งรบกวน จัดเตรียมอาหารให้มีปริมาณที่เหมาะสมกับวัย สร้างบรรยากาศที่ดีมีรับประทานอาหารร่วมกันภายในครอบครัว มีการจำกัดอาหารและเครื่องดื่มที่มีไขมัน น้ำตาลและเกลือสูง มีการส่งเสริมทัศนคติที่ดีต้านสุขภาพที่ได้จากการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ของเด็ก พ่อแม่ควรเปิดโอกาสให้เด็กได้เลือกอาหารที่รับประทานอาหารในบางมื้อ ซึ่งสามารถสรุปบทบาทผู้ปกครองใหญ่ๆ ได้ 3 ด้าน คือ ด้านการเป็นแบบอย่าง ด้านการจัดบรรยากาศ ด้านการสนับสนุน (New Zealand Ministry of Health, 2012) และยังสอดคล้องกับการบริโภคผักและผลไม้ของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับความรู้ และทัศนคติทั้งของนักเรียน และผู้ปกครอง[12]

จากการวิจัย ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่งผลให้เด็กที่เข้าเกณฑ์ท้วม เริ่มอ้วน และอ้วน มีจำนวนลดลง จาก 20 คน เป็น 18 คน คิดเป็นลดลงร้อยละ 10.0 เนื่องจากภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ปกครองส่วนใหญ่จะจำกัดการทานเครื่องดื่มรสหวานของเด็กมากขึ้น ภายหลังครูรายงานภาวะโภชนาการของเด็กให้ทราบ อย่างไรก็ตามขนมและเครื่องดื่มที่ผู้ปกครองจัดให้เด็กทดแทนขนมกรุบกรอบและน้ำอัดลมยังคงเป็นขนมหวาน และน้ำผลไม้หรือนมเปรี้ยวซึ่งอาจมีน้ำตาลปริมาณมาก สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคฟันผุและภาวะโภชนาการเกินของเด็กได้ จะเห็นได้ว่า การได้รับข่าวสารข้อมูลด้านอาหารและทัศนคติด้านโภชนาการของผู้ปกครอง ทำให้ผู้ปกครองที่มีความรู้ในด้านโภชนาการ จะส่งผลต่อภาวะโภชนาการของเด็ก กล่าวคือ การขาดความรู้ในการจัดอาหารสำหรับเด็กเล็ก จะทำให้ผู้ปกครองให้เด็กรับประทานอาหารตามความสะดวก ซึ่งเป็นอาหารที่จัดหาได้ง่าย รวดเร็ว ไม่ต้องผ่านการปรุงอย่างถูกหลักโภชนาการซึ่งส่งผลทำให้เด็กติดนิสัยการรับประทานอาหารประเภทสะดวกซื้อมากกว่าการรับประทานอาหารที่ผู้ปกครองปรุงเองที่บ้าน สรุปได้ว่า ผู้ปกครองที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารสำหรับเด็ก สามารถเสริมให้เด็กเล็ก มีพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายหรือแผนยุทธศาสตร์ และนำโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ไปใช้ในการส่งเสริมความร่วมมือของผู้ปกครอง ประชาชนในชุมชน ภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่จะแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง และควรจัดกิจกรรมให้กับผู้ปกครองของเด็กที่เป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตระหนักถึงประโยชน์ของการการบริโภคอาหาร ออกกำลังกายและมีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมกับเด็กก่อนวัยเรียน เน้นการลงมือปฏิบัตินำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพของเด็กในอนาคตเพื่อให้เกิดความยั่งยืน และผู้ที่สนใจศึกษาควรศึกษาแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันโภาวะโภชนาการเกิน ในกลุ่มเสี่ยงที่เข้ากับยุคสมัยและบริบทของแต่ละพื้นที่และควรมีการขยายผลในกลุ่มภาวะโภชนาการเกินตามบริบทของสังคมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. (2563). รายงานประจำปีกรมอนามัย 2563 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 8 กันยายน 2565]; แหล่งข้อมูล: https://nich.anamai.moph.go.th/th/general-of-50
2. สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย. (2564). แนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

3. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. (2563). คู่มือการควบคุมและป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
4. ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. (2565). ผลการประเมินสถานการณ์ภาวะโภชนาการเกินในเด็กก่อนวัยเรียนที่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2565. อุบลราชธานี: รายงานประจำปีศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี.
5. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1998). The Participation Action Research Reader (3 ed.). Geelong: Deakin University Press.
6. Cronbach, L. J. (1984). Essential of psychology testing. (4th ed.). New York: Harper & Row.
New Zealand Ministry of Health. (2012). Food and nutrition guidelines for healthy children and young people (aged 2-18 years). Ministry of Health.
7. Bloom, B.S. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York : McGraw–Hill.
8. Best, J.W., & Kahn, J.V. (2006). Research in Education 10th Edition, Pearson Education Inc., Cape Town.
9. สมสิริ รุ่งอมรรัตน์, อาภาวรรณ หนูคง, ณัฐธิรา ไกรมงคล, และ รุ่งรดี พุฒิเสถียร. (2560). การนำแนวทางการส่งเสริมโภชนาการไปใช้ในเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วารสารสภาการพยาบาล, 32(4), 120-133.
10. นิศารัตน ชูชาญ,และ ภานุวัฒน นิ่มนวล. (2565). ผลของโปรแกรมการส/งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารสำหรับเด็กอนุบาลในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร. วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 50(2), 1-12.
11. พิจาริน สมบูรณกุล และ เพ็ญ สุขมาก. (2563). ผลของกิจกรรมส่งเสริมโภชนาการสมวัยในโรงเรียนต่อพฤติกรรมการจัดอาหารให้เด็กวัยเรียนของผู้ปกครอง ตำบลควนรู อำเภอรัตภูมิ จังหวัดสงขลา. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(5), 847-854.
12. อมรศรี ฉายศรี, สุปาณี เสนาดิสัย และ วันทนา มณีศรีวงศ์กูล. (2562). การมีส่วนร่วมของโรงเรียน ผู้ปกครอง ศูนย์สุขภาพชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน: กรณีศึกษา. รามาธิบดีพยาบาลสาร,17(3), 506-519.

รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

LONG-TERM CARE MODEL FOR DEPENDENT PEOPLE IN LAODANG SUB-DISTRICT, DONMODDANG DISTRICT, UBON RATCHATHANI PROVINCE.

(Received: June 13,2024 ; Revised: June 17,2024 ; Accepted: June 22,2024)

ปรัชญา สุนา[1] อารี บุตรสอน[2]
Pratchaya Suna[1] Aree Butsorn[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการประกอบด้วย ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครอบครัวผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ประชาชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวม 62 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 20 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี คือ ACICC Model ประกอบด้วย 1) Accessibility: การเข้าถึงระบบบริการ 2) Continuity of care: การดูแลอย่างต่อเนื่อง 3) Integrated care: การบริการแบบผสมผสาน 4) Coordination of care: การประสานการดูแล 5) Community empowerment: การเสริมพลังชุมชน

คำสำคัญ : รูปแบบ การดูแลระยะยาว ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

This action research aimed to study the long-term care model for dependent people in Laodang Subdistrict, Donmoddang District, Ubon Ratchathani Province. The sample group used to develop the model consisted of 62 representatives from local administrative organizations, community leaders, village health volunteers, families of dependent people, dependent people, villagers, and health officials from the sub-district health promoting hospital. Data was collected using a researcher-developed questionnaire for 20 weeks, from October 2023 to February 2024. The data were analyzed by collecting, categorizing, analyzing content, and comparing the mean difference of the scores before and after the implementation of the developed model using paired t-test.

The results showed that the long-term care model for dependent people in Laodeang Sub-district, Don Mot Daeng District, Ubon Ratchathani Province is the ACICC Model, consisting of: 1) Accessibility: Access to the service system 2) Continuity of care: Continuous care 3) Integrated care: Integrated services 4) Coordination of care: Coordination of care 5) Community empowerment: Community empowerment.

Keyword : Model, Long-term care, Dependent people

บทนำ

สังคมผู้สูงอายุหรือสังคมสูงวัย (Ageing Society) เป็นสถานการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลกประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงอายุแล้วเช่น ญี่ปุ่น ประเทศทางตะวันตกได้มีการเตรียมการเข้าสู่สังคมสูงอายุมาหลายปี นักวิชาการระบุว่าประเทศต่าง ๆ เหล่านั้น มีการวางแผนนโยบายแผนงานและบริการต่าง ๆ เตรียมการประเทศเข้าสู่สังคมสูงอายุ

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
[2] อาจารย์ประจำวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี Corresponding author: E-mail: aree.b@ubu.ac.th

เป็นเวลากว่า 100 ปี ปฏิบัติมาเป็นระยะและสามารถเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างเป็นขั้นตอนและเกิดปัญหาขึ้นน้อยแต่เมื่อพิจารณาถึงประเทศไทยมีเวลาเตรียมการเข้าสู่สังคมสูงอายุในปี 2548 เพียง 20 ปีเท่านั้นซึ่งนับว่าเป็นระยะเวลาที่สั้นมาก ดังนั้นจึงเป็นสภาวะการที่ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษและเร่งด่วน ในระดับประชาคมอาเซียน 10 ประเทศมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น เช่น เดียวกันใน พ.ศ. 2559 มีจำนวน 3 ประเทศที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว คือ ประเทศสิงคโปร์ (ร้อยละ 18.7) ประเทศไทย (ร้อยละ 16.5) และประเทศเวียดนาม (ร้อยละ 10.7) โดยมีแนวโน้มว่าประชากรโลกจะมีอายุสูงขึ้นเรื่อย ๆ การสูงอายุของประชากรจึงเป็นปรากฏการณ์ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรทั่วโลกอยู่ในปัจจุบันและในอนาคตข้างหน้า โดยประเทศไทยใน พ.ศ. 2565 มีประชากรทั้งสิ้น 66,090,475 คน เป็นชายร้อยละ 48.82 และหญิงร้อยละ 51.17 ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป รวม 12,116,199 คน คิดเป็นร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งหมด เพศชาย 5,339,610 คน เพศหญิง 6,776,589 คน โดยจำแนกตามกลุ่มช่วงวัยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น” ช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 6,843,300 คน คิดเป็นร้อยละ 56.5 ของผู้สูงอายุทั้งหมด“ผู้สูงอายุวัยกลาง” ช่วงอายุ 70-79 ปี มีจำนวน 3,522,778 คน คิดเป็นร้อยละ 29.1 และ “ผู้สูงอายุวัยปลาย” อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 1,750,121 คน คิดเป็น 14.4%[1]

ผู้สูงอายุประเทศไทยมีตัวเลขเทียบเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศซึ่งถือว่ามีอัตราการเติบโตเป็นอันดับ 3 ในทวีปเอเชีย รองมาจากประเทศเกาหลีใต้ และประเทศญี่ปุ่น โดยเข้าใกล้สังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ขณะที่ตัวเลขของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ณ วันที่31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 พบว่า มีประชากรทั้งสิ้น 66.5 ล้านคน เฉพาะผู้สูงอายุมีมากถึง 11.1 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 16.73 ส่วนข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า ในปี พ.ศ.2563 จะมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวนมากกว่า 12 ล้านคน หรือราว ร้อยละ 18 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 ชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว และกำลังจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบในอีกไม่กี่ปีข้างหน้านี้ สำนักงานสถิติแห่งชาติ คาดการณ์ว่า ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวในปี พ.ศ. 2565 และในปี พ.ศ. 2573 จะมีสัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นอยู่ที่ร้อยละ 26.9 ของประชากรทั้งประเทศ และในส่วนของรัฐบาลไทย ตามที่ได้กำหนดให้สังคมสูงอายุเป็นวาระแห่งชาติ และได้สานต่อแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ พ.ศ. 2545-2565 เตรียมพร้อมสังคมไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ.2564 ซึ่งจากการประเมินผลแผนปฏิบัติการ ยังพบการดำเนินงานบางด้านที่ต้องปรับปรุง เช่น การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ และการคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ดังนั้น คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ จึงได้ปรับแผนปฏิบัติการ (พ.ศ. 2563-2565) ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันของหลายหน่วยงาน โดยให้ความสำคัญกับ ประเด็นหลัก ได้แก่ การรณรงค์ให้สังคมตระหนักถึงความจำเป็นของการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ คนวัยทำงานมีความเข้าใจถึงการเตรียมตัวด้านต่าง ๆ เช่น รายได้ สุขภาพที่อยู่อาศัย[2] แนวทางการดูแลการให้บริการ LTC ได้แก่ การดูแลที่บ้าน ชุมชน และการดูแลในระดับสถาบัน โดยใช้การกำลังคนและการบริหารจัดการกำลังคนที่แตกต่างกัน การดูแลที่บ้าน ชุมชน เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีครอบครัวหรือคนใกล้ชิดให้การดูแลและเป็นการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการกำลังใจจากคนในครอบครัวมากเป็นพิเศษ บริการส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงต้องการคือการดูแลกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน การอาบน้ำ ทานอาหาร แต่งตัว จัดการระบบขับถ่าย การเคลื่อนไหวร่างกาย คือการลุกจากเตียงไปห้องน้ำ เดินไปมาเพื่อดำเนินกิจวัตรประจำวัน ซึ่งกำลังคนที่ระบบการดูแลระยะยาวต้องการสามารถแบ่งได้ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มสหวิชาชีพทำหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพและบริการ

ทางการแพทย์ ผู้จัดการเคส (care manager: CM) และผู้ช่วยเหลือดูแลหรือนักบริบาล (caregiver: CG)[3]

จากการรายงานจากสำนักงานสถิติจังหวัดอุบลราชธานีปี 2565 มีประชากรทั้งสิ้นจำนวน 1,868,519 คน คิดเป็นร้อยละ 2.82 อันดับ 3 ของประเทศซึ่งรองจากกรุงเทพมหานครมีจำนวนมีประชากร 5,527,994 คน คิดเป็นร้อยละ 8.35 จังหวัดนครราชสีมามีจำนวนประชากร 2,634,154 คน คิดเป็นร้อยละ 3.98 ประชากรในจังหวัดอุบลราชธานีที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 266,981 คน คิดเป็นร้อยละ 14.29[1] อำเภอดอนมดแดงมีประชากรจำนวน 27,221 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.45 ของประชากรในจังหวัดอุบลราชธานี พื้นที่ตำบลเหล่าแดง อำภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนผู้สูงอายุเป็นลำดับ 2 ของอำเภอดอนมดแดงซึ่งมีผู้สูงอายุ จำนวน 1,230 คน คิดเป็นร้อยละ 25.9 ซึ่งตำบลที่มีประชากรสูงอายุมากสุด 3 อันดับคือ ตำบลดอนมดแดง จำนวน 1,493 คน คิดเป็นร้อยละ 31.51 ตำบลเหล่าแดง 1,230 คน คิดเป็นร้อยละ 25.91 ตำบลท่าเมืองจำนวน 1,043 คน คิดเป็นร้อยละ 22.01[4] โดยตำบลเหล่าแดงในปี 2563 มีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 76 คน คิดเป็นร้อยละ 8.84 ในปี 2564 มีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 94 คน คิดเป็นร้อยละ 9.67 และในปี 2565 มีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 102 คน คิดเป็นร้อยละ 10.05 ชี้ให้เห็นว่าแนวโน้มการเพิ่มของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างรวดเร็ว[5] ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้ดียิ่งขึ้นซึ่งจะช่วยให้การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทชุมชน ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของชุมชน นโยบายการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง การดำเนินการตรวจรักษาผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง อัตราความชุกและอัตราอุบัติการณ์ของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง คุณลักษณะทางประชากรของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งประกอบด้วย การวางแผนการปฏิบัติงาน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติงานและประเมินผลการปฏิบัติงาน

3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ในการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการดูแลระยะยาว การมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และคุณภาพชีวิตผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้กระบวนการ มีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี และได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[6] ประกอบด้วยการวางแผน (Planning: P) การปฏิบัติการ (Action: A) การสังเกตการณ์ (Observation: O) และการสะท้อนกลับ (Reflection: R) ดำเนินการวิจัยในเขตตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ระยะเวลาดำเนินการจำนวน 20 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567 แบ่งเป็น 3 ระยะ 1) การศึกษา

บริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี และ 3) การนำรูปแบบที่พัฒนาไปทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

1. ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์พัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ด้านข้อมูลทั่วไป แนวทางการดำเนินงาน ที่ผ่านมา ปัญหา อุปสรรค รวมถึงนโยบายด้านพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี (1-31 ตุลาคม 2566)

2. ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี โดยนำข้อมูลบริบทและนโยบายพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานีของกระทรวงสาธารณสุขมาออกแบบพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อวางแผนการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป โดยขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี (1-30 พฤศจิกายน 2566) ดังนี้

2.1 การศึกษาบริบทและการประเมินสถานการณ์

2.1.1 ข้อมูลพื้นฐานด้านบริบทของพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

2.1.2 ประเมินสถานการณ์ (Situation analysis) ของพื้นที่และข้อมูลพื้นฐานพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้การศึกษาข้อมูลพื้นฐานที่มี การแบบสัมภาษณ์ การสำรวจข้อมูลพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี จากการสำรวจและข้อมูล Secondary Data จากหน่วยบริการสาธารณสุข ข้อมูลการปฏิบัติงานกระทรวงสาธารณสุข และนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสะท้อนปัญหาคืนสู่ชุมชนผ่านการประชาคม

2.2 การสนทนากลุ่ม และการประชุมกลุ่มย่อย (Multiple Focus Group Discussion) เพื่อทราบถึงบริบท สถานการณ์พัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ข้อมูลทั่วไป แนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหา อุปสรรค รวมถึงนโยบายด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง แนวทางสนับสนุนพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานีจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข องค์กรเอกชน นำผลการศึกษาและผลการประชุมกลุ่มย่อยมาสังเคราะห์ข้อมูลนำเข้าเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 2 วงรอบ (ครั้งที่ 1 วันที่ 5 พฤศจิกายน 2566 ครั้งที่ 2 วันที่ 20 พฤศจิกายน 2566)

3. ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นการนำรูปแบบที่เกิดจากการระดมสมองเพื่อหารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี โดยประเมินผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ทุกคน จำนวน 84 คน ในด้านความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการดูแลระยะยาว การมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และคุณภาพชีวิตผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี (1 ธันวาคม 2566 ถึง 29 กุมภาพันธ์ 2567)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่ทำการศึกษา คือ ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากเป็นอำเภอที่มีจำนวนและสัดส่วนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสูงเป็นลำดับต้น ๆ จาก 4 ตำบลของอำเภอดอนมดแดง ในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเอารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานีเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มเป้าหมาย การศึกษาในครั้งนี้ได้มีการมีการศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาคุณภาพงานตามวงล้อ PAOR และใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วมโดยเลือกกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่จริงในตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครอบครัวผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ประชาชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวม 62 คน ดังนี้ 1) ตัวแทนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 13 หมู่บ้าน ๆ ละ 1 คน รวม 13 คน 2) ครอบครัวผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 13 หมู่บ้าน ๆ ละ 1 คน รวม 13 คน 3) ผู้แทนผู้นำชุมชน 13 หมู่บ้าน ๆ จำนวน 13 คน 4) ผู้แทนสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล รวม 6 คน 5) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 13 หมู่บ้าน จำนวน 13 คน 6) นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน 7) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งหมด จำนวน 84 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ

1.1 แนวทางการสนทนากลุ่มในระยะสังเกตพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในระยะตรวจสอบความรู้ทักษะพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี มีประเด็นหลักดังนี้ 1) แนวการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ประสบการณ์การการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 3) แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงการประสานความร่วมมือกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ภาคีเครือข่ายในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

1.2 แนวทางการสังเกต ติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง ใช้ในการประเมินตลอดช่วงของการดำเนินกิจกรรมทุกระยะ สังเกตสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย และมีการบันทึกการสังเกตการดำเนินงานทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยมีแนวทางการสังเกต ประกอบด้วย การสังเกตการมีส่วนร่วม ได้แก่ การสังเกตการแสดงความคิดเห็น ความสนใจขณะเข้าร่วมกลุ่ม สังเกตการเปลี่ยนแปลงและกระบวนการปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การรวมกลุ่ม การแสดงความคิดเห็น และการสังเกตผลลัพธ์การดำเนินการ ตามวัตถุประสงค์ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค อุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียง ช่วยให้มีข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุมทุกประเด็น

1.3 สื่อที่ใช้ในการฝึกอบรม ประกอบด้วย วีดีทัศน์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ชุดสไลด์สำหรับสอนความรู้เรื่องการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เรื่องสั้นการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง Role Model และ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล[7]
โดยแบบสอบถามพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ผู้ดูแลหลัก และ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการดูแลระยะยาว จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 2 ระดับ คือ พึงพอใจ ให้ 1 คะแนน และ ไม่พึงพอใจ ให้ 0 คะแนน ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ มากที่สุด ให้ 5 มาก ให้ 4 คะแนน ปานกลาง ให้ 3 คะแนน น้อย ให้ 2 คะแนน น้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง[8] จำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่เลย มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ มากที่สุด ให้ 5 คะแนน มาก ให้ 4 คะแนน ปานกลาง ให้ 3 คะแนน เล็กน้อย ให้ 2 คะแนน ไม่เลย ให้ 1 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติพรรณนา และนำเสนอเป็นค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกตินำเสนอด้วยมัธยฐาน (Mean) เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75 ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU-REC-116/2566 ลงวันที่ 25 กันยายน 2566

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. บริบทและสถานการณ์ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 84 คน สามารถจำแนกได้ 2 ระดับ คือ 1) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ช่วยเหลือตนเองได้บางเรื่อง และต้องพึ่งพาผู้ดูแลในบางเรื่อง และ 2) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องพึ่งพาจากผู้ดูแลหลักทุกอย่าง โดยพบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดการพึ่งพิง มี 4 สาเหตุหลัก คือ 1) ภาวะสมองขาดเลือด (Stroke) 2) โรคเรื้อรังร่วม 3) ภาวะสมองเสื่อม 4) เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย หรือที่เรียกว่า ผู้สูงอายุชราภาพ โดยผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีระดับการพึ่งพิงมาก (ADL=0-4) จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 10.71 ของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมกแทกการ์ดร่วมกับการนำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจมาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามหลักการ (PAOR) จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ได้รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ดังภาพที่ 1

2.1การเข้าถึงระบบบริการ (Accessibility) หมายถึง การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกด้าน ทั้งการรักษาพยาบาล การช่วยเหลือสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ การเยี่ยมให้บริการที่บ้าน การหนุนเสริมด้านจิตใจ โดยให้สามารถเข้าถึงระบบบริการสะดวก รวดเร็ว การบริการมีคุณภาพมาตรฐาน เกิดความปลอดภัย

2.2การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of care) หมายถึง ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการขึ้นทะเบียนยืนยันตัวตนที่ชัดเจน เข้าสู่ระบบการดูแลจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ มีแผนการดูแลที่ชัดเจนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีนักบริบาล และเจ้าหน้าที่เข้ามาให้การดูแลสนับสนุนให้เกิดการดูแลในระยะยาวและต่อเนื่อง

2.3 การบริการแบบผสมผสาน (Integrated care) หมายถึง การให้การดูแลที่ครอบคลุมการดูแลในการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การฟื้นฟู การดูแลที่ครอบคลุมทั้งกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลครอบครัว ชุมชน การดูแลที่ครอบคลุมลักษณะบริการ home base care, day care, hospice care รวมถึงการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ด้านสุขภาพในทุกมิติทุกโรคทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ชุมชน รวมถึงการให้คุณค่าแก่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

2.4 การประสานการดูแล (Coordination of care) หมายถึง การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจะต้องเกิดจากความร่วมมือกันทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานทางด้านสุขภาพในพื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำ ครอบครัวและญาติ พัฒนาสังคมตั้งแต่ระดับปฐมภูมิไปจนถึงระดับชาติ เช่น กระทรวงสาธารณสุข หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

2.5 การเสริมพลังชุมชน (Community empowerment) หมายถึง สนับสนุนให้ชุมชน ครอบครัว ผู้สูงอายุ มีศักยภาพในการจัดการปัญหาผู้สูงอายุ จัดการภายในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ (Access to quality health care) ในการได้รับบริการดูแลสุขภาพทั้งกายและใจที่ได้มาตรฐาน รวมทั้งบริการที่จำเป็นสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้รวมถึงการ ป้องกัน รักษา และการดูแลระยะยาวและต้องมีนโยบายเพื่อส่งเสริมวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตลอดจนการให้คุณค่ากับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้เกิดกำลังใจในการลดการพึ่งพิงและมีพฤติพลังในการดำเนินชีวิตต่อไป



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงฯ

3. ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง การมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และคุณภาพชีวิตผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 5.60 คะแนน (95%CI=5.04-6.17) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น 13.20 คะแนน (95%CI=12.27-14.13) และผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น 34.09 คะแนน (95%CI=31.67-36.51) ตามลำดับรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงการมีส่วนร่วม ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และคุณภาพชีวิตผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการทดลอง

การดูแลระยะยาวฯ	ก่อน (n=84) $\bar{x}$ (SD)	หลัง (n=84) $\bar{x}$ (SD)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ความพึงพอใจฯ	8.80(2.47)	14.48(0.76)	5.60	5.04-6.17	19.67	<0.001**
การมีส่วนร่วมฯ	30.27(3.24)	43.47(3.34)	13.20	12.27-14.13	28.16	<0.001**
คุณภาพชีวิตฯ	74.25(10.36)	108.34(5.98)	34.09	31.67-36.51	28.02	<0.001**

**p-value<0.001

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นไปตามทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมกแทกการ์ด[6] ร่วมกับการออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามหลักการ (PAOR) จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการวิจัยในกลุ่มคณะผู้ที่มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครอบครัวผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ประชาชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระยะเวลาดำเนินการจำนวน 20 สัปดาห์ ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ สอดคล้องกับทฤษฎีการมีส่วนร่วม การวางแผนและดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีการสังเกตและสะท้อนผลเพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการให้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านการเข้าถึงระบบบริการ การดูแลอย่างต่อเนื่อง การบริการแบบผสมผสาน การดูแลแบบองค์รวม การประสานการดูแล และการเสริมพลังชุมชน จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน ครอบคลุมทุกมิติของการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งด้านการเข้าถึงระบบบริการ การดูแลอย่างต่อเนื่อง การบริการแบบผสมผสาน การดูแลแบบองค์รวม การประสานการดูแล และการเสริมพลังชุมชน และการบริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของอนุชา ลาวงค์ และคณะ[9] รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ประกอบด้วย 5 ขั้นได้แก่ 1) ศึกษาและการประเมินสถานการณ์ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ 2) การประเมิน

ศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุและคืนข้อมูล 3) พัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุ 4) ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชน และ 5) ประเมินผลการดำเนินงานและเผยแพร่ข้อมูลหรือ ชาญชัย เหลาสาร, กัลยา ไชยสัตย์ และวชิราภรณ์ วิทยาขาว[10] การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมส่งผลให้เกิดรูปแบบการดูแลแบบ คึดฮอด จอดเถิง เบิงแยง ฮักแพง บ่อถิ่มกัน 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 บุหลัน สุขเกษม, มลฤทัย ทองพิละ และศริยา ศิริปรุ[11] รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ คือ PKESCV MODELซึ่งประกอบด้วย 1) P: Policy คือ นโยบายสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านการดูแลรักษา ส่งเสริมสวัสดิการและความมั่นคงปลอดภัย 2) K: Knowledge and Skill คือความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) E: Empowerment การเสริมสร้างพลัง 4) S: Social support คือสิ่งสนับสนุนทางสังคม 5) C: collaborationคือการมีส่วนร่วมที่เข้มแข็ง ซึ่งความร่วมมือและเข้มแข็งจะนำไปสู่ความต่อเนื่องและยั่งยืนและ 6) V: Value คือการให้คุณค่าต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบพบว่าคะแนนด้านความรู้ ทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การได้รับสิ่งสนับสนุนทางสังคมระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุฯของภาคีเครือข่าย ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และคะแนน ADL ของผู้สูงอายุฯสูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ทัศวรรณ์ เจริญวงศ์[12] กระบวนการพัฒนาขึ้นในครั้งนี้ มี 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษา บริบท/ข้อมูลพื้นฐาน 2) การแต่งตั้งคณะทำงาน 3) การวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน 4) การวางแผนดำเนินงาน 5) อบรมฟื้นฟูนักบริบาลผู้สูงอายุ 6) ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ 7) การสังเกตติดตาม และ 8) ประเมินผล และ ถอดบทเรียน ภายหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า กลุ่มภาคีเครือข่ายและ บุคลากรทางสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลง ความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแล พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจต่อรูปแบบดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ และสุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน[13] รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงกลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดย 6 กิจกรรมดังนี้ 1) การให้ความรู้ผู้ดูแล 2) การพบปะผู้สูงอายุที่วัด 3) สาธิตการเสริมคุณค่าผู้สูงอายุ 4) กิจกรรมกลุ่มพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 5) การสร้างต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุการใช้สมุนไพรพื้นบ้าน 6) การสร้างรอยยิ้มและสันทนาการผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบการดูแลสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=12.22; p-value<.001)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครอบครัวผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ประชาชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีทีมงานติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานการเข้าถึงระบบบริการ ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การบริการแบบผสมผสาน การประสานการดูแล และการเสริมพลังชุมชนที่ครอบคลุม และมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างสร้างสรรค์ ให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ ตลอดทบทวนและปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปและให้เกิดประสิทธิภาพ

2. ควรมีการเผยแพร่รูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้เป็นที่รู้จักและนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น

3. ควรมีการวิจัยเชิงลึกเพิ่มเติม เพื่อศึกษาปัจจัยและกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จของรูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยในบริบทพื้นที่อื่นที่มีความหลากหลายมากขึ้น เพื่อเปรียบเทียบและหารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทที่แตกต่างกัน

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงทดลอง เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแล

เอกสารอ้างอิง

1.กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). สถิติผู้สูงอายุ (ออนไลน์). [สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2567], แหล่งข้อมูล https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2387.

2.กรมสุขภาพจิต. (2563). ก้าวย่างของประเทศไทย สู่‘สังคมผู้สูงอายุ’อย่างสมบูรณ์แบบ. กระทรวงสาธารณสุข

3.สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. (2564). รูปแบบการให้บริการ LTC. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ.

4.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2565). แผนปฏิบัติราชการสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2565. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.

5.องค์การบริหารส่วนตำบลเหล่าแดง. (2566). ข้อมูลสถิติผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงองค์การบริหารส่วนตำบลเหล่าแดง. อุบลราชธานี: องค์การบริหารส่วนตำบลเหล่าแดง.

6.Kemnis S, Mc Tagart R. The action research planner. Victoria: Deakin University; 1988.

7.สมบูรณ์ เพ็ญพิมพ์ และอารี บุตรสอน. (2566). รูปแบบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นเขต 10 อุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย. 5(1): 46-55; มกราคม, 2566.

8.สุวัฒน์ มหัตนิรันดกุล และคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2540.

9.อนุชา ลาวงศ์ และคณะ. (2564). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนท้องถิ่น จังหวัดร้อยเอ็ด. Journal of Modern Learning Development. 6 (2), 268-277.

10.ชาญชัย เหลาสาร, กัลยา ไชยสัตย์, และวชิราภรณ์ วิทยาขาว. (2563). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง ตำบลกระเดียน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(5), 813–821.

11.บุหลัน สุขเกษม, มลฤทัย ทองพิละ และศริยา ศิริปรุ. (2565). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (2565):71-81; กันยายน – ธันวาคม.

12.ทัศวรรณ์ เจริญวงศ์ (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

13.สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 (2017):57-69; กันยายน-ธันวาคม 2560.

ผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายเบาหวานต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ตึกอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร

Effects of diabetes discharge planning model on knowledge and self-care behavior of diabetic patients at female medical building 2 of Sakonnakhon hospital Sakon Nakhon Province

(Received: June 13,2024 ; Revised: June 17,2024 ; Accepted: June 18,2024)

ภัคภิญญา ใจดี[1] วิไลวรรณ พรหมจรรย์[1]
Pakkapinya Jaidee[1] Wilaiwan Promchan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายเบาหวานต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 1) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2) คู่มือการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับพยาบาล ตามรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-M-E-T-H-O-D พร้อมทั้งชี้แนะ ติดตาม สนับสนุนให้กำลังใจ และจัดสิ่งแวดล้อม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Independent t–test และ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 2) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน, ความรู้ พฤติกรรม ,การวางแผนจำหน่าย

Abstract

The quasi-experimental research aimed to study the effects of the distribution planning model on knowledge about diabetes. The sample consisted of 50 diabetic patients that were divided equally into two groups (experimental and control groups). The samples were purposively selected. The samples were trained with the distribution discharge planning model for diabetic patients, including 1) a self-care manual for the diabetic patients, 2) a D-M-E-T-H-O-D discharge planning programmed for the nurse, guiding and following for being aware of care, supporting and ensuring the continuity of care, and demonstrating clear procedures. The control group received regular nursing care. The data collection tool was the questionnaire on knowledge and care behavior of diabetic patients. Data were analyzed by Independent t-test and Paired t-test. The results showed as follows. 1) After the experiment, the mean score of knowledge and diabetic patient's care behavior in the experimental group was statistically significantly higher than those in the control group at 0.05. 2) After the experiment, the mean score of knowledge and diabetic patient's care behavior in the experimental group was statistically significantly higher than that of before the experiment at 0.05.

Keywords: Diabetes, knowledge behavior, discharge planning

บทนำ

กลุ่มโรค NCDs (Noncommunicable diseases) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลก เสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก ในปี พ.ศ. 2559 โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุดได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44 รองลงมาคือ โรคมะเร็ง จำนวน 9.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22 โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง จำนวน 3.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9 และโรคเบาหวาน จำนวน 1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4 ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี หรือเรียกว่า การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร มากถึง 15 ล้านคน โดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง[1]

[1] โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร

การรักษาโรคเบาหวานเป็นเพียงการประคับประคองไม่ให้มีการสูญเสียการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเท่านั้น โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด จากข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติได้รายงานว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน มากถึง 425 ล้านคนในปี 2560 และคาดว่าอีก 20 ปีข้างหน้า จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงถึง 629 ล้านคน และพบการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 1.6 ล้านคนต่อปี[1] ซึ่งสอดคล้องกับประเทศไทยพบว่าในแต่ละวันจะมีคนไทยมากกว่า 180 คน ที่เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งอัตราการตาย 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 - 2559 พบอัตราการตายเพิ่มขึ้นจาก 17.5 เป็น 22.3 ต่อแสนประชากร และอัตราผู้ป่วยในเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคเบาหวาน ในปี พ.ศ. 2559 – 2561 พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นจาก 1,292.79 ต่อแสนประชากร เป็น 1,439.04 ต่อแสนประชากร[2]

จากการศึกษาปรากฏการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสกลนคร ในปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 6,500, 7,500 และ 8,000 คน ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่รับไว้เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โดยในปี พ.ศ. 2564-2566 มีจำนวน 741 991 และ 799 คน ตามลำดับ และยังพบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษามากเป็นอันดับ 5 ของโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2565 พบอัตราการรับกลับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน (Re-admission) หรือมาก่อนวันนัดสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.68 เป็นร้อยละ 9.50 ในปี 2565 ทั้งนี้เกิดจากภาวะแทรกซ้อนไตวาย หลอดเลือดหัวใจตีบ แผลที่เท้าและติดเชื้อ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานพบว่าส่วนใหญ่ชอบกินข้าวเหนียว ไม่ออกกำลังกาย ตลอดจนคิดว่ามียาเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่แล้ว รับประทานอาหารที่ชอบ ทานทุเรียน ขนมหวานในแบบที่ชอบคงไม่เกิดผลกระทบต่อร่างกายมาก สะท้อนให้เห็นปัญหาผู้ป่วยเบาหวาน ขาดความรู้ และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการดูแลตนเอง ที่เป็นสาเหตุทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในหลอดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การดูแลที่ผู้ป่วยเบาหวานจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองต่อเนื่องทั้งจากที่โรงพยาบาลและที่บ้าน ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการสอนและให้ข้อมูลเป็นหลัก แต่ยังไม่มีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่ามีหลายปัจจัยทั้งจากผู้ป่วยหรือจากระบบบริการสุขภาพที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ปัจจัยทางด้านผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยไม่ตระหนักและไม่เห็นถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง หรือไม่มีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง หรือผู้ป่วยบางรายไม่สามารถนำความรู้มาปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตได้[3] ทั้งในเรื่องของการรับประทานอาหารการรับประทานยาการออกกำลังกายหรือรับประทานยาไม่ครบถ้วน ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตต่อไป ซึ่งสามารถป้องกันโดยการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การควบคุมอาหาร[4]

จะเห็นได้ว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลที่ถูกต้อง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเหมาะสมและต่อเนื่องหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง พร้อมทั้งมีพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและด้านการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับใกล้เคียงภาวะปกติมากที่สุดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเพิ่มขึ้น นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขเหมือนบุคคลทั่วไป[5] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายเบาหวานต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร โดย

การส่งเสริมการดูแลตนเองของโอเร็ม[5] ในส่วนของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive educative system) โดยการสอนผ่านรูปแบบการวางแผนจำหน่ายรูปแบบแมทธอด (M-E-T-H-O-D)[6] ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้เรียนรู้ เกิดความสนใจ ใส่ใจ สามารถตัดสินใจ และนำสู่การปฏิบัติดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา ดังนี้ 1) มีอายุระหว่าง 30 –70 ปี เพศหญิง 2) บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) มากกว่า 7 % อย่างน้อยในรอบปีที่ผ่านมา มีประวัติการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวาน และได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสกลนคร ระหว่างเดือนพฤษภาคม – มิถุนายน 2567 3) ไม่มีโรคแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย เช่น โรคหัวใจล้มเหลว และโรคทางระบบหายใจ 4) มีการรับรู้ปกติ 5) สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย และมีโทรศัพท์มือถือที่สามารถสื่อสารติดต่อได้ เกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา ดังนี้ 1) มีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดโครงการ 2) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามหรือ เข้าร่วมโครงการจนสิ้นสุดได้ 3) ขอถอนตัวออกจากโครงการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างการเปรียบเทียบสัดส่วน 2 กลุ่ม ดังนี้

$$n_{case} = \left[\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}\sqrt{\bar{p}\bar{q}\left(1+\frac{1}{r}\right)}+z_{1-\beta}\sqrt{p_1 q_1+\frac{p_2 q_2}{r}}}{\Delta}\right]^2$$

$$p_1 = P(exposure|case), q_1 = 1-p_1$$

$$p_2 = P(exposure|control), q_2 = 1-p_2$$

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

$$p_1 = \frac{p_2 OR}{1+p_2(OR-1)}$$

เมื่อ

P1 = 0.14 กลุ่มที่ Expose คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 1 กลุ่ม อ้างอิงจากผลการศึกษาของโรงพยาบาลสกลนคร ในปี 2566 พบว่าจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สามารถทำได้หลังจำหน่าย ร้อยละ 14[4]

P2 = 0.01 กลุ่มที่ Non-expose คือ กลุ่มควบคุม จากผลการศึกษาของรัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม[5] จากการศึกษาพบว่ากลุ่มนี้จะมีปัญหาด้านการดูแลตนเองหลังวางแผนจำหน่าย ร้อยละ 12

Alpha(α) = 0.05 ค่ามาตรฐานจากตาราง Z ที่ระดับ Type I error (α) กำหนดที่ 5% ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 95%

Beta (β) = 0.2 (ค่ามาตรฐานจากตาราง Z ที่ระดับ Type I error (β) กำหนดที่ 20 % ได้ค่า Power 80 %

ซึ่งเมื่อแทนค่าในสูตรคำนวณแล้ว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 25 คน รวม 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการวางแผนจำหน่ายเบาหวานผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 1) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรค การรักษา การใช้ยา การรักษาความสะอาดแผล อาหารและการออกกำลังกาย สำหรับผู้ป่วย การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย การดูแลเท้า และการสังเกตอาการผิดปกติ การดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อมีอาการผิดปกติเล็กน้อย และการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อมีอาการผิดปกติที่รุนแรง 2) คู่มือการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับพยาบาล ซึ่งมีแนวทางการจัดกิจกรรมตามการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ 4 ด้าน ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ซึ่งมีเนื้อหาตามรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-M-E-T-H-O-D และการจัดกิจกรรมตามแผนการรักษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเป็นโรค ประวัติโรค

ประจำตัว การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน จำนวนสมาชิกในครอบครัว การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคแบคทีเรียกินเนื้อ ประวัติผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในญาติสายตรงในครอบครัว ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า 2.2) แบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 12 ข้อ และ 2.3) แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากงานวิจัยของ รัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม[6] จำนวน 23 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้ค่า KR20 และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.80 และ 0.90 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย

เริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยกลุ่มควบคุม 2 ครั้ง โดยวันแรกผู้วิจัยเข้าพบเพื่อประเมินความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน (pre-test) จากนั้นกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ และพบผู้ป่วยครั้งที่ 2 ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานกลับบ้าน ผู้วิจัยประเมินความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน (post-test) พร้อมทั้งนัดจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการทดลองให้หลังเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลองเสร็จสิ้น กลุ่มทดลองผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 4 ครั้ง วันแรกผู้วิจัยเข้าพบเพื่อประเมินความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน (pre-test) จากนั้นสอนผ่านคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรค การรักษา การใช้ยา การรักษาความสะอาดแผล อาหารและการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วย การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย การดูแลเท้า และการสังเกตอาการผิดปกติ การดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อมีอาการผิดปกติเล็กน้อย และการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อมีอาการผิดปกติที่รุนแรง พร้อมฝึกทักษะในการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละราย เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น ใช้เวลา 60 นาที ครั้งที่ 2 วันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยติดตามเยี่ยม ทบทวนเนื้อหาที่สอนในวันแรก แนะนำส่งเสริมให้กำลังใจ พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามในประเด็นที่สงสัย จากนั้นสอนผ่านคู่มือการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับพยาบาล ซึ่งมีเนื้อหาตามรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-M-E-T-H-O-D และจัดกิจกรรมตามแผนการรักษา ใช้เวลา 60 นาที ครั้งที่ 3 วันที่ 4 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยติดตามเยี่ยม ทบทวนเนื้อหาที่สอนในวันแรกและวันที่ 2 หากผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติไม่ถูกต้องผู้วิจัยจะชี้แนะทันที อีกทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามในประเด็นที่สงสัย พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจโดยการกล่าวชมเชยหากปฏิบัติได้ถูกต้อง ใช้เวลา 30 นาที ครั้งที่ 4 เข้าพบผู้ป่วยเบาหวานก่อนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานกลับบ้าน ผู้วิจัยประเมินความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ Independent t-Test และ Paired t-Test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในกับมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนครหมายเลขโครงการเลขที่ SKHN No.001/2567 เอกสารรับรองเลขที่ COA/2 No.01/2567 มีผลการรับรองตั้งแต่ วันที่ 25 เมษายน 2567-2568

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ มีอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 36) อายุเฉลี่ย 46.60 (SD = 1.58) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 64) ระดับการศึกษามัธยมศึกษา (ร้อยละ 44) ศาสนาพุทธ (ร้อยละ 84) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 60) สิทธิการรักษาบัตรทอง (ร้อยละ 84) รายได้เฉลี่ย 10,001-15,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 60) ระยะเวลาการเป็นโรค 10-20 ปี (ร้อยละ 64)

มีประวัติโรคร่วม 2 โรค (ร้อยละ 60) จำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-4 คน (ร้อยละ 80) เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (ร้อยละ 84) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) 25.0-29.9 (ร้อยละ 60) ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 84) เคยดื่มเหล้า (ร้อยละ 80) และไม่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัด (ร้อยละ 68) กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ มีอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 44) อายุเฉลี่ย 49.30 (SD = 1.32) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 72) ระดับการศึกษามัธยมศึกษา (ร้อยละ 36) ศาสนาพุทธ (ร้อยละ 88) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 52) สิทธิการรักษาบัตรทอง (ร้อยละ 92) รายได้เฉลี่ย 10,001-15,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 68) ระยะเวลาการเป็นโรค 10-20 ปี (ร้อยละ 64) มีประวัติโรคร่วม 2 โรค (ร้อยละ 64) จำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-4 คน (ร้อยละ 76) เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (ร้อยละ 92) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) 25.0-29.9 (ร้อยละ 60) ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 80) เคยดื่มเหล้า (ร้อยละ 80) และไม่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัด (ร้อยละ 64) เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยการทดสอบไคสแควร์ ผลการทดสอบพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 7.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.39 กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 7.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.77 เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Independent t-Test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 0.177, p = 0.86) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 21.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.41 กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 7.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.38 เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Independent t-Test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 36.52, p = 0.00)

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน 44.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.99 กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน 41.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.01 เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Independent t-Test พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 1.319, p = 0.194) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน 95.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.62 กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน 44.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.99 เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Independent t-Test พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 28.97, p = 0.00) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 25)กับกลุ่มควบคุม (n = 25)

กลุ่มตัวอย่าง/ตัวแปร		ก่อนทดลอง		t	p-value	หลังทดลอง		t	p-value
		$\bar{x}$	S.D.			$\bar{x}$	S.D.		
ความรู้	กลุ่มควบคุม	7.20	1.77	0.177	0.86	7.20	1.38	36.52	0.00*
	กลุ่มทดลอง	7.12	1.39			21.64	1.41		
พฤติกรรม	กลุ่มควบคุม	41.84	6.01	1.319	0.194	44.08	5.99	28.97	0.00*
	กลุ่มทดลอง	44.08	5.99			95.84	6.62		

*p < 0.05

3. เปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 7.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.77 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 7.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.38 เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired t-Test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 0.00, p = 1.00) กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 7.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.39 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 21.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.41 เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired t-Test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 37.44, p = 0.00)

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือด 41.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.01 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 44.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.99 เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired t-Test พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 1.50, p = 0.145) กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือด 44.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.99 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 95.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.62 เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired t-Test พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 30.98, p = 0.00) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มควบคุม (n = 25) และกลุ่มทดลอง (n = 25) ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง/ตัวแปร		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
		$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ความรู้	กลุ่มควบคุม	7.20	1.77	7.20	1.38	0.00	1.00
	กลุ่มทดลอง	7.12	1.39	21.64	1.41	37.44	0.00*
พฤติกรรม	กลุ่มควบคุม	41.84	6.01	44.08	5.99	1.50	0.145
	กลุ่มทดลอง	44.08	5.99	95.84	6.62	30.98	0.00*

*p < 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่า ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยเพิ่มความสามารถให้กับผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้วิจัยได้จัดกระทำอย่างเป็นขั้นตอน โดยสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ จากนั้นสอนผ่านรูปแบบการวางแผนจำหน่ายเบาหวานผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 1) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย และ2) คู่มือการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับพยาบาล เพื่อให้เข้าใจรับรู้ในดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งกิจกรรมการสอนผ่านดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้าใจเนื้อหาอย่างชัดเจนจากการดู ฟัง อ่านและมองเห็นภาพที่ชัดเจน สามารถทวนซ้ำเนื้อหาได้ด้วยตนเอง รูปแบบมีความน่าสนใจ จึงทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานทำความเข้าใจและจดจำได้ดีมากกว่าการอธิบายให้คำแนะนำด้วยปากเปล่า นอกจากนี้ผู้วิจัยได้

จัดสิ่งแวดล้อมโดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับการปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับประสบการณ์จริง สามารถซักถามปัญหาได้โดยตรง ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดความเข้าใจและจดจำในเรื่องที่สาธิตได้ดีและนานยิ่งขึ้น รวมทั้งได้ติดตามเยี่ยมเพื่อทวนซ้ำความรู้ ชี้แนะปัญหาที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง สนับสนุนให้กำลังใจและกล่าวชมเชยหากปฏิบัติได้ถูกต้อง จะเห็นว่ากระบวนการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ดังกล่าว มีการนำใช้กับผู้ป่วยเบาหวานอย่างเป็นลำดับขั้นตอน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการเรียนรู้ รับรู้ เข้าใจ ใส่ใจ และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและต่อเนื่อง สอดคล้องกับ จันทร์จิรา สีสว่าง[7] ที่นำเอาโปรแกรมสนับสนุนและการจัดการตนเองมาใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและควบคุมระดับความดันโลหิต ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้ด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา พร้อมทั้งมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการฝึกทักษะ การ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนให้ความรู้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองและควบคุมระดับความดันโลหิต และภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยให้การดูแลโดยใช้ระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ โดยการจัดกิจกรรมอย่างเป็นลำดับขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มมาใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย ดังนี้

2.1 การสอน ผู้ป่วยเบาหวานต้องมีความพร้อมและความใส่ใจ เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อสิ่งที่ได้เรียนรู้และพร้อมที่จะปฏิบัติตาม ผ่านรูปแบบการวางแผนจำหน่ายเบาหวานผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 1) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรค การรักษา การใช้ยา การรักษาความสะอาดแผล อาหารและการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วย การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย การดูแลเท้า และการสังเกตอาการผิดปกติ การดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อมีอาการผิดปกติเล็กน้อย และการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อมีอาการผิดปกติที่รุนแรง 2) คู่มือการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับพยาบาล ซึ่งมีแนวทางการจัดกิจกรรมตามการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ 4 ด้าน ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ซึ่งมีเนื้อหาตามรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-M-E-T-H-O-D และการจัดกิจกรรมตามแผนการรักษาตลอดจนเปิดโอกาสให้ซักถามประเด็นที่ไม่เข้าใจ พร้อมทั้งประเมินผลโดยให้ผู้ป่วยเบาหวานบอกข้อมูลต่าง ๆ ย้อนกลับหลังการสอนเสร็จสิ้น ทำให้ผู้วิจัยสามารถประเมินการรับรู้และแก้ไขข้อบกพร่องในการรับรู้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยเบาหวานได้ทันที พร้อมทั้งให้ข้อมูลในเรื่องเดิมซ้ำ ๆ เมื่อประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยเบาหวานยังไม่เข้าใจ สอดคล้องกับ สวรรค์ รุจิชยากูร[8] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนที่มีต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหอบหืดโรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอน หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นการสอนโดยใช้สื่อการสอนที่เหมาะสมจึงช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการเรียนรู้ที่ดี

2.2 การชี้แนะ ติดตามเยี่ยมให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเบาหวานทำให้เกิดความตระหนักในการดูแลตนเองที่ต่อเนื่อง หากผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้องจะได้รับการชี้แนะทันที พร้อมทั้งชี้แนะให้ให้ถึงผลกระทบที่อันตรายต่อสุขภาพหากปฏิบัติไม่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้เข้าใจ และจดจำ ตลอดจนปรับแก้พฤติกรรมการดูแลให้ถูกต้อง อีกทั้งเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้คาดการณ์ตัดสินใจและเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาได้เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดพฤติกรรมที่เป็นการกระทำอย่างจง

ใจมีเป้าหมายมองเห็นความสำคัญของการปฏิบัติ นำสู่การปฏิบัติกิจกรรมการตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม[5]

2.3 การสนับสนุน เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลด้วยตนเองได้ แม้ตกอยู่ในภาวะเครียดจากเหตุการณ์การเจ็บป่วยที่ประสบอยู่ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดความมั่นใจ มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแล การให้กำลังใจผู้ป่วยโรคเบาหวานเมื่อต้องเผชิญกับภาวะเครียดจากการเจ็บป่วย โดยการกล่าวชมเชยเมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ สิ่งเหล่านี้เป็นเสมือนแรงกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการกระทำซึ่งแรงจูงใจเป็นหนึ่งในพลังความสามารถ 10 ประการที่เชื่อมโยงกับความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องต่อเนื่อง[5]

2.4 การจัดสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้เล็งเห็นคุณค่าและพัฒนาความสามารถของตนเอง ตลอดจนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอย่างเหมาะสม การจัดสิ่งแวดล้อมโดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับวิธีการปฏิบัติดูแลตนเอง จึงเป็นกิจกรรมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเห็นวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจน อีกทั้งการใช้วิธีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับรายบุคคลเป็นการคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของแต่ละคน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับคำแนะนำและสนับสนุนช่วยเหลือด้วยวิธีการที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล[5]

ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายเบาหวานต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ตึกอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร ให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลตนเอง โดยสนับสนุนให้ส่งเสริมเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การดูแลเท้า และพฤติกรรมดูแลตนเอง

2. ควรมีการส่งเสริมความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การดูแลเท้า และการดูแลตนเอง โดยบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อให้ทราบถึงความแตกต่าง และหาแนวทางการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและบุคลากร ในโรงพยาบาลสกลนคร ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักระบาดวิทยา.(2567). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2555. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.(2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ:สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.
3. ชัชลิต รัตรสาร.(2560). สถานการณ์ปัจจุบันและความร่วมมือเพื่อปฏิรูปการดูแลรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย.โนโวนอร์ดิสค์.
4. โรงพยาบาลสกลนคร. (2566). กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคเบาหวานจากฐานข้อมูล HDC
5. Orem DE.(2001). Nursing concept of practice. 6th ed. St.Louis.
6. รัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม และคณะ.(2557). ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารสภาการพยาบาล.. 29(2): 101-113.
7. จันทร์จิรา สีสว่าง และคณะ.(2557). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2557; 20(2): 179-192.
8. สวรรค์ รุจิชยากูร. (2564). ผลของโปรแกรมการสอนที่มีต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2(1): 91-97.

ECH Journal

of environmental and community health

VOL.9 NO.3 May - June 2024

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม – มิถุนายน 2567

ISSN : 2672-9717

PART II

ECH JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม – มิถุนายน 2567 VOL. 9 NO. 3 May – June 2024 **Part 2**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้การจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม 291
ธนัญญา แสนบรรดิษฐ

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม 297
อารีรัตน์ แพงยอด

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม 308
อนุชิต ขันทะชา ,วราลี วงศ์ศรีชา ,วนัสนันท์ ไตรยราช

ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม 318
นันทยา นนเลาพล ,สิโรนี ฟองแก้ว ,พรสวรรค์ นาวงหา ,ไขพร อุ่นเทียมโสม ,พจมาน นาวงศ์หา และมนันยา มณีประกรณ์

ผลของการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ D-METHOD ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการและระดับเฟอร์ริตินในผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาการให้เลือด 327
สุมนา แจ้งวัง ,เกศกัญญา ไชยวงศา ,ศิรินุช เปรมโต

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม โรงพยาบาลสกลนคร 337
จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี

ผลของการพัฒนารูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง โรงพยาบาลอุดรธานี 346
อัญชลี ถิ่นสอน ,พรพันธ์ คณาศรี ,รัชนี เจริญเพ็ง ,จุฬาภรณ์ ศรีโท ,ปานวดี มณีศรี

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นต่ออาการปวดและบวมของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดดามเหล็ก กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี 356
พรพันธ์ คณาศรี ,อัญชลี ถิ่นสอน ,ธิดารัตน์ จำปาวงศ์ ,อัจฉรา คำมะทิตย์

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลอุบลรัตน์ 368
พวงเพชร จันทร์บุตร ,เยาวลักษณ์ มัคคะน้อย ,นิภา ไทโส ,คณรัตน์ เดโฟเซซ์ ,รัชนี พจนา ,สุรดา โพธิ์ตาทอง ,วราลักษณ์ กองสิน

ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกาย(Timed Up and Go, 30 second chair stand, 4 stage balance) ในผู้สูงอายุ 376
คณรัตน์ เดโฟเซซ์ ,วราลักษณ์ กองสิน ,รัชนี เจริญเพ็ง ,พวงเพชร จันทร์บุตร

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบางปลาม้า 385
พัชรมนต์ ไกรสร

การสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะ 3 คลินิกอายุรกรรม งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย 395
ศิริวรรณ สิงหศิริ ,เพ็ญจันทร์ โฮมหงษ์ ,นงค์นุช โฮมหงษ์

ผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร 402
เกษร บัวขันธ์

ประสิทธิภาพของการส่งเสริมความรู้ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร 410
ลัดดาวัลย์ นรสาร

ผลของการให้คำปรึกษารายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินรายใหม่ 420
วาสนา แสนมหาชัย

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพชุมชน
JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH

ECH
JOURNAL

ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม – มิถุนายน 2567 VOL. 9 NO. 3 May – June 2024 **Part 2**

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้นในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาชนิดกินต่อการเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ในโรงพยาบาลปะทิว จังหวัดชุมพร 429
ลำเนาว์ ใจโต

ผลของโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร 439
อมาวสี ทองโมทย์

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน 450
วัชราพร ดวงแก้ว ,อรทัย ธรรมป๊อก ,ธนิตา จิตนารินทร์ ,อัญชลี ศรีสุตา ,มาลีวรรณ เกษตรทัต

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย 462
วไลพร หงส์พันธ์

การประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 471
บุญญพร เหล่าสุวรรณ

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลคำตากล้า จังหวัดสกลนคร 480
อรัญญา วงศ์สวัสดิ์ ,วัลภา เฟื่อยงาราช

ประสิทธิภาพของถ่านดัดแปลงสภาพจากกะลามะพร้าวชนิดต่างกันในการดูดซับสีโรดาห์มีนบี 489
วัสมาส พุ่มจันทร์ ,อัญชลี เจริญวัย ,สมเจตน์ ทองดำรงธรรม ,สิทธิชัย ใจขาน และจิราภรณ์ หลาบคำ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสมบูรณ์ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ 498
วีรวัฒน์ รัศมี

ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อลดการบาดเจ็บบริเวณจมูกในทารกแรกเกิดที่ได้รับออกซิเจนแรงดันบวกอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม 507
ไพรวัลย์ ไชยโกษี

ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียเก้า ตำบลคำน้ำแซบ อำเภอวารินชำราบจังหวัดอุบลราชธานี 518
เกียรติศักดิ์ วิจักษณกุล

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน เขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝั่งแดง จังหวัดนครพนม 528
กรรธิมา ฝาระมี ,รินทร์หทัย ธนพรสิทธิกูล ,ผกาพรรณ อังคนาวราพันธุ์ ,อุเทน สุทิน

การผลิตถ่านอัดแท่งจากตะกอนน้ำเสียจากกระบวนการผลิตเครื่องปรุงรสและถ่านกะลามะพร้าว 538
ประยุกต์ เดชสุทธิกร ,ธรรมวัฒน์ อุปวงษาพัฒน์ ,รจฤดี โชติกาวินทร์ ,ธีรยุทธ เสงี่ยมศักดิ์ ,อารีรัตน์ แต้มรู้ ,จิดาภา รัตนประเสริฐ ,ธัญญพร เต็นประโคน ,ศิริวรรณ บรรเลงทรัพย์ และสุกัญญา นาเมือง

รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 548
จรรยาพร ผลยังส่ง ,แดนวิชัย สายรักษา ,สัญญา เคณาภูมิ

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 27 (ปีที่ 9 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน พฤษภาคม – มิถุนายน 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านโรคติดต่อและไม่ติดต่อ ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายต่อความรู้ความวิตกกังวลและการเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องทางด่วนจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสู่ห้องผ่าตัด พัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกชีวาภิบาล การเกิดภาวะแท้งคุกคามในหญิงตั้งครรภ์และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม การคุมกำเนิดต่อความรู้และความตั้งใจในการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด การดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบมีส่วนร่วม การฝึกอบรมการคัดกรองผู้ป่วยตามความเร่งด่วนสำหรับพยาบาลวิชาชีพ การส่งเสริมการล้างมือ เพื่อป้องกันโรคมือ เท้า ปาก การรับส่งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์โดยแนวคิดลีน การจัดการภาวะฉุกเฉินในช่องทางเข้าออกประเทศ การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง ผู้ป่วยวัณโรคเยื่อหุ้มปอดในผู้ป่วยเอดส์ การพยาบาลมารดาคลอดก่อนกำหนดและมีภาวะช็อคจากการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก การจัดการคุณภาพโดยรวมของกองแพทย์หลวง ผู้ป่วยกระดูกฝ่าเท้าหักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด การให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของผู้รับบริการ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันก่อนการส่งต่อช่องทางด่วน ลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นวัณโรคปอด การพยาบาลผู้ป่วยโรคตาแห้ง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบตีกอายุรกรรม พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กิจกรรมเสริมการรักษาสี่เสาสร้างสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ต่อมลูกหมากโต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง การวางแผนจำหน่ายเบาหวานต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การดูแลโดยใช้การจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่เข้ารับการฟอกเลือด การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กระบวนการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ D-METHOD ส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน การประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ การจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นต่ออาการปวดและบวมของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก การดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง การจัดการตนเองในการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกาย การวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้นในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

การพัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้การจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม

Development of care model using self-management in patients with chronic kidney failure who received hemodialysis using hemodialysis machine Pla Pak Hospital Nakhon Phanom Province.

(Received: June 13,2024 ; Revised: June 17,2024 ; Accepted: June 19,2024)

ธนัญญา แสนบรรดิษฐ[1]
Tananya Sanbanditi[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลโดยใช้การจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลปลาปาก คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ ที่คัดเข้าได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 23 คน เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีระยะเวลาศึกษา 3 เดือน ตั้งแต่วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 23 พฤษภาคม 2567 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติที

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลโดยใช้การจัดการตนเอง , ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย , การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Abstract

This research study was action research. The objective is to study the model of care using self-management. Patients with end-stage renal disease who received hemodialysis using a hemodialysis machine Pla Pak Hospital Nakhon Phanom Province. The sample group was patients with end-stage renal disease. who received hemodialysis using a hemodialysis machine in the hemodialysis unit Pla Pak Hospital Select a specific type according to the inclusion criteria The sample size was 23 people. The tool for collecting data was a personal information interview form. and a questionnaire on self-management behavior of patients with end-stage renal failure receiving hemodialysis. The study period is 3 months from 23 February 2023 to date. 23 May 2024. Data were analyzed using descriptive statistics. In the personal information interview form By distributing frequencies, percentages, means, and standard deviations. and a questionnaire on self-management behavior in patients with end-stage renal disease. who received hemodialysis using a hemodialysis machine.Data were analyzed to compare the differences in mean scores on self-management behavior. between the control group and the experimental group before and after participating in the program By using statistics.

Research results found that sample group There was a significant difference in the mean scores of self-management behavior before and after the experiment at the .05 level.

Keywords: self-management care model, end-stage renal disease patients, hemodialysis

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยเฉพาะในระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease) เนื่องจากเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก และเป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายสูง ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข[1] พบว่าอุบัติการณ์ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เท่ากับ 35,944, 117, 377 คน ในปี พ.ศ. 2564, 2565 ตามลำดับ

สถานการณ์จังหวัดนครพนม ในปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบอัตราป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ร้อยละ 5.88 , 6.08 และ 6.47 จะเห็นได้ว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และพบอัตราตายด้วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายต่อแสนประชากรเท่ากับ 4.45, 5.57 และ 6.60 ตามลำดับ สาเหตุเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ได้แก่ พันธุกรรม เพศ อายุ โดยพบประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงมากขึ้น และปัจจัยอื่นที่ส่งเสริมให้เกิดโรค ได้แก่ ความอ้วน พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น ขาดการออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการมีภาวะเครียดในการใช้ชีวิตประจำวันเป็นประจำ การสูบบุหรี่ และการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง[2]

โรงพยาบาลปลาปาก อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม พบอัตราป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ร้อยละ 4.75 , 5.12 และ 6.11 ตามลำดับ อัตราตายด้วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายต่อแสนประชากรเท่ากับ 3.35, 4.21 และ 5.62 ตามลำดับ เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 – 5 จำนวน 152, 202 และ 319 ราย ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลปลาปาก มีหน่วยไตทียมที่ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งหมดจำนวน 10 เครื่อง มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่เข้ารับบริการตั้งแต่ปี 2564 – ปี 2566 จำนวน 32, 48 และ 61 ราย ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน การรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย แบ่งเป็น 2 วิธีคือ การรักษาเพื่อชะลอความเสื่อมของไตประกอบด้วย 1. คือการควบคุมอาหารและน้ำร่วมกับการบำบัดด้วยใช้ยาและอีก2. คือการบำบัดทดแทนไต[2]

ในปัจจุบันการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นการบำบัดทดแทนไตที่นิยมมาก แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่าการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะให้ผลดีในการขจัดของเสียและสารน้ำในร่างกาย แต่การรักษาดังกล่าวก็ไม่สามารถควบคุมระดับของเสียในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้อย่างสมบูรณ์ นอกจากนี้ยังนำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มากมาย เช่น ภาวะน้ำเกิน ภาวะความดันโลหิตต่ำ ใจเต้นผิดจังหวะ การติดเชื้อ เป็นต้น ซึ่งหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลปลาปากได้เก็บรวบรวมข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ตั้งแต่ปี 2564 – ปี 2566 พบว่ามีจำนวนร้อยละ 25 , 38 และร้อยละ 47 ตามลำดับ[2] จากรูปแบบการให้บริการที่ผ่านมาของหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลปลาปาก พบว่ากระบวนการทำงานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ยังไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุมในทุกด้าน เช่น ด้านระบบบริการจะเป็นของหน่วยไตเทียมดูแล เมื่อผู้ป่วยต้องได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านพยาบาลหน่วยปฐมภูมิจะทราบข้อมูลผู้ป่วยจากระบบเวชระเบียน ไม่ได้รับข้อมูลจากหน่วยไตเทียม ขาดความเชื่อมโยง ประสานงาน การทำงานและการประสานงานของทีมสหวิชาชีพ เป็นการทำงานคนละส่วน ด้านตัวผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลขาดการพัฒนาทักษะความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างต่อเนื่อง ปัญหาดังกล่าวส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนฟอก ระหว่างฟอกและหลังการฟอกเลือด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ สหวิชาชีพ และผู้เกี่ยวข้อง โดยร่วมกันวางแผนการ

ดูแลผู้ป่วย ร่วมกันปฏิบัติ ดำเนินจัดกิจกรรมการให้ความรู้ การฝึกทักษะ การเยี่ยมบ้านร่วมกัน สร้างความตระหนัก ทั้งแบบกลุ่มและ รายบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่ถูกต้องเหมาะสม โดยชี้แนะสนับสนุน ให้การดูแลแบบองค์รวมปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วยเป็นกลวิธีหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ รวมทั้งการสังเกตและการสะท้อนกลับการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโดยการการจัดการตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[3]

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดระบบบริการการดูแลที่มีแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สร้างการมีส่วนร่วม บูรณาการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ มีการจัดสรรทรัพยากรบุคคล งบประมาณ วัสดุ และสิ่งของที่เอื้ออำนวยให้สามารถจัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพ มีการควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผลการดำเนินงานโดยให้ความสำคัญกับมิติการดูแลทั้งทางกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งสนับสนุนการตัดสินใจในการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยมีการจัดระบบข้อมูลข่าวสารที่ช่วยเอื้อในการดูแล โดยการนำแนวคิดการจัดการตนเอง (Selfmanagement) มาใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ[4] ซึ่งจำเป็นต้องทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีความรู้ความเข้าใจ ในโรค มีทักษะในการแก้ปัญหา ให้เกิดความมั่นใจที่จะลงมือ กระทำและแก้ปัญหา เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายลดภาวะแทรกซ้อน และนำไปสู่ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืนและวางแนวทางการให้บริการ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย อันจะช่วยให้ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้การจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยการใช้การจัดการตนเองเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ใน ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลปลาปาก จำนวน 23 คน ในช่วง ตั้งแต่ วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 23 พฤษภาคม 2567 รวมระยะเวลา 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในอำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม ทั้งหมด จำนวน 64 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในหน่วย ไตเทียม โรงพยาบาลปลาปาก คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่คัดเข้า ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 23 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม พร้อมทั้งมีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอปลาปาก อย่างน้อย 1 ปี 2) มีอายุตั้งแต่ 20-60 ปี 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ อ่านออกเขียนได้และสื่อสารได้ปกติ การได้ยินปกติ การมองเห็นปกติ และเคลื่อนไหวได้ปกติ 4)

ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงภาวะฉุกเฉินที่ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) 1) ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษา 2) เจ็บป่วยด้วยการเจ็บป่วยรุนแรง ภาวะฉุกเฉินที่ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ 3) ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ไม่สามารถเข้าร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่มได้ครบ 2 ครั้ง 4) ไม่อยู่ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้ ด้านการบริโภคอาหาร 5 ข้อ ด้านอารมณ์และออกกำลังกาย 5 ข้อ และด้านการใช้ยาสมเหตุสมผล 5 ข้อ รวมทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบลักษณะการวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ พฤติกรรมดี หมายถึงปฏิบัติ 5-7 วันในหนึ่งสัปดาห์ให้คะแนนเท่ากับ 3 ,พฤติกรรมค่อนข้างดี หมายถึงปฏิบัติ 3-4 วันในหนึ่งสัปดาห์ ให้คะแนนเท่ากับ 2 , พฤติกรรมพอใช้ หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 วันในหนึ่งสัปดาห์ ให้คะแนนเท่ากับ 1, พฤติกรรมไม่ดี หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลยให้คะแนนเท่ากับ 0

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 1) คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2) แผนการสอนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.87 ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วคำนวณ หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86

การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) นัดประชุมผู้ช่วยดำเนินงานวิจัยเพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งเกณฑ์การ

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดเวทีเสริมความรู้และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

สัปดาห์ที่ 2-5 ให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในวันที่มารับบริการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทั้งหมดจำนวน 4 ครั้ง โดยการใช้รูปแบบการจัดการตนเองประกอบด้วย การให้ความรู้ตาม

คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยใช้แผนการสอนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย คู่มือและแผนการสอนรายบุคคล

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation)

สังเกตุ การติดตามนิเทศงาน ประเมินผลการดำเนินงาน และการบันทึกข้อมูล การสังเกต การมีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

การสะท้อน ประเมินผลและแก้ไขปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม คืนข้อมูลและรับฟังเสียงสะท้อนอุปสรรคในการดำเนินการ จากผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อ

ปรับปรุงรูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอเค้าโครงวิจัยแก่จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่ REC 152/66 วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567 เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงได้ดำเนินการศึกษาต่อ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็น เพศชายร้อยละ 65.22 เพศหญิงร้อยละ 34.78 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 86.96 อายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 8.67 สถานภาพคู่ ร้อยละ 69.97 โสดร้อยละ 13.04 และหม้าย/ หย่า/ แยก ร้อยละ 13.04 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.96 มัธยมศึกษา 13.04 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 69.57 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 17.39 และอาชีพรับจ้าง 4.37 รายได้ในครอบครัวมากกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 54.8 รายได้ 3,000 – 5,000 บาท ร้อยละ 25.8 และรายได้ < 3000 ร้อยละ 19.4 7. ระยะเวลาที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ปี) 10-14 ปี ร้อยละ 65.22 < 5 ปี ร้อยละ 34.78 ตามลำดับ

2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังการการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้การจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คะแนนรายด้านของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนการพัฒนา พบว่าด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 1.59 , S.D=0.60) หลังการพัฒนาอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 2.13 , S.D=0.62) ด้านอารม์และการออกกำลังกาย ก่อนการพัฒนา อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 1.68, S.D=0.62) หลังการพัฒนาอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 2.69 , S.D=0.44) และด้านการใช้ยาสมเหตุผล ก่อนการพัฒนา อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 1.86 , S.D=0.66) หลังการพัฒนาอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 2.65 , S.D=0.48)

สรุปและอภิปรายผล

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังจากได้รับความรู้ทางด้านสุขภาพ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 10-14 ปี ดังนั้นการที่ได้รับการรักษาอยู่นานผู้ป่วยย่อมจะได้รับการสอน/คำแนะนำเรื่องความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมาอย่างสม่ำเสมอ จากทีมสหวิชาชีพ สื่อ วิทยุโทรทัศน์ และเอกสารต่างๆ ซึ่งกล่าวถึงการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร การรับประทานยา ด้านอารม์และการออกกำลังกาย และด้านการใช้ยาสมเหตุผล ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดการใช้รูปแบบการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ประกอบด้วย คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและแผนการสอนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง มีความคงทนของความรู้ซึ่งเป็นความจำระยะยาวที่คงอยู่ได้นานและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง[5]

2. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้นหลังได้รับการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ อาจเป็นเพราะการใช้รูปแบบการสอนจะทำให้ผู้สอนได้ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายทำให้สามารถให้ความรู้ได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด อีกทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กันโดยตรง สามารถสื่อสารได้สองทาง ทำ

ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นกันเอง ผู้ป่วยมีโอกาสซักถามปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง สามารถช่วยแก้ปัญหาส่วนตัวได้ทันที นอกจากนี้ผู้สอนยังสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการอธิบายเหตุผลข้อเท็จจริง อีกทั้งการที่ผู้ป่วยได้รับคู่มือในการดูแลตนเองกลับไปใช้ที่บ้าน เมื่อผู้ป่วยเกิดข้อสงสัยจะทำให้สามารถนำคู่มือมาทบทวนได้และใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง[6]

ดังนั้นจากผลการวิจัย พบว่าก่อนการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีพฤติกรรมการจัดการตนเอง ดังนี้ด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนาอยู่ในระดับดี ด้านอารม์และการออกกำลังกาย ก่อนการพัฒนา อยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนาอยู่ในระดับดี และด้านการใช้ยาสมเหตุผล ก่อนการพัฒนา อยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนาอยู่ในระดับดี และหลังจากให้ความรู้ทางด้านสุขภาพในระยะเวลา 4 สัปดาห์ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีทุกด้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการให้ความรู้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นในเรื่อง การใช้ยาแก้ปวดข้อ ปวดกระดูก ยาชุด ยาหม้อ ยาสมุนไพร และการหลีกเลี่ยงอาหารเค็ม ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคไตวายเรื้อรังเพื่อ ป้องกันและชะลอความเสื่อมของไต

2. ควรมีการให้ความรู้เพื่อปรับทัศนคติที่ดีต่อการรักษาในเรื่อง โรคไตวายสามารถป้องกันและชะลอความ เสื่อมของไต และรับการรักษาบำบัดทดแทนไตในเวลาที่เหมาะสม

3. ปรับปรุงแผนการสอนเพิ่มเน้นความสำคัญเรื่องการคำนวณน้ำดื่มและความสำคัญของการออกกำลังกาย การรับทานยา ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

4. ผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการพยาบาลหรือโปรแกรมการดูแลโดยใช้การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ดีขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้

5. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2565. [อินเตอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2565]; เข้าถึงได้จาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/StrategyPlanAndPA,2565
2. โรงพยาบาลปลาปาก. ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ประจำปีงบประมาณ 2565. นครพนม: งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ,2565.
3. กิติมา เศรษฐ์บุญสร้างและประเสริฐ ประสมรักษ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตวาย เรื้อรังระยะ สุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2559;4(4):485-503.
4. สุนีรัตน์ สิงห์คำ.การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยการเสริมสร้าง พลังภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม อำเภอแกดำ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2559;3(1)92-9. 47.
5. ชัชวาล วงค์สารี และจริยา กฤติยาวรรณ. การให้ความรู้แบบเข้มข้นเพื่อบำบัดภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม: บทบาทพยาบาลไตเทียม. วารสาร มฉก.วิชาการ 2560; 21(41): 137 - 50.
6. ศิริลักษณ์ ถุงทอง, ทิพมาส ชิณวงศ์, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. ผลของโปรแกรมสนับสนุน การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและ ผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2558;35(1):67-83.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม

The effects of a program to promote healthy behavior according to health belief model to control blood sugar levels in type 2 diabetic mellitus patients to uncontrol blood sugar levels Nawa Hospital Nakhon Phanom Province

(Received: June 13,2024 ; Revised: June 17,2024 ; Accepted: June 19,2024)

อารีรัตน์ แพงยอด[1]
Areerath Phaengyod[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลนาหว้า ศึกษาในเดือนเมษายน - มิถุนายน 2567 จำนวน 35 คน เปรียบเทียบก่อนและหลังชนิดแบบ 1 กลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ แบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผลลัพธ์ทางคลินิก โดยสถิติเชิงพรรณนาหาความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างเพื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา : พบว่า 1) การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 3) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This research is a quasi-experimental research aimed to study the results of a health behavior promotion program based on health belief patterns to control blood sugar levels in patients with type 2 diabetes who cannot control their blood sugar levels. Nawa Hospital Nakhon Phanom Province. Study among patients with type 2 diabetes who received services in a chronic disease clinic. Primary and Holistic Services Group Nawa Hospital Study in April - June 2024, number of 35 people, comparing before and after in 1 group. The tools used to collect data include general information questionnaires and health information. Perception assessment based on health belief patterns and a questionnaire on behavior to control blood sugar levels in patients with type 2 diabetes. General data analysis. Perception of health belief patterns Behavioral practices to control blood sugar levels in patients with type 2 diabetes and clinical outcomes using

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม

descriptive statistics for frequency, percentage, and standard deviation. Differences were tested for comparison using Paired t-test statistics.

Results : It was found that 1) Perception of health belief patterns of type 2 diabetes patients after the experiment had a higher mean score than before the experiment. Statistically significant at the 0.05 level. 2) Practice behavior to control blood sugar levels in type 2 diabetes patients was found to have a higher mean score after the experiment than before the experiment. Statistically significant at the level of 0.05 and 3) accumulated sugar levels in the blood It was found that after the experiment the average value was lower than before the experiment. Statistically significant at the 0.05 level.

Keywords : Type 2 diabetic patients, health behavior promotion, health belief patterns, blood sugar control in type 2 diabetic patients.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ปัจจุบันความชุกทั่วโลก 425 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2588 จะเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน[1] พบมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็น 3.2 ล้านคนในแต่ละปี ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 7 ของประชากรทั่วโลก[2] ประเทศไทยพบอัตราการป่วย 6,142.06 ต่อประชากรแสนคน หรือร้อยละ 8 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่[3] พบอัตราตาย 17.83 ต่อประชากรแสนคน[4] และพบว่าผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีร้อยละ 38.2 เท่านั้น[1] ภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี[5,2] ผู้ป่วยต้องทนต่อความทุกข์ทรมานจากตัวโรคและการรักษา[6] ส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[7]สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่สำคัญที่ทุกภาคส่วนจะต้องให้ความสำคัญในการจัดการเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้นที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังซึ่งพบบ่อยที่สุดของโรคในระบบต่อมไร้ท่อ เกิดจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอินซูลิน ส่งผลทำให้กระบวนการ เมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีนผิดปกติไป ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้[4] การรักษาโรคเบาหวานเน้นการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เน้นส่งเสริมด้านความรู้โรคเบาหวานและสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำรงชีวิต ด้านการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายที่เหมาะสม การรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้สามารถควบคุมเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ[1] ดังนั้นการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงถือว่าเป็นวิธีการจัดการดูแลที่ตรงจุดและเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อป้องกันผลกระทบ ข้างต้นได้[8]

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลนาหว้า ให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังครอบคลุมทุกโรค พบสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นในแต่ละปี โดยในปี พ.ศ. 2564-2566 พบจำนวน 2,738, 2,726 และ 2,794 รายตามลำดับ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 99.96, 99.82 และ 99.68 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด เมื่อวิเคราะห์ด้านผลลัพธ์ของการรักษา พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ 72.13, 76 และ 72.19 ตามลำดับ และเมื่อวิเคราะห์การเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 18.12, 14.38 และ 11.70 ตามลำดับ มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 0.18, 0.26 และ 0.07 ตามลำดับ มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2.63, 2.50 และ 2.40 ตามลำดับ มีภาวะแทรกซ้อน

ทางหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 0.37, 0.26 และ 0.36 ตามลำดับ และมีภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ร้อยละ 1.79, 1.87 และ 1.18 ตามลำดับ จากการศึกษานำร่องเพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถความคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ พบว่า ผู้ป่วยใช้ยาไม่ถูกโดยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ใช้ยาผิดขนาด บางรายปรับลดยาเองเพราะเชื่อว่าสามารถปรับลดยาได้ตามการรับประทานอาหารในแต่ละวัน บางรายไม่ออกกำลังกายเนื่องจากคิดว่าการทำงานคือการออกกำลังกาย บางรายทานข้าวเหนียวเนื่องจากเชื่อว่าทำให้ทำงานได้นานขึ้น ซึ่งสอดคล้องการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าต้องควบคุมอาหารแต่รับรู้ว่าไม่ต้องควบคุมปริมาณและรับรู้ว่าผลไม้รสหวานและขนมหวานถ้ารับประทานนานๆ ครั้งไม่ต้องควบคุมปริมาณ และพบว่ารับประทานข้าวเหนียวเป็นหลักซึ่งครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยไม่ควบคุมปริมาณ ผู้ป่วยรับประทานข้าวเหนียวโดยมีเหตุผลว่าทำให้มีแรงในการทำเกษตร ในด้านการออกกำลังกายพบว่าไม่มีเวลา และบางรายมีความคิดว่าการทำงานหนักเป็นการออกกำลังกาย และนอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายมีวิธีการรักษาเยียวยาแบบอื่นร่วมด้วย เช่น รับประทานยาสมุนไพรและยาพื้นบ้าน รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ปรับลดยาเอง ซึ่งจากพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงการมีความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้องส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จึงทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจหรือการยอมรับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ สุขภาพ อนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลให้มีการปฏิบัติตามความเห็นความเข้าใจของบุคคล ดังนั้นเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจึงมีการปฏิบัติตัวหรือมีพฤติกรรมทางสุขภาพอนามัยที่แตกต่างกันไป แสดงให้เห็นว่าความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดแรงจูงใจและกระตุ้นให้บุคคลเกิดความรับผิดชอบและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี[9] ซึ่งหลายๆ การศึกษาที่ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางด้านสุขภาพ สามารถควบคุมภาวะโรคได้[10, 11, 12]

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็น คณะกรรมการบริหารในการกำหนดนโยบายของหน่วยงานและ การดูแลด้านภาวะสุขภาพ รวมทั้งเป็นบุคลากรสาธารณสุขและเป็นผู้รับผิดชอบหลักในเชิงนโยบาย จึงมีความสนใจที่จะจัดทำโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลนาหว้า โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เน้นส่งเสริมการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจและมีพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ช่วยควบคุมภาวะโรคที่ดีซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

วิธการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลนาหว้า ที่มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการ ในระหว่างเดือน เมษายน ถึง มิถุนายน 2567

ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลนาหว้า โดยกำหนดคุณลักษณะของประชากร ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 2) มีผลการตรวจเลือดและพบว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมหลังงดอาหาร 12 ชั่วโมงขึ้นไป เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 7.50 3) อายุ 20 ปีขึ้นไป 4) ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอาศัยในเขตอำเภอ นาหว้า และกำลังรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิก โรคเรื้อรัง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม 5) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 6) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 7) สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีผลการตรวจเลือดและพบว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมหลังงดอาหาร 12 ชั่วโมงขึ้นไปน้อยกว่าร้อยละ 7.50 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 หรือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกไต ล้างไตทางช่องท้อง และการผ่าตัดเปลี่ยนไต 3) ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอาศัยนอกเขตอำเภอ นาหว้า จังหวัดนครพนม 4) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่หน่วยบริการในเขตตำบลนาหว้า จังหวัดนครพนม 5) ไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้จนถึงสิ้นสุดกระบวนการ เช่น ต้องทำงานทุกวันหรือมีข้อจำกัดในการเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรม 6) เป็นผู้มีความบกพร่องด้านการรับรู้หรือความจำ (ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย :MMSE-Thai 2002) 7) มีข้อจำกัดด้านร่างกายที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ เช่น พิการหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (ประเมินโดยใช้ Barthel ADL Index)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลนาหว้า ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability sample) โดยใช้วิธีการเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (simple random sampling)[13] สำหรับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยแบบทดลองด้วยโปรแกรม G* power กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ 0.5 และอำนาจการทดสอบ (Power) .85 เนื่องจากเป็นอิทธิพลขนาดกลาง และระดับความเชื่อมั่น .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 31 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตาม (drop out) ผู้วิจัยจึงปรับขนาดของกลุมตัวอย่าง โดยคาดว่าจะมีการสูญหายร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นจำนวน 35 คน

วิธีดำเนินการศึกษา

การดำเนินการศึกษา ตามกิจกรรมที่กำหนดในโปรแกรมฯ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค(Perceived severity)

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 2) การให้ความรู้เรื่อง โรคเบาหวาน สาเหตุ อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อนและแนวทางการในดูแลรักษาโรคเบาหวานและ 3) การให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) และการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรม ตามคำแนะนำ (Perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers)

กิจกรรมครั้งที่ 2 กิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประกอบด้วย 1) การแจ้งผลการประเมินภาวะสุขภาพ 2) การประเมินระดับความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการลดความเสี่ยงต่อการเกิดเกิดโรค (รายบุคคล) 4) การฟังประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยตัวแบบที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีและตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (กิจกรรมกลุ่ม) 5) การให้ความรู้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (กิจกรรมกลุ่ม) ประกอบด้วย เบาหวาน ภัยสุขภาพ, การรับประทานอาหาร, การออกกำลังกาย, การใช้ยา 6) กิจกรรมการค้นหาประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และแนะนำการจัดการกับปัญหาอุปสรรค (กิจกรรมกลุ่ม) 7) กิจกรรมการตั้งเป้าหมายระยะสั้นที่จะสามารถปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้สำเร็จ (กิจกรรมกลุ่ม) และ 8) มอบคู่มือการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่ออยู่บ้าน (รายบุคคล)

ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action)

กิจกรรมครั้งที่ 3 การติดตาม แนะนำผู้เข้าร่วมวิจัยในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยตนเองที่บ้าน ประกอบด้วย 1) ผู้วิจัยโทรศัพท์ในการติดตามการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เข้าร่วมวิจัย (รายบุคคล) 2) ผู้วิจัยโทรศัพท์ในการสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เข้าร่วมวิจัย (รายบุคคล) และ 3) ผู้วิจัยโทรศัพท์ในการสนับสนุนแนะนำและกระตุ้นการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เข้าร่วมวิจัย (รายบุคคล)

กิจกรรมครั้งที่ 4 การเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 1) ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านเพื่อติดตาม พูดคุยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เข้าร่วมวิจัย (รายบุคคล) 2) ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านเพื่อสอบถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เข้าร่วมวิจัย และแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เข้าร่วมวิจัย (รายบุคคล) 3) ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านเพื่อช่วยเหลือ สนับสนุนแนะนำและกระตุ้นการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เข้าร่วมวิจัย (รายบุคคล) 4) ผู้วิจัยชื่นชมผู้เข้าร่วมวิจัยที่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ พร้อมให้กำลังใจเพื่อให้ความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้น (รายบุคคล) และ 5) ผู้วิจัยสนับสนุนให้ครอบครัวมีการช่วยเหลือและให้กำลังใจในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เข้าร่วมวิจัย (รายบุคคล)

กิจกรรมครั้งที่ 5 การติดตาม แนะนำผู้เข้าร่วมวิจัยในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยตนเองที่บ้าน ประกอบด้วย 1) ผู้วิจัยโทรศัพท์ในการติดตามการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เข้าร่วมวิจัย (รายบุคคล) และ 2) ผู้วิจัยโทรศัพท์ในการสนับสนุน แนะนำและกระตุ้นการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เข้าร่วมวิจัย (รายบุคคล)

กิจกรรมครั้งที่ 6 การสรุปแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 1) การสรุปแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

กิจกรรมครั้งที่ 7 การประเมินผลการวิจัยและสิ้นสุดสัมพันธภาพ ประกอบด้วย 1) การประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังเข้าสู่การศึกษาวิจัย และ 2) แจ้งผลการประเมินภาวะสุขภาพแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยหลังเข้าสู่การศึกษาวิจัย (รายบุคคล)

5. การตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลเพื่อนำสู่การวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ แบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คู่มือการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock et al., 1998) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งจากการศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามกรอบแนวคิดจากเนื้อหาวิชาการและทฤษฎี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ทำการตรวจสอบคุณภาพแบบทดสอบ แบบสอบถามเอง โดยดูด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้และภาษา นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.91 นำเครื่องมือแบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มาคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ผลความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha's Coefficient) เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.91 คำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้เท่ากับ 0.78 และแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้เท่ากับ 0.74

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการคำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นการปกป้องกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยให้มีความปลอดภัย ไม่ให้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตามหลักเกณฑ์ คำ

ประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice)[14] ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครพนม รหัสโครงการ REC 028/67 วันที่ 26 มีนาคม 2567

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 88.6 เป็นเพศหญิง มีอายุต่ำสุด 32 ปี อายุสูงสุด 71 ปี อายุเฉลี่ย 53 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.82 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 85.7 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 85.7 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 80 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่ 1,501-4,000 บาท ร้อยละ 51.5 ส่วนใหญ่มีสิทธิค่ารักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพ (สิทธิบัตรทอง) ร้อยละ 94.3 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเกิดโรคเบาหวานระยะเวลาการเกิดโรคต่ำสุด 9 ปี ระยะเวลาการเกิดโรคสูงสุด 19 ปี ระยะเวลาการเกิดโรคเฉลี่ย 15.4 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.29 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.7 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานของบุคคลในครอบครัว ในขณะที่ร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวานส่วนใหญ่ได้ข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 100 และโดยส่วนใหญ่มารับการตรวจตามนัดสม่ำเสมอ ร้อยละ 65.7

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =57.08, S.D.=2.40) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ =86.74, S.D.=2.59) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างพบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=35)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=35)			หลังทดลอง (n=35)			t	df	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง	13.88	1.62	ปานกลาง	21.37	1.00	สูง	-25.23	34	.000
2. การรับรู้ความรุนแรง	14.71	1.29	ปานกลาง	22.17	1.12	สูง	-27.01	34	.000
3. การรับรู้ถึงประโยชน์	14.00	1.30	ปานกลาง	21.45	1.12	สูง	-29.76	34	.000
4. การรับรู้ถึงอุปสรรค	14.48	1.29	ปานกลาง	21.74	1.26	สูง	-24.23	34	.000
การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	**57.08**	**2.40**	**ปานกลาง**	**86.74**	**2.59**	**สูง**	**- 48.23**	**34**	**.000**

* p<0.05

พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 85.77, S.D.=5.82) หลัง

การทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 112.60, S.D.=3.60) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=35)

พฤติกรรม	ก่อนทดทอง (n=35)			หลังทดลอง (n=35)			t	df	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
1. ควบคุมระดับน้ำตาล	40.02	3.29	ปานกลาง	55.91	1.78	สูง	-33.13	34	0.000
2. ด้านพฤติกรรมทั่วๆ ไป	45.74	3.14	ปานกลาง	56.68	2.51	สูง	-18.73	34	0.000
พฤติกรรมการปฏิบัติตัว	85.77	5.82	ปานกลาง	112.60	3.60	สูง	-30.79	34	0.000

* p<0.05

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเท่ากับ $\bar{x}$ = 9.27, S.D.=1.14 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเท่ากับ $\bar{x}$ = 7.03, S.D.=0.49 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง ลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่าง (n=35)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=35)		หลังทดลอง (n=35)		t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
HbA1C	9.27	1.14	7.03	0.49	13.48	34	0.000

* p<0.05

สรุปและอภิปรายผล

1) การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) จากผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง ลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพฯ จะสนับสนุนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย กิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้

โอกาสเสี่ยงรายบุคคลจากการประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการแจ้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนการทดลอง กิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรง ซึ่งจะมีการบรรยายความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงปัจจัยเสี่ยงและการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงความรุนแรงของโรคมากขึ้น ส่งผลให้รู้สึกกลัวหากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ กิจกรรมมีการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและการค้นหาประโยชน์ของการปฏิบัติตัว มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันซึ่งจะช่วยให้ได้รับรู้ถึงประโยชน์ในหลากหลายแง่มุมทำให้เล็งเห็นถึงประโยชน์ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจและการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพนั้น จึงพบว่าหลังการทดลองมีการรับรู้ที่ดีขึ้น กิจกรรมการรับรู้อุปสรรคมีการพูดคุยเพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและช่วยเหลือให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาและอุปสรรค พร้อมการให้กำลังใจต่อการดูแลสุขภาพเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาล และกิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้สิ่งที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ โดยจะมีการแจ้งผลการประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งสอนวิธีการประเมินผลและบันทึกผลลงในคู่มือ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการติดตามผลได้จากการสะท้อนของผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นหรือแย่ลง นอกจากนั้นการโทรศัพท์ติดตามและกระตุ้น การให้คำแนะนำที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและเหมาะสมตามบริบทของแต่ละบุคคล มีการส่งเสริมแรงจูงใจและกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ โดยกระตุ้นให้นึกถึงเป้าหมายที่ตั้งเอาไว้ รวมทั้งการสนับสนุนให้ได้รับการช่วยเหลือและกำลังใจจากคนในครอบครัว และกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการสนับสนุนประสบการณ์ความสำเร็จของตนเองตามที่ตั้งเป้าหมายในระยะสั้นทำให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้น รวมทั้งการสนับสนุนให้เห็นตัวแบบอย่างที่ดีของกลุ่มตัวอย่างที่ประสบผลสำเร็จเพื่อให้เห็นถึงโอกาสที่จะทำให้สำเร็จ ดังการศึกษาของวิภาภรณ์ สัญจร พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[10] และสอดคล้องกับการศึกษาสุปราณี แตงวงษ์ รัฏภัทร์ บุญมาทอง และกฤษนารี แย้มเพ็ง พบว่าหลังการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากก่อนการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[15] และการศึกษาของอัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้น และเพ็ญศรี จาบประไพ ผลการศึกษาพบว่าระดับ HbA1c แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[16]

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านผู้บริหาร จากผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผู้บริหารจึงควรนำโปรแกรมฯ นี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยกำหนดเป็นนโยบายในระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนลงสู่หน่วยงานบริการระดับปฐมภูมิ นำสู่การเกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนต่อไป

2. ด้านการบริการพยาบาล ควรประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีความ

คล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง โดยออกแบบการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละบุคคล เน้นการสนับสนุนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหรือลดความเสี่ยง ความรุนแรงของโรคและผลกระทบต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น

3. ควรศึกษาเปรียบเทียบโดยกำหนดกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เพื่อให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ที่ชัดเจน

4. ควรศึกษาวิจัยในรูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหาเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยและร่วมวางแผนการกำหนดระบบบริการที่เกิดจากปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายใต้บริบทของพื้นที่ ซึ่งจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและเกิดความยั่งยืนของระบบบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, (2560). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564). บริษัท อิโมชั่น อาร์ต จำกัด.
2. American Diabetes Association. (2017). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care, 34(Supply 1), 62-69.
3. American Diabetes Association. (2008). Clinical practice recommendations 2008. Diabetes Care, 31(1), 1-109.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ : หจก.อรุณ.
5. สมเกียรติ โพธิสัตย์และคณะ. (2014). โรคเบาหวาน. การแพทย์ไทย, กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์
6. นุสรา วิโรจนกุฎ. (2560). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วม ของผู้ดูแลต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดและการชะลอความเสื่อมของไต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 31(1), 41-48.
7. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2013. Diabetes Care 2013; 36 (Suppl 1): S11-66.
8. จุฑามาศ เกษศิลป์, พาณี วิรัชชกุล และอรุณี หล่อนิล. (2556). การจัดการดูแลตนเอง ความรู้ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ก่อน–หลัง เข้าโปรแกรมการจัดการการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขต อ.เมือง จ.อุทัยธานี. วารสารกองการพยาบาล, 40(1), 85-102.
9. Pender, N. J. (1987). Health Promotion in nursing Pracice. (2nd Eds.). Connecticut: Appleton & Lange.
10. วิภาภรณ์ สัญจร. (2562). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง. ส.ม., วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร, ตรัง.
11. วรารัตน์ เหล่าสูง, วรรณรันต์ ลาวัง และพรนภา หอมสินธุ์. (2562). ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 12(4), 32-45.
12. กรรณิการ์ เงินดี. (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา.
13. วรรณชนก จันทชุม. (2545). สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ พร้อมตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for Windows. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
14. บุปผา ศิริรัศมี, จรรยา เศรษฐบุตร, & เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์. (2544). จริยธรรมสำหรับการศึกษาในคน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

15. สุปราณี แตงวงษ์ รัฏภัทร์ บุญมาทอง และกฤษนารี แย้มเพ็ง. (2560). ผลของการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยง. การศึกษาวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
16. อัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้น และ เพ็ญศรี จาบประไพ. (2560). การพัฒนารูปแบบการ พยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 7(3), 280-291.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

Development of a model caring for psychiatric patients Na Kae Hospital Nakhon Phanom Province.

(Received: June 13,2024 ; Revised: June 17,2024 ; Accepted: June 19,2024)

อนุชิต ขันทะชา[1],วราลี วงศ์ศรีชา[1],วนัสนันท์ ไตรยราช[1]
Anuchit Khuntacha[1], Waralee Wongsricha[1], Wanatsanan Traiyarat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมี**วัตถุประสงค์**เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางจิต (Psychotic disorder) จำนวน 120 คน โดยมีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการ (works shop) เพื่อระดมความคิดเห็น (focus group) แบบทดสอบและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยข้อมูลทั่วไปทั่วไป,ดัชนีชี้วัดทางสุขภาพของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของการพัฒนารูปแบบโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาความถี่ ค่าเฉลี่ยร้อยละ และเปรียบเทียบข้อมูลความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ dependent Sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า 1) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทำให้ได้รูปแบบและแนวทาง/ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลที่มีความชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้น 2) ความพึงพอใจของทีมสุขภาพ,ทีมผู้เกี่ยวข้องและผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางจิต (Psychotic disorder) หลังการพัฒนาระบบมีค่าคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบ 3) ดัชนีชี้วัดทางสุขภาพของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า หลังการพัฒนาระบบข้อมูลดัชนีชี้วัดของผู้ป่วยจิตเวช เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา

คำสำคัญ : ผู้ป่วยจิตเวช, รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช, ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช

ABSTRACT

This research is an action research aimed to develop and study the results of developing a model for caring for psychiatric patients. Na Kae Hospital Nakhon Phanom Province. The sample group was group of mental disorders (Psychotic disorder) there are 120 people. Data collection tools using workshops to brainstorm opinions and tests, questionnaires. Data analyzed by general information, satisfaction of the sample group, qualitative data on health indicators of the use of care models for psychiatric patients using descriptive statistics, finding frequencies, average percentages. and compare data analyzed by General information using dependent Sample t-test statistics.

Results : It was found that 1) Development of a model for caring for psychiatric patients This leads to a model and guidelines/procedures for caring for psychiatric patients. In hospitals there is more clarity and concreteness. 2) Satisfaction of health teams, related teams and patients with mental disorders (Psychotic disorder) After developing the system, satisfaction scores were higher than before developing the system. 3) Data comparison Health indicators of using the model of care for psychiatric patients were found that after the development of the index information system

Keywords : Psychiatric patients, Psychiatric patient care model, results of using the mental health and psychiatric care model

บทนำ

โรคทางจิตเวชเป็นโรคที่เป็นแล้ว ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงเป็นโรคเรื้อรัง ที่โดยส่วนใหญ่มีอาการ กำเริบเป็นช่วงๆ และมีอาการหลงเหลืออยู่การรักษา ยาวนานมากขึ้น อาจมีความพิการ

[1] โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

โดยทั่วไปพบว่าผู้ป่วย โรคจิต มีอาการเสื่อมในด้านต่างๆ ไปเรื่อย ๆ ตามระยะ เวลาที่ป่วย เช่น เสื่อมด้านบุคลิกภาพ ด้านการ ทำบทบาท หน้าที่ทางสังคม ทั้งนี้ปัญหาสุขภาพจิตมิใช่ส่งผลกระทบ ต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผล ไปยังญาติผู้ดูแลและบุคคลอื่นในสังคมได้จาก การทบทวนการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช พบว่า มักเกิดจากการ รักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ใช้สารเสพติด ขาดผู้ดูแล รวมทั้ง การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชขาดความต่อเนื่องเชื่อมโยงถึงในชุมชน และมักเป็น ความรับผิดชอบการดูแลโดยระบบสาธารณสุขมากกว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with high risk to Violence : SMI-V) ได้มีการวางแผนการดูแล ผู้ป่วยโดยหน่วยบริการจิตเวชร่วมกับเครือข่ายสาธารณสุขในเขตสุขภาพทั้ง 13 แห่ง ทั่วประเทศ โดยกำหนดเป็นแนวทางการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงให้สามารถนำไปใช้ได้ในทุกระดับการดูแล โดยมีแนวคิดการจำแนก ประเภทกลุ่มความเสี่ยง วิเคราะห์ปัญหากลุ่มโรคทางจิตเวชที่เสี่ยงสูงที่จะก่อความรุนแรง วางระบบหรือรูปแบบเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงและป้องกันการเกิดซ้ำในชุมชน รวมไปถึงการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว นอกจากนี้ยังพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อการสะท้อน และร่วมกันติดตามต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลจิตเวช และเครือข่ายในเขตสุขภาพ[1]

ผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาเป็นเวลานาน และต้องอาศัย ความอดทน ในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง บางครั้งเป็นภาระของครอบครัวและสังคม ซึ่งเป็นโรคที่มีความสำคัญและรุนแรงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลและครอบครัวเป็นอย่างมาก ทำให้การดูแลรักษายุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น ไม่สามารถจัดการ กับอาการและพฤติกรรม ที่ไม่เหมาะสมได้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรม รุนแรงในชุมชน การบำบัดรักษาซับซ้อนใช้เวลายาวนานมีกรอบการดูแลผู้ป่วย จิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง 2 ประเด็นคือ 1) การป้องกันอาการกำเริบและกลับป่วยซ้ำ กิจกรรมหลักคือ การติดตามเยี่ยม การประเมินความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และการให้สุขภาพจิตศึกษาหรือจิตสังคมบำบัด อย่างต่อเนื่อง 2) การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเพื่อป้องกันความพิการ กิจกรรมหลักคือ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ทักษะทางสังคมและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ประเมินผลโดยการประเมินความพิการ 9 ด้าน ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวสามารถสรุปได้ตามกลยุทธ์ 3 C : Client-Care giver-Community ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน และจากการศึกษาข้อมูล พบว่าผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ที่ขาดการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน ขาดยา ใช้สารเสพติด มักจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง คลุ้มคลั่งซึมเศร้า ทำร้ายตัวเอง ที่อาจเป็นอันตรายต่อตัวเองหรือต่อผู้อื่นได้ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ทางการจัดการผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินในชุมชนจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพื่อความปลอดภัยของทุกฝ่าย การกำาหนดบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ของผู้เกี่ยวข้องใน ชุมชนจึงมีความสำคัญ บทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ของผู้เกี่ยวข้องในชุมชน[2]

ในปัจจุบันของประชาชนที่มีปัญหา ผู้ป่วยจิตเวช พบจำนวนมากขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากยาเสพติดและเป็นไปได้ว่าในอนาคตผู้ป่วยทางจิตเวชจะเพิ่มขึ้นจากการใช้ยาเสพติด เกิดผลกระทบโดยตรงต่อสมองและทำให้เกิดอาการทางจิต ทำให้ส่งผลต่อครอบครัว ชุมชน สังคม ซึ่งน่าเป็นห่วงมากสำหรับประชาชนในพื้นที่อำเภอนาแก ที่ต้องมีการวางแผนการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาทั้งในเชิงรับและเชิงรุก และในการดำเนินงานในการแก้ปัญหาการดูแลรักษา กลุ่มที่ป่วยทางจิตเวชนั้น ทางกลุ่มงานจิตเวช และยาเสพติดโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ได้ดำเนินการตามนโยบาย ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ ระดับจังหวัดนครพนม ได้มีการดำเนินงานดูแลรักษา กลุ่มป่วยทางจิตเวชที่เข้ามารักษา รับยา ในโรงพยาบาลนาแก รวมทั้งการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ดูแล ประจำหมู่บ้าน แต่ปัญหาของการดำเนินงาน คือ ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ทั้งใน

โรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องที่ชุมชน และเพื่อเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพในการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในโรงพยาบาลนาแก และทีมผู้เกี่ยวข้องในการผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน ให้เข้าใจและสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันความรุนแรงต่างๆ ต่อญาติ ครอบครัว สังคม และคนในชุมชน ที่อาจเกิดขึ้นหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการได้ จึงได้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในการกำหนดรูปแบบการดูแล ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม มีการประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนางานตามขั้นตอน วงจรปรับปรุงคุณภาพของเดมมิ่ง (Deming Cycle)หรือ PDCA Cycle ประกอบด้วย P = Plan หมายถึง การวางแผนเพื่อปรับปรุงคุณภาพ, D = Do หมายถึง การลงมือปฏิบัติตามแผน, C = Check หมายถึง การประเมินผลย้อนกลับ เพื่อยืนยันแผน หรือเพื่อปรับแผน, A = Act หมายถึง ทำเป็นแผนถาวรหรือศึกษา เพื่อปรับปรุงแผน ให้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย จิตเวชมาด้วยความผิดปกติทางจิต (Psychotic disorder) โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม เพื่อพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชให้ได้มาตรฐาน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต ทีดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ในคลินิก ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม โดยวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางจิต (Psychotic disorder) ในกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยโรค และใช้รหัสตามระบบการวินิจฉัยโรค คือ F20-F29 ความผิดปกติทางจิต (Psychotic disorder) ซึ่งเป็นกลุ่มโรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคจิตหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia) โรคหลงผิด(Delusion) เป็นต้น โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยจิตเภท(Positive and Negative Syndrome Scale: PANSS) ที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป และทำการคัดเข้าตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 120 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะ เจาะจง และดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567 ถึงวันที่ 12 พฤษภาคม 2567 และได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางจิต(Psychotic disorder) จำนวน 120 คน โดยมีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขที่มีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า(Inclusion criteria) การคัดเข้าแบบเฉพาะเจาะจงในกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) ทีมสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยายาบาลจิตเวชคลินิกนักจิตวิทยาทั่วไป นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีวิทยา เภสัชกร ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2.ทีมผู้ดูแล และชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ ครอบครัว อสม.ผู้นำชุมชน อบต/อปท. เจ้าหน้าที่ตำรวจ หน่วยกู้ชีพ/กู้ภัย 3. ผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางจิต (Psychotic disorder) ในกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยโรคและใช้รหัสตามระบบการวินิจฉัยโรค คือ F20-F29 ความผิดปกติทางจิต (Psychotic disorder) ซึ่งเป็นกลุ่มโรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคจิตหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia) โรคหลงผิด (Delusion) เป็นต้น โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยจิตเภท(Positive and Negative Syndrome Scale: PANSS) โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 1-4 คะแนน (ไม่มีอาการถึงมีอาการปานกลาง) ที่มารักษา ในโรงพยาบาลนาแก โดยมีการสัมภาษณ์หลังจากผู้ป่วยจิตเวช อยู่ในสถานะที่สามารถให้ข้อมูลได้ เช่น รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการแสดงทางจิตที่รุนแรง (ไม่มีอาการรุนแรงทั้งทางความคิดและการกระทำ)ที่มีอายุมากกว่า 15 ปี

ขึ้นไป และทำการคัดเข้าตามเกณฑ์คัดเข้า 2) กลุ่มตัวอย่าง ทีมสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนาแก,ทีมผู้ดูแลและชุมชน ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่ปฏิบัติหน้าที่ในเขตพื้นที่อำเภอนาแก,ผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางจิต (Psychotic disorder) ในกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยโรคและใช้รหัสตามระบบการวินิจฉัยโรค F20-F29 3) กลุ่มตัวอย่าง มีภูมิลำเนาอาศัยในเขตอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม และเข้ารับบริการใน โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม 4) กลุ่มตัวอย่าง มีสติสัมปชัญญะดี มีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก(Exclusion Criteria) 1) กลุ่มตัวอย่าง ทีมสุขภาพ ที่ไม่ได้ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลนาแก,ทีมผู้ดูแลและชุมชน ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ในเขตพื้นที่อำเภอนาแก,ผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางจิต (Psychotic disorder) ในกลุ่ม ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคและไม่ใช้รหัสตามระบบการวินิจฉัยโรค F20-F29 2) ไม่ใช่ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม หรือไม่ใช่กลุ่มแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการ แพทย์และนักโภชนากร 3) ไม่ใช่ภูมิลำเนาอาศัยนอกเขตพื้นที่อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม 4) ไม่ยินยอมหรือสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป,แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบบันทึก ข้อมูลดัชนีชี้วัดทางสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวช

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบ ด้วยรูปแบบและคู่มือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

มี 4 ขั้นตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ขั้นวางแผน (Planning) ศึกษา บริบท วิเคราะห์สถานการณ์ การดำเนินงาน และแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม พบว่า ในปัจจุบันของประชาชนที่มีปัญหา ผู้ป่วย จิตเวช พบจำนวนมากขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจาก ยาเสพติดและเป็นไปได้ว่าในอนาคตผู้ป่วยทางจิตเวช จะเพิ่มขึ้นจากการใช้ยาเสพติดเกิดผลกระทบ โดยตรงต่อสมองและทำให้เกิดอาการทางจิต ทำให้ส่งผลต่อครอบครัว ชุมชน สังคม ซึ่งน่าเป็นห่วงมากสำหรับประชาชนในพื้นที่อำเภอนาแก ที่ต้องมีการวางแผนการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาทั้งในเชิงรับและเชิงรุก และการดำเนินงาน ในการแก้ปัญหาการดูแล รักษากลุ่มที่ป่วย ทางจิตเวชนั้น ทางกลุ่มงานจิตเวช และยาเสพติด โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ได้ดำเนินการตามนโยบาย ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ ระดับจังหวัด ได้มีการดำเนินงานดูแลรักษา กลุ่มป่วยทางจิตเวชที่เข้ามารักษา รับยาในโรงพยาบาลนาแก รวมทั้งการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ดูแล ประจำหมู่บ้าน แต่ปัญหาของการดำเนินงาน คือ ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ทั้งในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องที่ชุมชน จากปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการได้วางแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม จากปัญหาที่พบดังนี้

1) วางแผนการพัฒนาระบบคลินิกตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวช โดย แยกจากกลุ่มผู้ป่วยตรวจรักษาโรคทั่วไป

2) วางแผนกำหนดวันเวลาบริการคลินิก ตรวจรักษาผู้ป่วยที่ได้รับจิตเวช ให้ชัดเจน

3) ประชุมทีมในการจัดระบบบริการ จากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพร่วมกับทีมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดระบบให้บริการตรวจ รักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในคลินิก ที่แยกออกมาให้ชัดเจน

4) วางแผนกำหนดรูปแบบ ระบบและ ขั้นตอนการรับบริการของผู้ป่วยที่มารับบริการ ในคลินิกจิตเวช ให้ชัดเจน

5) วางแผนกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการดูแล และให้บริการผู้ป่วย ที่มารับยา รับบริการในคลินิกจากทีมสุขภาพ และทีมสหวิชาชีพที่ร่วมบริการในคลินิกให้ชัดเจน

6) วางแผนจัดทำทะเบียนผู้ป่วยเป็นฐานข้อมูลในการมารับบริการรักษาทั้งทะเบียนสมุดบันทึกและทะเบียนในระบบ Hos-xp

7) วางแผนให้มีการประชุมเจ้าหน้าที่ ทีมสุขภาพร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อทบทวนแนวทางปฏิบัติ สร้างความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในคลินิกอย่างสม่ำเสมอ ทุก 1-3 เดือนต่อครั้ง

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) โดย การปฏิบัติตามแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนมตามที่ได้กำหนดไว้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทางจิตเวช

3. ขั้นตรวจการติดตามผลการปฏิบัติ/การสังเกต (Observation) โดยการกำกับ ติดตามการดำเนินงานตามแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนมตามที่ได้กำหนดไว้ ร่วมกับการประชุมแลกเปลี่ยนถอดบทเรียนของ ทีมสุขภาพและทีมผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคในการทำงานเพื่อปรับปรุงแก้ไข กลุ่มตัวอย่างคือ ทีมสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยายาบาลจิตเวชคลินิก นักจิตวิทยาทั่วไป นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีวิทยา เภสัชกร ผู้ช่วยเหลือคนไข้

และทีมผู้ดูแลและชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ ครอบครัว อสม.ผู้นำชุมชน อบต/อปท. เจ้าหน้าที่ตำรวจ หน่วยกู้ชีพ/กู้ภัย

4. ขั้นดำเนินการสะท้อน (Refection) โดยการปรับปรุง แก้ไขรูปแบบการดูแลผู้ป่วย จิตเวช โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม โดยการ 1) กำหนดปัญหาการปฏิบัติงานที่ต้องการแก้ไข หรือปรับปรุง 2) เก็บรวบรวบข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์และตรวจสอบการดำเนินงาน หรือหาสาเหตุของปัญหา 3) ประชุมทีมสหวิชาชีพโดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาระดมความคิด วิเคราะห์ปัญหา และวิธีการแก้ปัญหา 4) ปรับปรุงโดยการจัดทำแผนและรูปแบบการดูแลผู้ป่วย จิตเวช โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม และ 5) การประเมินผลลัพธ์ สรุปผลการวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม 2) วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยจิตเวช คือ 1) ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม 2) ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาล นาแก จังหวัดนครพนม คือ 2.1) ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้มาตรฐาน (โรคจิตเภท: Schizophrenia/โรคซึมเศร้า: Depression/โรคออทิสติก: Autistic Spectrum Disorder: ASD) 2.2) ร้อยละของสถานบริการ ทุกระดับในกระทรวงสาธารณสุขสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน(Acute care) ได้ตามมาตรฐานและ 2.3) ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการรักษาต่อเนื่อง 2.4) ความพึงพอใจของทีมสุขภาพ ที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม 3) ความพึงพอใจของทีมสุขภาพที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม คือ 1. ทีมสุขภาพ 2.ทีมผู้ดูแลและชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแล 3. ผู้ป่วยที่ผิดปกติทางจิต (Psychotic disorder) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ของข้อมูลด้านดัชนีชี้วัดทางสุขภาพของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยค่าร้อยละ

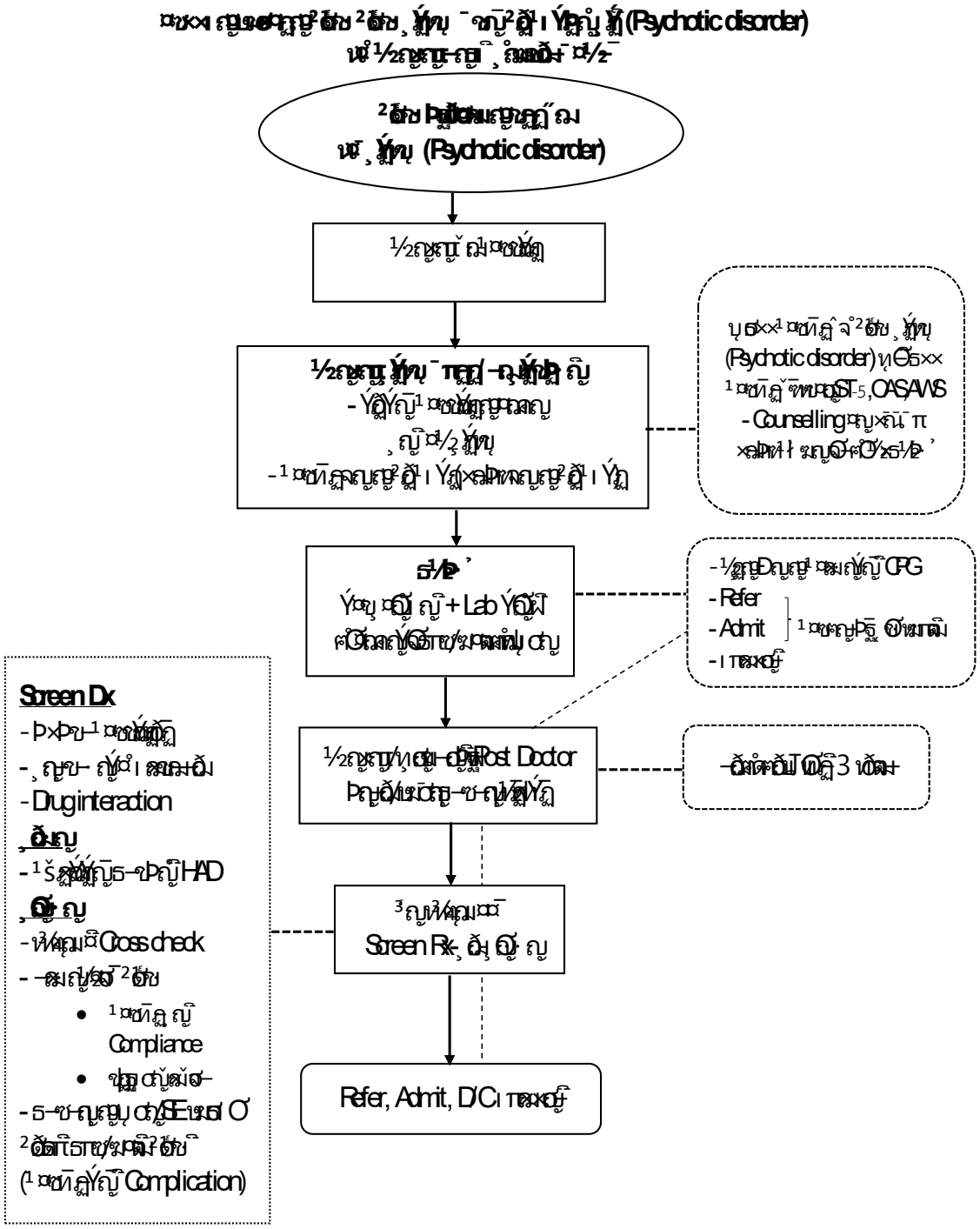
3. เปรียบเทียบข้อมูลความพึงพอใจ โดยใช้สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์หาค่า t (t-test) ชนิด dependent Sample t-test

ผลการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย จิตเวช ครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม มีดังนี้

ตารางที่ 1 รูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

กิจกรรมการพัฒนา	กิจกรรม/สัปดาห์ที่													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
ทีมสุขภาพ														
1.ประชุมวางแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดย 1.1 วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน	√													
1.2 กำหนด/รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช / ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน	√													
2. การปฏิบัติตามแนวทางรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนา		√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
3. ประชุมติดตามผลการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด และถอดบทเรียนปัญหา อุปสรรค เพื่อปรับปรุงแก้ไข					√					√				
4. ร่วมดำเนินการปรับปรุง/แก้ไขรูปแบบ การดูแลผู้ป่วยจิตเวช และสรุปแนวทางปฏิบัติรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลนาแก														√
ทีมที่เกี่ยวข้อง														
1.ประชุมวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานและกำหนดแนวทาง/รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	√													
2.ปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชตามรูปแบบ/ขั้นตอนที่ได้พัฒนาขึ้น		√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
3.ประชุมแลกเปลี่ยนถอดบทเรียนประเมินการดำเนินงาน/ปัญหาอุปสรรค ในการทำงานเพื่อปรับปรุงแก้ไข					√					√				
4.ประชุมสรุปแนวทางปฏิบัติรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม														√
ผู้ป่วย														
1.ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวช	√													√
2.ดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชตามรูปแบบ/ขั้นตอนที่พัฒนาขึ้น		√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	



2. ความพึงพอใจ ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 3 กลุ่ม คือ 1. ทีมสุขภาพ 2. ทีมเกี่ยวข้อง หลังการพัฒนามีความพึงพอใจมากขึ้นกว่า ก่อนพัฒนา และ 3. กลุ่มผู้ป่วยที่ผิดปกติ ทางจิต (Psychotic disorder) พบว่าก่อน พัฒนาค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย ถึงปานกลางหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และผลการเปรียบเทียบความ พึงพอใจของของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ผิดปกติ ทางจิต (Psychotic disorder) ในแต่ละด้าน ของการพัฒนาก่อนและหลังการพัฒนาระบบ ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 2 แสดงความพึงพอใจของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในการให้บริการในด้านต่างๆ โรงพยาบาล

นาแก
จังหวัดนครพนม (ผู้ป่วยจิตเวช n = 120 คน)

ข้อคำถาม	ระดับความพึงพอใจ								
	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			เปรียบเทียบก่อน/หลังพัฒนา		
	$\bar{\chi}$	S.D.	ระดับ	$\bar{\chi}$	S.D.	ระดับ	t	df	p-value
1. ความพึงพอใจต่อขั้นตอนการให้บริการ	12.78	1.48	ปานกลาง	18.63	1.07	มาก	-36.09	119	0.00
2. ความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ให้บริการ	14.57	1.17	ปานกลาง	21.96	1.44	มาก	-43.07	119	0.00
3. ความพึงพอใจต่อสิ่งอำนวยความสะดวก	19.00	1.86	มาก	27.93	1.29	มาก	-43.10	119	0.00
4. คุณภาพของการให้บริการ ภาพรวม	7.84	0.88	น้อย	14.00	0.71	มาก	-60.49	119	0.00
5. การให้บริการในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชที่เข้ารับบริการ	43.78	2.39	ปานกลาง	53.61	1.98	มาก	-33.68	119	0.00

3. ดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ผิดปกติทางจิต (Psychotic disorder)

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลดัชนีชี้วัดทางสุขภาพของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

ข้อมูล	ผลดัชนีชี้วัดทางสุขภาพ		
	เป้าหมาย	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
		ผลงาน (ร้อยละ)	ผลงาน (ร้อยละ)
1. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชมาด้วยความผิดปกติทางจิต (Psychotic disorder) ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตตามระบบ	90	42.80	90.5
2. ร้อยละของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาด้วยความผิดปกติทางจิต (Psychotic disorder) ฉุกเฉิน (Acute care) ได้รับบริการตามระบบ	100	65.75	89.74
3. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชมาด้วยความผิดปกติทางจิต (Psychotic disorder) ได้มารับการรักษาต่อเนื่อง	100	59.65	92.52
4. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชมาด้วยความผิดปกติทางจิต (Psychotic disorder) ที่มีอาการรุนแรงเข้ามารับบริการที่ห้องฉุกเฉินลดลง	ลดลง	10.22	8.65(ลดลง)

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในครั้งนี้ที่พบว่า 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ผิดปกติทางจิต (Psychotic disorder) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง อายุอยู่ในวัยทำงาน คือ ช่วงอายุ 21-59 ปี เป็นส่วนใหญ่รองลงมาเป็นกลุ่มสูงอายุและกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี 2) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในกลุ่มที่ผิดปกติทางจิต (Psychotic disorder) ในครั้งนี้ ทำให้ได้ทั้งรูปแบบการพัฒนาและได้แนวทาง/ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มนี้ ในโรงพยาบาลที่มีความชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้น 3) ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม คือ 1. ทีมสุขภาพ 2. ทีมเกี่ยวข้อง 3. ผู้ป่วยที่ผิดปกติทางจิต (Psychotic disorder) หลังการพัฒนารูปแบบมีความพึงพอใจมากขึ้นต่อ

กระบวนการให้บริการดูแลมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4) การเปรียบเทียบดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชมาด้วยความผิดปกติทางจิต (Psychotic disorder) ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตตามระบบ 2. ร้อยละของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาด้วยความผิดปกติทางจิต (Psychotic disorder) ฉุกเฉิน (Acute care) ได้รับบริการตามระบบ 3. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชมาด้วยความผิดปกติทางจิต (Psychotic disorder) ได้มารับการรักษาต่อเนื่อง 4. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชมาด้วยความผิดปกติทางจิต (Psychotic disorder) ที่มีอาการรุนแรงเข้ามารับบริการที่ห้องฉุกเฉินลดลง หลังการพัฒนาพบว่า ร้อยละผลการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ดัชนีชี้วัด ทางสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชมาด้วยความผิดปกติทางจิต (Psychotic disorder) เพิ่มมากขึ้น และอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วย และความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชมาด้วยความผิดปกติทางจิต (Psychotic disorder) ที่มีอาการรุนแรงเข้ามารับบริการที่ห้องฉุกเฉินลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ ภัครินทร์ ชิดดี และและคณะ[5] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ผลการศึกษา เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล อำนาจเจริญ และเครือข่ายที่ชัดเจน มีจัดทำแนวทางการดำเนินงานที่เห็นการทำงานเชื่อมกันกับเครือข่ายจิตเวชเมื่อประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หลังดำเนินงาน 6 เดือน พบว่ามีระดับคะแนนที่ดีขึ้นจาก 2.56 เป็น 9.54 คิดเป็น ร้อยละ 73.16 หมายถึงมีการสนับสนุนดีมากต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เมื่อประเมินอาการทางจิตโดยใช้แบบ ประเมิน brief psychiatric rating scale พบว่าผลรวมของค่าคะแนนลดลงทุกคนหมายถึง มีอาการทางจิตดีขึ้นทุกคน และจากการประเมินญาติโดยใช้แบบวัดภาระการดูแลผู้ป่วยพบว่า การเป็นภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวชลดลง และญาติ หรือผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแล ผู้ป่วยมากขึ้น และผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยพบว่าร้อยละของการขาดนัดลดลง เป็นร้อยละ 8.40 และร้อยละของผู้ป่วยขาดยาลดลงเป็นร้อยละ 5.30 ในการศึกษาครั้งนี้อาจมีปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยทีผู้วิจัยไม่ได้ควบคุม คือ ยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยแต่ละคน ไม่เหมือนกัน และควรมีการประเมินต่อเนื่อง ทุก 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี[5] และวรัทยา ราชบัญดิษฐ์[7] ได้ศึกษาการพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม ผลการ ศึกษาพบว่า 1) มีระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ดีขึ้น โดยผลประเมินการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรัง หลังดำเนินการ 6 เดือนมีระดับคะแนนที่ดีขึ้น จาก 1.40 เป็น 9.01 (เต็ม 11) คิดเป็น ร้อยละ 81.9 หมายถึง มีการสนับสนุนดีมากต่อการดูแลโรคเรื้อรัง 2) ผลการประเมินระดับความรู้ ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการเข้าอบรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 3) ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริหารคลินิกจิตเวช พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 4) ผลด้านคุณภาพการรักษาผู้ป่วยดีขึ้น พบว่า อัตราการขาดนัดคิดเป็นร้อยละ 8.5 อัตราการกำเริบของโรค คิดเป็นร้อยละ 0.8 และไม่มีผู้ป่วยถูกล่ามขังในพื้นที่ ข้อเสนอแนะ คือ จากการศึกษานี้ จำเป็นจะต้องมีการกำกับติดตามการดำเนินการและมีการประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป[7]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

ต่อยอดในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย ที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวที่รุนแรง เพื่อลดและควบคุมพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการ เกิดอาการผิดปกติหรือพฤติกรรมที่รุนแรงเพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อ การก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัด กรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: บริษัทพรอส เพอรัสพลัส จำกัด. กรมสุขภาพจิต; 2563.
2. กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติการดูแล กลุ่มเสี่ยงต่อ การก่อความรุนแรงและผู้ใช้ ยาเสพติด. กรมสุขภาพจิต; 2565.
3. ฐิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์,ผศ.ลักขณา ยอดกลกิจและมาลินี ชมชื่น.รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จังหวัดนนทบุรี. การประชุมวิชาการและนำาเสนอผลงานวิจัย,ระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 6,วารสารบทคัดย่อกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี; 2564.
4. ทองจันทร์ อุปจันทร์โท.การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนโดยการมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี; 2566.
5. ภัครินทร์ ชิดดีและและคณะ.การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, VOL. 29 NO.3 (2020): MAY-JUNE 2020;(2563.
6. ธีระศิริสมุดและคณะ.การพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่. วารสาร วิชาการสาธารณสุข; 2562,28(2): 158-171.
7. วรัทยา ราชบัญดิษฐ์. การพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม.วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 (2013); 2556.
8. รัศมี ชุดพิมาย. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม,ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 (2022): (กันยายน - ธันวาคม 2565; 2565.

ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

The Effectiveness of a Self-Management Model for Patients with Diabetes type 2 to Prevent kidney Diabetes Nephropathy Phonsawan Hospital Nakhon Phanom Province.

(Received: June 13,2024 ; Revised: June 18,2024 ; Accepted: June 22,2024)

นันทยา นนเลาพล[1], สิโรนี ฟองแก้ว[1], พรสวรรค์ นาวงหา[1], ไขพร อุ่นเทียมโสม[1], พจมาน นาวงศ์หา[1] และมนันยา มณีประกรณ์[1]
Nantaya nonlaopon[1], Sironee Fongkaew[1], Pornsawan Nawongha[1], Khaiporn Unteamsom[1], Phodjaman Nawongha[1] and Manunya Maneeprakorn[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมี**วั**ตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ตำบลโพนสวรรค์ อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวาน และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน ประเมินผลก่อนและหลัง ทำการศึกษาในระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และทดสอบความแตกต่างเพื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา : 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 3) ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และ eGFRs พบว่า หลังการทดลองดีกว่ากว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : โรคเบาหวานชนิดที่ 2, โรคไตจากเบาหวาน, โรคไตเรื้อรัง, การจัดการตนเอง, การป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน

Abstract

This study was Action research aimed to study the effect of self-management models for patients with type 2 diabetes to prevent the development of diabetic kidney disease. Phonsawan Hospital Phon Sawan Subdistrict Phon Sawan District Nakhon Phanom Province. Study among patients with type 2 diabetes who received services in a diabetes clinic. Phonsawan Hospital, 40 people. The research instrument was a general information questionnaire. Knowledge test about diabetic kidney disease and questionnaire on behavior to prevent kidney disease from diabetes. The tools used in the experiment are Self-management guide to prevent diabetic kidney disease Evaluate before and after The study was conducted between January - March 2022. Data were analyzed using descriptive statistics to find frequencies, percentages, means, and tests for differences for comparison using Paired t-test statistics.

Results: 1) Knowledge about diabetic kidney disease of type 2 diabetic patients in the sample group was found to be After the experiment, the mean score of knowledge about kidney disease among patients with type 2 diabetes was higher than before the experiment. Statistically significant at the 0.05 level. 2) Behavior to prevent kidney disease

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

from diabetes of type 2 diabetic patients in the sample group was found. After the experiment, the mean scores for behaviors to prevent diabetic kidney disease among patients with type 2 diabetes were higher than before the experiment. Statistically significant at the 0.05 level and 3) mean body mass index Accumulated blood sugar levels, blood pressure, blood lipid levels, and eGFRs were found to be better after the experiment than before. Statistically significant at the 0.05 level.

Keywords : Type 2 diabetes, diabetic kidney disease, chronic kidney disease, self-management, prevention of diabetic kidney disease.

บทนำ

โรคไตจากเบาหวาน (diabetic nephropathy) เป็นภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่สำคัญของโรคเบาหวานและเป็นสาเหตุหลักของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end-stage renal disease: ESRD) เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของไต[1] พบมากที่สุดคือผู้ป่วยโรคเบาหวาน[2] โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2[3] ปัจจุบันโรคไตเรื้อรังพบอุบัติการณ์ทั่วโลกสูงขึ้นเรื่อยๆ อยู่ระหว่างร้อยละ 3.2-7.6 ต่อปี[4] สำหรับประเทศไทยจากสถิติการสำรวจโดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยไตวายทุกระยะร้อยละ 17.5 ของประชากรทั้งหมดหรือประมาณ 11.44 ล้านคน[3] ทำให้ภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น[5] ผู้ป่วยต้องทนต่อความทุกข์ทรมานจากตัวโรคและการรักษา[6] ส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิต[7] และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากถึง 2,000 รายต่อปี[8] จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง มีภาวะเสี่ยงต่อโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรัง และมีแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์โรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นจนต้องได้รับผลกระทบของโรคไตเรื้อรังตามมา

การป้องกันการเสื่อมของไตและการชะลอการเสื่อมของไตจนเกิดโรคไตเรื้อรังจึงถือว่าเป็นวิธีการจัดการดูแลที่ตรงจุดและเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด[9] การลดผลกระทบดังกล่าว โดยเริ่มจากการดำเนินการป้องกันการเสื่อมของไตจนเกิดโรคไตเรื้อรังจึงเป็นวิธีการจัดการดูแลที่ดีที่สุด อย่างไรก็ตามโรคไตจากเบาหวานถือได้ว่าเป็นฆาตรกรเงียบ เนื่องจากเมื่อเริ่มเป็นจะไม่ค่อยปรากฏอาการที่บ่งชี้ถึงความผิดปกติให้เห็นชัดเจน บางรายไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะไตเสื่อมหรือบางรายแม้ทราบแต่ก็ละเลยไม่สนใจรักษาเพราะรู้สึกปกติ สบายดี จึงทำให้ขาดการตระหนักถึงการควบคุมภาวะโรคและการป้องกันการเกิดไตเรื้อรัง[1] ดังนั้นถ้าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังที่ถูกต้องก็จะช่วยชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังตามมา

โรงพยาบาลโพนสวรรค์ อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จากการสำรวจสถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในงานคลินิกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในปี พ.ศ. 2564-2566 มี ผู้ป่วยที่มารับบริการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งสิ้น จำนวน 2,561, 2,631 และ 2,644 รายตามลำดับ โดยพบว่ามีสาเหตุมาจากโรคเบาหวานมากที่สุด จำนวน 887, 818 และ 876 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 34.6, 31.1 และ 33.13 ตามลำดับ ทั้งนี้โดยส่วนใหญ่จะเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าร้อยละ 90 (งานคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม ตั้งแต่ 1 ต.ค. 2564-30 ก.ย. 256) คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ให้บริการเชิงรับแก่ผู้ป่วยเบาหวานในเขตอำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม มีรูปแบบแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน โดยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน จะรับเข้าคลินิกโรคเบาหวาน เมื่อผู้ป่วยมารับบริการจะได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่ห้องปฏิบัติการ การให้สุขศึกษาโดยเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในคลินิกโรคเบาหวาน รอรับการตรวจโดยแพทย์ประจำคลินิก และการนัดเพื่อมารับการตรวจใน

ครั้งต่อไป ถึงแม้โรงพยาบาลโพนสวรรค์จะมีแนวทางในการดูแลแต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาพบว่า ผู้ป่วยพบว่ามีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เช่น การใช้ยาไม่ถูกต้อง การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ใช้ยาผิดขนาด ขาดความตระหนักรู้ในการดูแลตนเอง นอกจากนั้นในด้านการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ บางรายสูบบุหรี่ ผู้ป่วยรับประทานอาหารรสเค็ม บางรายไม่ออกกำลังกายเนื่องจากคิดว่าการทำงานคือการออกกำลังกาย บางครั้งมีการดื่มสุราระหว่างทำงานและภายหลังการทำงาน บางรายทานยาแก้ปวดทั้งที่ไม่ปวดเนื่องจากเกรงว่าหลังทำงานจะเกิดอาการอักเสบ บางรายหลังทำงานก็ทานยาแก้ปวดป้องกันเอาไว้ นอกจากนั้นบางรายพบว่ามีการกลั้นปัสสาวะบ่อยครั้ง บางรายดื่มน้ำน้อย รวมถึงชอบรับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นจึงยังพบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคไตจากเบาหวานในโรงพยาบาลโพนสวรรค์เพิ่มสูงขึ้น ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง มีภาวะเสี่ยงต่อโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไตเรื้อรัง และมีแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์โรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นจนต้องได้รับผลกระทบของโรคไตเรื้อรัง ดังนั้นการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เหมาะสมตามบริบทและมีความต่อเนื่องจะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพของผู้ป่วยตามมา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบฯ โดยใช้กระบวนการ PDCA ในการดำเนินการเพื่อช่วยประคับประคองไตให้ทำหน้าที่ได้ดี ชะลอการเสื่อมของไตให้ช้าลงซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ตำบลโพนสวรรค์ อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม ดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2564 ระยะเวลา 3 เดือน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G* power เลือกการทดสอบทางเดียว กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) จากค่ามาตรฐานกลาง ได้เท่ากับ 0.50 ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) 80% ได้กลุ่มตัวอย่าง 36 คนและป้องกันการถอนตัว (Drop out) ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากร จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน สิทธิการรักษา ประวัติโรคไตของบุคคลในครอบครัว การเคยได้รับความรู้เรื่องโรคไตจากเบาหวาน การมารับการตรวจตามนัด

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวาน มีรายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องโรคไตเบาหวาน ที่

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดไตเสื่อม 2 ด้าน คือ 1. พฤติกรรมการควบคุมภาวะโรคเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย การควบคุมระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือด การควบคุมอาหาร การควบคุมระดับความดันโลหิตสูง การควบคุมระดับ cholesterol ในเลือด การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน การควบคุมภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ และการมาตรวจตามนัด และ 2. พฤติกรรมทั่วๆ ไปในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย การออกกำลังกายและการพักผ่อน การจัดการกับความเครียด การควบคุมน้ำดื่ม การหลีกเลี่ยงการกลั้นปัสสาวะเป็นเวลานานๆ การรักษาความสะอาดของร่างกาย การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การหลีกเลี่ยงกลุ่มยาที่อาจมีผลต่อไต และการไม่หลงเชื่อคำโฆษณา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 1) แผนการสอนเรื่อง การจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน ประกอบด้วย ประกอบด้วยความเกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวาน และความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน และ 2) คู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวาน และการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ซึ่งได้เท่ากับ 1 และนำเครื่องมือแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวาน มาคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ผลความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตร KR-20 เท่ากับ 0.86 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน มาคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach Alpha's Coefficient) ได้ 0.81

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการศึกษา ตามกิจกรรมที่กำหนดในรูปแบบฯ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้ 1) ขั้นตอนการวางแผน (Plan) เป็นกระบวนการวางแผนพัฒนารูปแบบฯ โดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับรูปแบบฯ 2) ขั้นตอนดำเนินการ (D=Do) เป็นกระบวนการปฏิบัติตามแผนพัฒนารูปแบบฯ ตามที่ได้กำหนดไว้ 3) ขั้นตรวจสอบและศึกษาผล (C=Check) เป็นการกำกับติดตามการดำเนินงานในตามแผนพัฒนารูปแบบฯ ตามที่ได้กำหนดไว้ ร่วมกับการประชุมแลกเปลี่ยนถอดบทเรียนของ ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคในการทำงานเพื่อปรับปรุงแก้ไข 4) ขั้นดำเนินการรักษาและคงไว้ซึ่งคุณภาพ (A=Action) เป็นการปรับปรุง แก้ไขรูปแบบฯ โดยการ (1) กำหนดปัญหาการปฏิบัติงานที่ต้องการแก้ไข หรือปรับปรุง (2) เก็บรวบรวบข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์และตรวจสอบการดำเนินงานหรือหาสาเหตุของปัญหา (3) ประชุมทีมสหวิชาชีพโดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาระดมความคิด วิเคราะห์ปัญหา และวิธีการแก้ปัญหา (4) จัดทำรูปแบบฯ และ (5) ประเมินผลโดยการใช้แบบประเมินต่างๆ หลังใช้รูปแบบฯ ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวาน แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน การตรวจประเมินทางห้องปฏิบัติการ สรุปและวิเคราะห์ ข้อมูลตามรูปแบบฯ ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์และสังเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เปรียบเทียบข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่การสร้างข้อสรุปโดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์ ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ สังเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การสร้างข้อสรุปโดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์ ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวาน พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์และสังเคราะห์ตามวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เปรียบเทียบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่การสร้างข้อสรุปโดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์ และขั้นตอนที่ 5 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวาน พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวานชนิดที่ 2 และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยใช้สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์หาค่า t (t-test) ชนิด dependent Sample t-test

จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ ดำเนินการตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice)[8]

ผลการศึกษา

ผลของรูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน ตำบลโพนสวรรค์ อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 72.5 เป็นเพศหญิง มีอายุต่ำสุด 39 ปี อายุสูงสุด 67 ปี อายุเฉลี่ย 56 ปี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.5 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 52.5 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 87.5 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่น้อยกว่า 1,500 บาท ร้อยละ 37.5 มีระยะเวลาการเกิดโรคเบาหวานระยะเวลาการเกิดโรคต่ำสุด 10 ปี ระยะเวลาการเกิดโรคสูงสุด 28 ปี ระยะเวลาการเกิดโรคเฉลี่ย 10 ปี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.5 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังของบุคคลในครอบครัว ในขณะที่ร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่ได้ข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 100

ความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ =14.70, S.D.=3.59) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ =18.57, S.D.=0.59) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=40)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=40)			หลังทดลอง (n=40)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
ความรู้	14.70	3.59	ดี	18.57	0.59	ดี	-7.44	39	.000

พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 72.37, S.D.=6.49) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 94.42, S.D.=4.59) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 (n=40)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=40)			หลังทดลอง (n=40)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
ด้านพฤติกรรมในการควบคุม	34.22	1.31	ต่ำ	48.45	2.13	ดี	-36.65	39	0.000
ด้านพฤติกรรมทั่วๆ ไป	37.15	1.40	ต่ำ	54.17	4.41	ดี	-24.31	39	0.000
พฤติกรรมภาพรวม	72.37	6.49	ปานกลาง	94.42	4.59	ดี	-16.30	39	0.000

ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิต และอัตราการกรองของไต (eGFRs) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากผลการศึกษาพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI) ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ความดันโลหิต (Blood Pressure) ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4) ระดับไขมันในเลือด (LDL) ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 5) อัตราการกรองของไต (eGFRs) ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x}$ = 21.35, S.D.=1.30, $\bar{x}$ = 23.05, S.D.=1.67, $\bar{x}$ = 6.82, S.D.=0.41, $\bar{x}$ = 7.65, S.D.=0.60, $\bar{x}$ = 123/77 ,S.D.=8.84/4.33, $\bar{x}$ = 138/86, S.D.=13.44/4.03, $\bar{x}$ = 130.60, S.D.=21.57, $\bar{x}$ = 165.87, S.D.=24.31 และ $\bar{x}$ = 90.50, S.D.=6.85, $\bar{x}$ = 73.77, S.D.=9.27 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิต และ eGFRs ของกลุ่มตัวอย่าง (n=40)

ข้อมูล	ก่อนทดทอง (n=40)		หลังทดลอง (n=40)		t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ดัชนีมวลกาย (BMI)	23.05	1.67	21.35	1.30	11.82	39	0.000
ระดับน้ำตาลในเลือด	7.65	0.60	6.82	0.41	10.84	39	0.000
ความดันโลหิต Systolic	138	13.44	123	8.84	8.91	39	0.000
ความดันโลหิต Diastolic	86	4.03	77	4.43	11.60	39	0.000
ระดับไขมันในเลือด	165.87	24.31	130.60	21.57	25.59	39	0.000
อัตราการกรองของไต	73.77	9.27	90.50	6.85	-12.24	39	0.000

สรุปและอภิปรายผล

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x}$=18.57, S.D.=0.59; $\bar{x}$=14.70, S.D.=3.59) สามารถอภิปรายได้ว่า รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง เน้นการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองทั้งการควบคุมภาวะโรคเบาหวาน ประกอบด้วย การจัดการตนเองด้านอาหาร การจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย การัดการตนเองด้านการรับประทานยา และการจัดการตนเองเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไต รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากแพทย์พยาบาลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการชะลอการเสื่อมของไต จึงทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังภาพรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ ถุงทอง, ทิพมาส ชิณวงศ์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ พบว่าหลังได้โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ในการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)[9] และการศึกษาของอัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้น และเพ็ญศรี จาบประไพ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[10]

2. พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x}$ = 94.42, S.D.=4.59; $\bar{x}$ = 72.37, S.D.=6.49) สามารถอภิปรายได้ว่า รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง เน้นการส่งเสริมการจัดการตนเองทั้งการควบคุมภาวะโรคเบาหวานและการจัดการตนเองเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไต มีกระบวนการส่งเสริมการให้ความรู้และการจัดการตนเองที่ถูกต้องเหมะสม ทั้งด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย การรับประทานยาและมีการใช้คู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตจากเบาหวาน ซึ่งในการจัดกรรมกรรมแต่ละครั้งผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์และเป็น Role model ทั้งทางด้านดีและไม่ดี รวมทั้งมีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวานด้วยตนเอง จึงทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไตของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ ถุงทอง, ทิพมาส ชิณวงศ์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ พบว่าหลังได้โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมี

คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)[9] และการศึกษาของนิฤมล สบายสุข, ปนหทัย ศุภเมธาพร และณิชกานต ทรงไทย พบวากลุมทดลองมีคาเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[11]

3. ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และ eGFRs พบว่าหลังการทดลองดีกว่ากว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{x}$ = 21.35, S.D.=1.30, $\bar{x}$ = 23.05, S.D.=1.67, $\bar{x}$ = 6.82, S.D.=0.41, $\bar{x}$ = 7.65, S.D.=0.60, $\bar{x}$ = 123/77 ,S.D.=8.84/4.33, $\bar{x}$ = 138/86, S.D.=13.44/4.03, $\bar{x}$ = 130.60, S.D.=21.57, $\bar{x}$ = 165.87, S.D.=24.31 และ $\bar{x}$ = 90.50, S.D.=6.85, $\bar{x}$ = 73.77, S.D.=9.27 ตามลำดับ) สามารถอภิปรายได้ว่า อาจเป็นเพราะว่าก่อนการทดลองมีการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพ มีการคืนข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละคน มีการกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเอง รวมทั้งในกระบวนการดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบและวิธีการในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน ตามบริบทของตนเอง นอกจากนั้นการให้ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงรายบุคคล ร่วมกับการทำกลุ่มทำให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงภาวะสุขภาพของตนเอง เกิดความกลัว วิตกกังวล จึงสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้น และรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง เน้นการส่งเสริมการจัดการตนเองทั้งการควบคุมภาวะโรคเบาหวาน ประกอบด้วย การจัดการตนเองด้านอาหาร การจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย การจัดการตนเองด้านการรับประทานยาและการจัดการตนเองเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไต จึงทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและพฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไตโดยภาพรวมหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่งผลให้ดัชนีชี้วัดทางด้านสุขภาพดีขึ้นตามมา ดังการศึกษาของอัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้น และเพ็ญศรี จาบประไพ พบว่าตัวชี้วัดทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง, ระดับ HbA1c, ระดับครีเอทินิน และอัตราการกรองของไตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[10]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำแนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวานไปใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยกำหนดเป็นนโยบายในระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนลงสู่หน่วยงานบริการระดับปฐมภูมิ นำสู่การเกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบโดยกำหนดกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตจากเบาหวาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ บุคลากรทีมสุขภาพ ตลอดจนผู้ร่วมงานที่ให้ความร่วมมือ ให้ความสะดวกในการพัฒนาแนวปฏิบัติ การเก็บรวบรวมข้อมูล และที่สำคัญยิ่งขอบคุณที่เสียสละเวลาในการทำงานเพิ่มขึ้นระหว่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วุฒิเดช โอภาศเจริญสุข. (2550). โรคไตจากเบาหวาน (Diabetic Nephropathy). ใน สมชาย เอี่ยมกลาง, เกรียง ตั้งสง่า, และเกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ (บรรณาธิการ). โรคไต กลไก พยาธิสรีวิทยา การรักษา. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นิล พับลิเคชั่น.
2. Burrows-Hudson, S. (2010). Chronic kidney disease: An overview. American Journal of Nursing, 105(2), 41-49.
3. Richard, C.L. (2006). Self-care management in adult undergoing hemodialysis. Nephrology Nursing Journal, 33(4), 387-392.
4. นุสรา วิโรจนกุฎ. (2560). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ การจัดการตนเองและการมีส่วนร่วม ของผู้ดูแลต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดและการชะลอความเสื่อมของไต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 31(1), 41-48.
5. จุฑามาศ เกษศิลป์, พาณี วิรัชชกุล และอรุณี หล่อนิล. (2556). การจัดการดูแลตนเอง ความรู้ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ก่อน–หลัง เข้าโปรแกรมการจัดการการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขต อ.เมือง จ.อุทัยธานี. วารสารกองการพยาบาล, 40(1), 85-102.
6. คัทลียา อุคติ, & ณัฐนิช จันทจิรโกวิท. (2550). ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องต่อเนื่อง. สงขลานครินทร์เวชสาร, 25(3), 171-177.
7. อัมพร ซอฐานานุศักดิ์. (2551). บทบาทของพยาบาลกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. Journal Nursing Science, 26(2-3), 33-42.
8. บุปผา ศิริรัศมี, จรรยา เศรษฐบุตร, & เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์. (2544). จริยธรรมสำหรับการศึกษาในคน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
9. ศิริลักษณ์ ถุงทอง และคณะ. (2558). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อ ชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิด ที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 35(1), 67-84.
10. อัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้น และ เพ็ญศรี จาบประไพ. (2560). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย เบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ ป้องกันแห่งประเทศไทย, 7(3), 280-291.
11. นิฤมล สบายสุข, ปนหทัย ศุภเมธาพร และณิชกานต ทรงไทย. (2561). ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต อพฤติกรรมสุขภาพและอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. ฉบับพิเศษ, 137-150.

ผลของการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ D-METHOD ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการและระดับเฟอร์ริตินในผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาการให้เลือด

Effects of Following the Discharge Planning Process using D-METHOD on Nutritional Self-Care Behavior and Ferritin Levels in Pediatric Patients with Transfusion-Dependent Thalassemia.

(Received: June 13,2024 ; Revised: June 18,2024 ; Accepted: June 23,2024)

สุมนา แจ้งวัง[1] เกศกัญญา ไชยวงศา[2] ศิรินุช เปรมโต[3]
Sumana Jangwang[1] Kedkanya Chaiwongsa[2*] Sirinuch Premto[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดผลก่อนและหลังทดลองโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างมาเพียงกลุ่มเดียวทำการวัดซ้ำ 4 ครั้ง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการและระดับปริมาณเฟอร์ริตินในเลือดในผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาการให้เลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาการให้เลือด ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย ตั้งแต่เดือนมกราคม - เดือนเมษายน 2567 จำนวน 36 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ D-METHOD เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการ และตรวจระดับปริมาณเฟอร์ริตินในเลือดก่อนและหลังทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบระดับปริมาณเฟอร์ริตินในเลือดด้วยสถิติ Paired t-tests เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการด้วยสถิติ Repeated measurement ANOVA

ผลวิจัยพบว่า เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยรายคู่พฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการจากการประเมินครั้งที่ 1 (ก่อนทดลอง) กับครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 4), ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 8) และครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 12) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F (2.61, 91.20) = 31.342, p< .001) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับปริมาณเฟอร์ริตินในเลือดก่อนและหลังทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับปริมาณเฟอร์ริตินในเลือดต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่ายโดยใช้ D-METHOD โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาการให้เลือด ระดับเฟอร์ริติน

Abstract

This research is quasi-experimental, which pre-post experimental measurement by selecting only one sample group with four repeated measurements. The research aims to study and compare nutritional self-care behavior scores and blood ferritin levels in pediatric patients with transfusion-dependent thalassemia. The sample group consists of parents and 36 pediatric patients with transfusion-dependent thalassemia who came to receive treatment in the pediatric outpatient department of Nong Khai Hospital from January - April 2024. Discharge Planning Process Using D-METHOD was performed for 12 weeks. Data were collected by evaluating nutritional self-care behavior scores and blood ferritin levels before and after the experiment. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. Blood ferritin levels comparing used Paired t-tests and nutritional self-care behavior scores comparing used Repeated Measures ANOVA.

The results found that comparing the mean scores for each pair of nutritional self-care behavior scores from the 1st assessment (before the experiment) – the 2nd (4th week) and 3rd assessment (8th week) – 4th assessment

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Corresponding author: เกศกัญญา ไชยวงศา E-mail: kedkanya.gibb@bcnu.ac.th
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย

(week 12) were significantly (F (2.61, 91.20) =31.342, p< .001) Blood ferritin level before the experiment was considerably lower than before the experiment (p<.001).

Keywords: Discharge planning, D-METHOD, Transfusion-dependent thalassemia, Nutrition, Blood ferritin levels

บทนำ

โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย เป็นโรคถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่เกิดจากความผิดปกติในการสังเคราะห์ฮีโมโกลบินซึ่งเป็นโปรตีนสำคัญในเม็ดเลือดแดง โดยเป็นตัวนำออกซิเจนจากปอดไปยังอวัยวะต่างๆ ทั่วร่างกายและนำคาร์บอนไดออกไซด์มาส่งที่ปอด ผู้ป่วยที่เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย มีอาการโลหิตจางมาแต่กำเนิดและตาเหลือง ถ้าเป็นมากจะเติบโตไม่สมอายุ มีตับโต ม้ามโต หัวใจวายและมีอาการแทรกซ้อนอื่น[1] มีความผิดปกติทางกระดูก มีอาการทางหัวใจ ต่อมไร้ท่อ มีภูมิต้านทานต่ำและเสียชีวิตได้ในช่วง 10 ปี แรกของชีวิตจากภาวะหัวใจวาย และการติดเชื้อแทรกซ้อน โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเบตาธาลัสซีเมีย เมเจอร์ และผู้ป่วยเบตาธาลัสซีเมียฮีโมโกลบินอีที่มีอาการรุนแรง[2] โรคเบตาธาลัสซีเมียที่มีความชุกสูงในประชากรไทย การรวบรวมข้อมูลผลการตรวจวินิจฉัยยีนเบตาธาลัสซีเมียระดับโมเลกุลในพื้นที่อีสานส่วนล่างย้อนหลัง 8 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2557-2564 พบว่า การตรวจคัดกรองให้ผลตรวจการกลายพันธุ์ยีนเบตาธาลัสซีเมียเป็นบวก โดยเป็นคู่เสี่ยงที่มีโอกาสให้กำเนิดบุตรเป็นโรคเบตาธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 52.6[3] และเป็นโรคที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียมีอาการแตกต่างกัน ตั้งแต่การมีโลหิตจางเพียงเล็กน้อยจนถึงการมีโลหิตจางมาก ทั้งนี้อาการส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับชนิดของความผิดปกติของยีน (genotype) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของยีนแบบเดียวกัน ความรุนแรงของโรคอาจแตกต่างกันได้แม้ในกลุ่ม[1] จึงทำให้การรักษาผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียมีความละเอียดอ่อน จำเป็นที่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะต้องพิจารณาให้มีความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะมีโลหิตจางเรื้อรัง และมีความผิดปกติของร่างกายการเจริญเติบโตช้า และมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จึงเป็นความเจ็บป่วยที่มีผลกระทบต่อทั้งสุขภาพกาย สุขภาพใจ และเป็นปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว เพราะจะต้องให้การดูแลรักษาโรคที่เรื้อรังและรักษาไม่หายขาด นับว่าเป็นภาระทางการแพทย์ สังคมและ เศรษฐกิจของประเทศ

ปัจจุบันได้มีการแบ่งผู้ป่วยธาลัสซีเมียตามความรุนแรงเพื่อรับการรักษา โดยเฉพาะโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาการให้เลือด (Transfusion dependent thalassemia: TDT) กลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่ต้องการรับเลือดเป็นประจำเพื่อการมีชีวิต หากไม่ได้รับเลือดจะมีอาการเหนื่อย ไม่สามารถทำกิจวัตรต่างๆได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการตั้งแต่อายุน้อยกว่า 2 ปีมีอาการซีดมาก ฮีโมโกลบินต่ำกว่า 7 กรัม/เดซิลิตร ตัวเล็ก ตับม้ามโต มีหน้าตาเปลี่ยน จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาในแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย ได้มีการติดตามและให้คำแนะนำแก่เด็กและผู้ปกครองในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะเหล็กเกินในร่างกาย การเพิ่มระดับฮีโมโกลบิน ผลการปฏิบัติงานในปีงบประมาณ 2565 มีจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาการให้ลือดจำนวน 59 คน ระดับปริมาณเฟอร์ริตินในเลือดจะต้องน้อยกว่า 2500 ng/mL (เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ 80%) ผลงานที่ทำได้ร้อยละ 91.67 และต้องมีระดับฮีโมโกลบินมากกว่าหรือเท่ากับ 9 g/dl. (เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ 50%) ผลงานที่ทำได้ร้อยละ 73.73 ซึ่งตัวชี้วัดระดับฮีโมโกลบินทำได้ต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดมาก ทั้งนี้เกิดจากการสอนให้คำแนะนำและการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ปกครอง ยังไม่มีระบบที่ชัดเจน เข้มข้นเพียงพอที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ไม่มีระบบการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ส่วนใหญ่จะเป็นการให้คำแนะนำที่โรงพยาบาลเมื่อมาตรวจตามนัด แต่เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ไม่มีการติดตามและดูแลสนับสนุนให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวทั้งในเรื่องการบริโภคอาหารและการควบคุมภาวะเหล็ก

เกิน ส่งผลให้การควบคุมตัวชี้วัดยังไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยเฉพาะระดับฮีโมโกลบินในร่างกาย และเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากภาวะเหล็กเกินในร่างกาย การประยุกต์ใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สร้างเครือข่ายความร่วมมือขั้นพื้นฐานในการดูแลบนพื้นฐานอย่างรอบด้าน การให้คำแนะนำที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ จะช่วยส่งเสริมสุขภาพทั้งกายและจิตใจ การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน บนพื้นฐานของความทัดเทียมในการเข้าถึงบริการ ซึ่งจัดโดยทีมสหวิชาชีพ มีระบบการติดตามและระบบการสอน ได้แก่ กระบวนการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ D-METHOD[4] ซึ่งเป็นกระบวนการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาล กลับไปอยู่ที่บ้าน ทั้งนี้ต้องได้รับความร่วมมือในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ปกครอง พร้อมทั้งส่งเสริมให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลที่มาตรวจตามนัดและดูแลต่อเนื่องไปถึงที่บ้าน มีหลายรายงานวิจัยที่ศึกษาในรูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการวางแผนการจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจโรคและสามารถดูแลตนเองได้ เช่น โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ต้อกระจกโรงพยาบาลน้ำพอง[5] พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ผู้ป่วยและค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของผู้ดูแลสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง การศึกษาของปริศนา แผ้วชนะและวีณา จีระแพทย์[6] พบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันอาการหืดกำเริบของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด และพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันอาการหืดกำเริบของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นและเป็นส่วนสำคัญพื้นฐานสำหรับการวางแผนการดำเนินต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสถานบริการ พัฒนาด้านห้องปฏิบัติการ กระบวนการรักษา การให้ยาขับเหล็ก การให้เลือด เป็นต้น ซึ่งแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย ได้ตระหนักในการให้บริการการดูแลผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาการให้เลือด จึงได้จัดบริการตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ D-METHOD เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการ อาจช่วยลดระดับเฟอร์ริตินในผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาการให้เลือดได้ และเมื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพตนเองแล้ว อาจทำให้ระดับฮีโมโกลบินสูงขึ้นตามเกณฑ์มากขึ้น และเพื่อพัฒนาบทบาทบุคลากรทางสุขภาพที่มีหน้าที่ที่เหมาะสม นำไปสู่กระบวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน มีเป้าหมายเดียวกันในการลดอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และเพื่อให้ผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กมีความสุข สามารถดำรงชีวิตบนพื้นฐานความพอเพียงอย่างมีเหตุผล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการในผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาการให้เลือด
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับปริมาณเฟอร์ริตินในผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาการให้เลือด

วิธีการศึกษาวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบ 1 กลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (Quasi– Experimental, Single – Group Time Series Design) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างมาเพียงกลุ่มเดียวทำการวัดซ้ำ 4 ครั้ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาการให้เลือด (transfusion-dependent thalassemia: TDT) และผู้ปกครองที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก กุมารเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาการให้เลือด (transfusion-

dependent thalassemia:TDT) ซึ่งเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย รวมทั้งผู้ปกครอง มีความเต็มใจและให้ความร่วมมือในการวิจัย ตั้งแต่เดือนมกราคม - เดือนเมษายน 2567

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G*power โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการทดสอบการวิเคราะห์สถิติการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (Mean) โดยเลือก Statistical test เป็น ANOVA: repeated measure, within factors กำหนดพารามิเตอร์ประกอบด้วย Effect size ในระดับกลาง = 0.25, จำนวนกลุ่ม 4 กลุ่ม (วัดซ้ำหรือทดสอบติดต่อกัน 4 ครั้ง) กำหนดค่ากำลังทดสอบ (power analysis) เท่ากับ 0.80 ค่าระดับของความมีนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 ดังนั้นจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 36 ราย

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการเลือกตามคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาการให้เลือด ซึ่งมีอายุระหว่าง 5 - 15 ปี ที่มารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลหนองคาย 2) ระดับฮีโมโกลบิน (Hb) ต้องได้รับเลือดอย่างสม่ำเสมอ 3) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ปกติ 4) อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ดำเนินการวิจัยตลอดโครงการวิจัย 5) สามารถพูดคุยสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ไม่สามารถตอบคำถามหรือสื่อสารหรือตอบสนองใด ๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยกระบวนการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ D-METHOD

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน สถานภาพสมรสและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย

2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาการให้เลือด ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง กำลังศึกษา บุคคลที่เป็นผู้ดูแล แผนการรักษาที่ได้รับ ติดตามผลการรักษา ได้แก่ ระดับฮีโมโกลบินและระดับปริมาณเฟอร์ริตินในเลือด ติดตามการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เบาหวาน ความดันหลอดเลือดแดงในปอดสูง (มี หรือไม่มี)

3) แบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการ (สอบถามผู้ปกครองในเด็กอายุน้อยกว่า 13 ปี) หรือสอบถามเด็กที่มีอายุ 14-15 ปี) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scales) มี 5 ระดับ ถ้าเป็นพฤติกรรมทางบวก จำนวน 9 ข้อ และคำถามเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งหมด 15 ข้อ จะแปลผลคะแนนดังนี้ พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติทุกวันใน 1 สัปดาห์ = 5 คะแนน พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 5-6 วัน/ สัปดาห์ = 4 คะแนน พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 3-4 วัน/ สัปดาห์= 3 คะแนน พฤติกรรมที่ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 วัน/ สัปดาห์ = 2 คะแนน พฤติกรรมที่ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติเลยใน 1 สัปดาห์= 1 คะแนน ส่วนพฤติกรรมทางลบจะแปลผลคะแนนตรงข้ามกัน การแปลความหมายของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการโดยใช้คะแนนเฉลี่ยซึ่งผู้วิจัยกำหนดแบ่งเป็น 5 ระดับ สามารถแบ่งได้ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.21 - 5.00 หมายถึง ปฏิบัติอยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.21 - 5.00 หมายถึง ปฏิบัติอยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.41 - 4.20 หมายถึงปฏิบัติอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.61- 3.40 หมายถึง ปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.81 - 2.60 หมายถึง ปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.80 หมายถึง ปฏิบัติอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) แบบประเมิน

พฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วจึงนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการประเมินนำมาคำนวณหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index= CVI) ได้เท่ากับ 0.86 การหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการ ไปใช้กับผู้ป่วยเด็กที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค ได้ค่ามากกว่า 0.842 ก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วยเด็กจริงต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า ก่อนการทดลองได้รับการตรวจระดับปริมาณเฟอร์ริตินในเลือดและประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการ จากนั้นผู้วิจัยเก็บข้อมูลและดำเนินการทดลองด้วยตนเองทุกครั้งและทุกขั้นตอน ซึ่งมีกิจกรรม 8 ครั้ง หลังทดลองเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยตรวจระดับปริมาณเฟอร์ริตินในเลือด (ซึ่งเป็นรอบการตรวจเลือดปกติของแพทย์ผู้รักษา) และประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการ ผู้วิจัยดำเนินการตั้งแต่วันที่ 15 มกราคม 2567 ถึงเดือนเมษายน 2567

การนัดหมายเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยตามการนัดตรวจปกติทุกครั้ง ที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย จนสิ้นสุดการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะแบ่งกลุ่มย่อยครั้งละ 5- 8 คน เพื่ออภิปรายกลุ่มและทำโฟกัส (Focus group) และได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ D-METHOD เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตรวจระดับฮีโมโกลบินและระดับปริมาณเฟอร์ริตินในเลือด ประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง หลังจากนั้น ให้ความรู้ตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ D-METHOD โดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองที่ดูแลผู้ป่วย ดังนี้

D= Diagnosis การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและสาเหตุของโรค อาการ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

M=Medicine การแนะนำยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียด ได้แก่ สรรพคุณ ขนาด วิธีใช้ข้อควรระวังในการใช้ยา การสังเกตผลข้างเคียงของยา

E= Environment การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่จะทำให้เกิดการเสียเลือดและกระดูกหัก เช่น ระวังการผลัดตกหกล้ม

T= Treatment แนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง รวมทั้งสังเกตอาการผิดปกติ

H= Health การส่งเสริมสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ การออกกำลังกายให้เหมาะสม ระวังการกระแทกที่ท้อง การพักผ่อนให้เพียงพอ ให้ความรักความเอาใจใส่เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

O= Out patient การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้านในกรณีมีภาวะฉุกเฉินให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

D= Diet การเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค หลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยกิจกรรมเป็นการบรรยายประกอบสื่อและและแบ่งกลุ่มย่อยให้อภิปรายกลุ่ม สอนสาธิตและสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคและอาการที่เป็นอยู่ ส่งเสริมระดับฮีโมลโกลบินให้เพิ่มขึ้นและลดระดับปริมาณเฟอร์ริตินในเลือดลง เวลาในการดำเนินการทั้งหมดประมาณ 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) การทบทวนความรู้โดยการสะท้อนคิดจากทำกลุ่มโฟกัส (Focus group) และอภิปรายกลุ่มย่อยเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติตัว สอบถามความตั้งใจในการปฏิบัติตัวพร้อมทั้งทบทวนความรู้ที่ได้รับที่ผ่านมา ผู้วิจัยกระตุ้นให้เชื่อมั่นในในการปฏิบัติตัวและคาดหวัง

ผลลัพธ์ที่ดีจากการมีพฤติกรรมสุขภาพ อธิบายและสาธิตหลักการของการปฏิบัติตัวแก่เด็กและผู้ปกครองเพิ่มเติม

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) การดูแลต่อเนื่องโดยการโค้ช (Coaching) ด้วยวิธีการติดตามทางโทรศัพท์แก่เด็กและผู้ปกครอง เป็นการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อกระตุ้นให้มีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง บันทึกติดตามความสม่ำเสมอของการปฏิบัติพฤติกรรม ให้คำปรึกษาพร้อมทั้งให้กำลังใจ ถ้ากรณีที่พูดคุยแล้วยังไม่เข้าใจจะนัดปรึกษารายบุคคล

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) ทำกลุ่มโฟกัส (Fogus group) และจัดอภิปรายกลุ่มย่อยเพื่อทบทวนความรู้โดยการสะท้อนคิดและถ่ายทอดประสบการณ์ปฏิบัติตัว ค้นหาผู้ที่มีพฤติกรรมที่ดีและให้รางวัล ตรวจระดับฮีโมโกลบิน ประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลการทดลองครั้งที่ 2

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 5-7) การดูแลต่อเนื่องโดยการโค้ช (Coaching) ด้วยวิธีการติดตามทางโทรศัพท์แก่เด็กและผู้ปกครอง เพื่อให้คำปรึกษารายบุคคลพร้อมทั้งให้กำลังใจ บันทึกติดตามความสม่ำเสมอของการปฏิบัติพฤติกรรม

ครั้งที่ 6 (สัปดาห์ที่ 8) ทำกลุ่มโฟกัส (Fogus group) และจัดอภิปรายกลุ่มย่อยเพื่อถ่ายทอดประสบการณ์ปฏิบัติ ทบทวนความรู้โดยการสะท้อนคิดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ค้นหาผู้ที่มีพฤติกรรมที่ดีและให้รางวัลตรวจระดับฮีโมโกลบิน ประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลการทดลองครั้งที่ 3

ครั้งที่ 7 (สัปดาห์ที่ 9-11) การดูแลต่อเนื่องโดยการโค้ช (Coaching) ด้วยวิธีการติดตามทางโทรศัพท์แก่เด็กและผู้ปกครอง เพื่อให้คำปรึกษารายบุคคลพร้อมทั้งให้กำลังใจ บันทึกติดตามความสม่ำเสมอของการปฏิบัติพฤติกรรม

ครั้งที่ 8 (สัปดาห์ที่ 12) ทำกลุ่มโฟกัส (Fogus group) และจัดอภิปรายกลุ่มย่อยเพื่อถ่ายทอดประสบการณ์ปฏิบัติ ทบทวนความรู้โดยการสะท้อนคิดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ค้นหาผู้ที่มีพฤติกรรมที่ดีและให้รางวัลตรวจระดับฮีโมโกลบิน และระดับปริมาณเฟอร์ริตินในเลือด ประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลการทดลองครั้งที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของระดับปริมาณเฟอร์ริตินในเลือด ก่อนทดลองและหลังทดลองในสัปดาห์ที่ 12 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล paired t test วิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการ ก่อนทดลองและหลังทดลองตามระยะเวลาในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล Repeated Measurement ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองคาย เลขที่โครงการวิจัย 38/2567 รับรองวันที่ 12 มกราคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง พบว่า ผู้ปกครองที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาการให้เลือดเป็นมารดา ร้อยละ 50.00 รองลงมาคือบิดา ร้อยละ 16.67 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.80 มีอายุระหว่าง 40-49 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาอายุอยู่ระหว่าง 31-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.56 (mean= 46.89, SD=10.66) ระดับการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 30.56 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 30.56 รองลงมาประกอบอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 27.78 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 61.11

รองลงมารายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 19.44 มีสถานะสถานภาพสมรสคู่และอยู่ด้วยกันมากที่สุด ร้อยละ 55.56 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุดอยู่ระหว่าง 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.80 (mean= 7.89, SD=3.503)

2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีอายุระหว่าง 10 -15 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.78 รองลงมาอายุอยู่ระหว่าง 5 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.67 (mean= 10.42, SD= 2.951) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 52.78 กำลังศึกษาระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 27.78 มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยและได้รับการให้เลือดอยู่ระหว่าง 5 - 10 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 52.78 (mean= 7.94, SD=3.355)

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการวิจัยก่อนทดลองและหลังทดลอง

3.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการใน 4 ช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนและหลังการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ D-METHOD ในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 จากการทดสอบด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated-measures ANOVA) โดยการทดสอบของ Huynh และ Feldt (Greenhouse - Geisser Epsilon= .805) พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(2.61, 91.20) = 31.342$, $p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีของ Bonferroni โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการในการประเมินก่อนทดลองและหลังทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่การเปรียบเทียบคู่อื่นหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) (ตารางที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการก่อนทดลองและหลังทดลองสัปดาห์ที่ 4, 8 และสัปดาห์ที่ 12

พฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการ	Mean	Std. Deviation
ครั้งที่ 1 (ก่อนทดลอง)	52.28	3.486
ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 4)	56.00	2.414
ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 8)	56.50	2.580
ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 12)	56.75	1.680

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการก่อนและหลังทดลองสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) โดยการใช้วิธีการทดสอบของ Bonferroni

พฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการ		Mean	S.D.	p-value	95% CI	
					Lower Bound	Upper Bound
ก่อนทดลอง	สัปดาห์ที่ 4	-3.722*	.482	.000	-5.071	-2.373
	สัปดาห์ที่ 8	-4.222*	.625	.000	-5.970	-2.474
	สัปดาห์ที่ 12	-4.472*	.613	.000	-6.186	-2.759

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการก่อนและหลังทดลองสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) โดยการใช้วิธีการทดสอบของ Bonferroni

พฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการ		Mean	S.D.	p-value	95% CI	
					Lower Bound	Upper Bound
สัปดาห์ที่ 4	ก่อนทดลอง	3.722*	.482	.000	2.373	5.071
	สัปดาห์ที่ 8	-.500	.497	1.000	-1.889	.889
	สัปดาห์ที่ 12	-.750	.514	.920	-2.187	.687
สัปดาห์ที่ 8	ก่อนทดลอง	4.222*	.625	.000	2.474	5.970
	สัปดาห์ที่ 4	.500	.497	1.000	-.889	1.889
	สัปดาห์ที่ 12	-.250	.409	1.000	-1.394	.894
สัปดาห์ที่ 12	ก่อนทดลอง	4.472*	.613	.000	2.759	6.186
	สัปดาห์ที่ 4	.750	.514	.920	-.687	2.187
	สัปดาห์ที่ 8	.250	.409	1.000	-.894	1.394

* p< .05

3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินและระดับปริมาณเฟอร์ริตินในเลือด ในผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาการให้เลือดก่อนการทดลองและหลังทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และระดับปริมาณเฟอร์ริตินในเลือดต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินและระดับปริมาณเฟอร์ริตินในเลือดก่อนและหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12 โดยการวิเคราะห์ค่าที (paired t- test)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		paired t-test	P-value
	x	SD	X	SD		
1. ระดับฮีโมโกลบิน	9.206	.616	10.206	.947	-4.852	.001
2. ระดับปริมาณเฟอร์ริตินในเลือด	1768.611	635.128	1431.267	595.443	6.816	.001

* p< .05

สรุปและอภิปรายผล

การปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ D-METHOD มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการในผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาการให้เลือดก่อนและหลังทดลองมีความแตกต่างกัน โดยคะแนนหลังการทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจาก กระบวนการวางแผนจำหน่ายที่ผู้วิจัยที่พัฒนาขึ้น เป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมตนเอง ซึ่งก่อนที่ผู้ป่วยจะปรับพฤติกรรมได้ เขาจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ รวมถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวด้านโภชนาการที่ถูกต้อง การเลือกรับประทานอาหารเพื่อเพิ่มระดับฮีโมโกลบินและลดภาวะเหล็กเกินในเลือด และผู้วิจัยได้ติดตามการรักษาอย่าต่อเนื่อง โดยการโค้ช (Coaching) ด้วยวิธีการติดตามทางโทรศัพท์แก่เด็กและผู้ปกครองเพื่อให้คำปรึกษารายบุคคลพร้อมทั้งให้กำลังใจ จัดอภิปรายกลุ่มย่อยเพื่อถ่ายทอดประสบการณ์ปฏิบัติ

สะท้อนมุมมองการปฏิบัติตัวที่เป็นทั้งด้านบวกและทางลบ เสริมสร้างขวัญและกำลังใจเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น จะเห็นได้จากค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการดีขึ้นหลังการทดลอง สอดคล้องกับการวิจัยของกัลยา ถาวงค์และเมธินี ศรีสวัสดิ์[7] ที่จัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคและการศึกษาของสำราญ กาศสุวรรณและคณะ[8] การใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สามารถเพิ่มความรู้และปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีการควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้นและวารินทร์ วัฒนานนท์เสถียรและมธุสร ปลาโพธิ์[9] คะแนนความรู้เรื่องโรคและความรู้ในการปฏิบัติตัวของ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียภายหลังได้รับการวางแผนการจำหน่ายโดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D สูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และการศึกษาของกนกวรรณ ช้างโรจน์และคณะ[4] พบว่า ความสามารถโดยภาพรวมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังใช้โปรแกรมวางแผนการจำหน่ายตามแนวคิด M-E-T-H-O-D สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของธัญธนาภา สีสถานและสุวรา ทองเลิศ[10]

จากการศึกษาเกี่ยวกับวางแผนการจำหน่ายโดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D หลายรายงานพบว่ามีผลทำให้ความรู้ของผู้ปกครองและผู้ป่วยสูงขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น ส่งผลให้สุขภาพที่เป็นตัวแปรในการประเมินผลลัพธ์จากพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นเช่นกัน ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษานี้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการดีขึ้น จึงทำให้ค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและระดับปริมาณเฟอร์ริตินในเลือดต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากในผู้ป่วยซาลัสซีเมียมักมีภาวะเหล็กเกินในร่างกายอยู่แล้วจากการเพิ่มการดูดซึมธาตุเหล็กจากระบบทางเดินอาหาร เพราะไขกระดูกในผู้ป่วยธาลัสซีเมียต้องการเหล็กในปริมาณที่มากขึ้น เพื่อใช้สร้างเม็ดเลือดแดงและจากการได้รับเลือดหลายครั้ง ซึ่งในเลือดมีธาตุเหล็กสูงและร่างกายไม่มีกลไกในการขับธาตุเหล็กที่เกินออกจากร่างกายได้ ทำให้เกิดภาวะเหล็กเกิน (Iron overload) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ทำให้เป็นอันตรายต่ออวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านโภชนาการจะช่วยลดการดูดซึมธาตุเหล็กเพิ่มและสารอาหารที่เลือกรับประทานบางชนิดจะช่วยเพิ่มระดับฮีโมโกลบินในเลือดด้วย เมื่อสุขภาพโดยรวมเกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการได้รับความรู้มากขึ้น ทำให้เข้าใจโรคมากขึ้น จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล ควรส่งเสริมให้นำกระบวนการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ D-METHOD ไปใช้ในแผนกผู้ป่วยนอกที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ เพื่อการติดตามอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

2. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัวและโรงเรียนในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียขณะอยู่ที่บ้านและที่โรงเรียน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคายที่สนับสนุนในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย รวมทั้งเจ้าหน้าที่บุคลากรแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย ขอขอบคุณอาจารย์สันติ ยุทธยง อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี แพทย์หญิงรัชดาพร ปุยรถเคราะห์ นายแพทย์ชำนาญการ และนางสาวฎญชญา จันบัวมี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือวิจัย และขอขอบคุณผู้ปกครอง

และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยและอำนวยความสะดวกอย่างดียิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจเป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. จิตสุดา บัวขาว. (บรรณาธิการ). (2560). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียในเวชปฏิบัติทั่วไป: Guidelines for the care of thalassemia patients in general practice. สำนักวิชาการแพทย์กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
2. วิปร วิประกษิต. (2556). บทความพิเศษ“ธาลัสซีเมีย”: การดูแลรักษาโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแบบบูรณาการ(Comprehensive Management for Thalassemia). วารสารโลหิตวิทยา และเวชศาสตร์บริการโลหิต. 23(4) : 303-320.
3. ชาคริต เชาวฤทธิ์, สุภาพร ช่างคำและนวินดา วณิชกุลธาดา. (2566). ความชุกและชนิดการกลายพันธุ์ของยีนเบตาธาลัสซีเมียในคู่สามี-ภรรยาที่เสี่ยงต่อโรคเบตาธาลัสซีเมีย: ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 10 พ. ศ. 2557-2564: การกลายพันธุ์ของยีนเบตาธาลัสซีเมียในคู่สามี-ภรรยาที่เสี่ยง. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. 65(3) : 224-236.
4. กนกวรรณ ช้างโรจน์, ละเอียด แจ่มจันทร์และจินตนา อาจสันเที๊ยะ. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย. 1(3) : 138-150.
5. เพ็ญลักษณ์ ธรรมแสง. (2566). ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลน้ำพอง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 8(2) : 160-168
6. ปริศนา แผ้วชนะและ วีณา จีระแพทย์ (2554) : ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันอาการหืดกำเริบของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด. https://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/67631 สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มกราคม 2566
7. กัลยา ถาวงค์ และเมธินี ศรีสวัสดิ์. (2564). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนายาง ตำบลนายาง อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ, 8(2), 103-119.
8. สำราญ กาศสุวรรณ, ทัศนีย์ บุญอริยเทพและรุ่งกิจ ปินใจ. (2565). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลร้องเข็ม อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่. (PMJCS) Phrae Medical Journal and Clinical Sciences. 30(2) : 27-42.
9. วารินทร์ วัฒนานนท์เสถียรและ มธุสร ปลาโพธิ์ (2561) ผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย โดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ต่อความรู้เรื่องโรคและความรู้ในการปฏิบัติตัว. วารสารเกื้อการุณย์. 25(2) : 78-92.
10. ธัญธนาภา สีสถาน1 สุวรา ทองเลิศ. (2567). ผลของการวางแผนจาหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็กโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 9 (2) : 69-78.

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม โรงพยาบาลสกลนคร

Effectiveness of the health promotion program according to the principles of 3A. 2S. in the elderly at risk for diabetes in behavior change. Primary Care Unit Muang Sukkasem Community Health Center Sakon Nakhon Hospital.

(Received: June 13,2024 ; Revised: June 18,2024 ; Accepted: June 23,2024)

จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี[1]
Juthatip Ngoichansri[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง Quasi experimental research ใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม โรงพยาบาลสกลนคร กลุ่มตัวอย่างได้มาจากผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2567 ถึง 31 พฤษภาคม 2567 จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน แบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลพฤติกรรมผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ.2 ส. โดยผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลก่อนและหลังการนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.ฯ มาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง สถิติที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยสถิติพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้โปรแกรมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (M=3.13, SD=0.10) สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม (M=2.14, SD=0.16) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 5.00, S.D. = 3.74)

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ/ พฤติกรรม 3อ. 2ส./ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

Abstract

This quasi-experimental research by pre – post one group research design. The objective is to study health promoting behavior according to the principles of 3A. 2S. and to compare health promoting behavior before and after using the health promotion program according to the principles of 3A. 2S. in the elderly at risk for diabetes. Primary care unit Muang Sukkasem Community Health Center Sakon Nakhon Regional Hospital The sample was drawn from the elderly at risk for diabetes. Between 1 March 2024 and 31 May 2024, a total of 30 cases. The tools used include Health promotion program according to the principles of 3A. 2S. in the elderly at risk for diabetes. Personal information collection form and information on the behavior of elderly people at risk for diabetes. and a health promotion behavior evaluation form based on the principles of 3A.2S. The researcher collected data before and after implementing the health promotion program according to the principles of 3A.2S. to the sample group. Statistics used in research Contains descriptive statistics, percentages, means, and standard deviations. and reference statistics paired t-test

The research results found that after using the program, the mean score of health promoting behavior (M=3.13, SD=0.10) was significantly higher than before using the program (M=2.14, SD=0.16) (p<.001) and there was satisfaction. at the highest level ($\bar{x}$ = 5.00, S.D. = 3.74)

Keywords: Health promotion program, behavior 3A.2S, elderly people at risk for diabetes

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสกลนคร

บทนำ

จากรายงาน Global Age Watch Index 2015 ประชากรโลกมี 7,349 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 901 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด นับได้ว่าประชากรรวมทั้งโลก ได้เข้าเกณฑ์ที่เรียกได้ว่าเป็น “สังคมสูงวัย”แล้ว และคาดการณ์ว่าใน ปี ค.ศ.2030 ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น เป็น 1.4 พันล้านคน หรือร้อยละ 16.5 และภายใน ปี ค.ศ.2050 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2.1 พันล้านคน หรือร้อยละ 21.5 ของประชากรโลก (Help Age International, 2015) ซึ่งประเทศไทยก็มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน อัตราการเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยจะเร็วกว่าของประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างมาก จึงมีเวลาเตรียมรองรับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุนี้น้อยกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว ทั้งนี้จำนวนและร้อยละประชากรสูงอายุของไทยจะเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว คือ จากประมาณ 8 ล้านคน ใน พ.ศ. 2553 เป็น 13 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 ร้อยละประชากรสูงอายุก็เพิ่มเกือบเท่าตัวเช่นกัน จากประมาณร้อยละ 12 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2568[1]

ทฤษฎีระบบประสาทหรือต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine-immunologic theory) เชื่อว่าความสูงอายุเป็นผลร่วมกันของการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบประสาท/ต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกันที่ทำหน้าที่ลดลงหรือแตกต่างจากเดิม เมื่อเข้าสู่วัยชราการทำงานของระบบประสาทจะลดลง reflex ต่าง ๆ จะเชื่องช้า ความจำจะเสื่อมลง ต่อมไร้ท่อทำงานลดลง เช่น insulin จะผลิตน้อยลงเกิดเป็นเบาหวานขึ้นได้ในผู้สูงอายุ โดยปกติการทำงานของระบบสมอง ประสาทอัตโนมัติและต่อมไร้ท่อจะทำงานประสานและควบคุมกันและกันเพื่อให้ร่างกายดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติ แต่เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนภายในร่างกาย พบว่า ในผู้สูงอายุตับอ่อนจะผลิตอินสุลินออกมาน้อยลงในขณะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งมีแนวโน้มให้ผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานมากขึ้น สำหรับพฤติกรรมสุขภาพที่ก่อให้เกิดโรคเบาหวาน ได้แก่ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุปฏิบัติตนในการรับประทานอาหารเพื่อการป้องกันโรคเบาหวานในระดับน้อยถึงปานกลาง ได้แก่ กินข้าวมากกว่า 6 ทัพพีต่อวัน กินผัก 2 –3 ทัพพีต่อวัน ดื่มชา กาแฟ โอเลี้ยง มากกว่า 1 แก้วต่อวัน กินอาหารรสเค็มจัดที่ปรุงด้วยเกลือปริมาณมากกว่า 1 ช้อนชาต่อวัน การดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำ การไม่ออกกำลังกายและอาการของความเครียดที่เป็นบ่อยครั้ง คือ วิตกกังวลจนนอนไม่หลับเมื่อทราบว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อโรคหงุดหงิดโมโหง่ายรวมทั้งมีการผ่อนคลายความเครียดไม่เหมาะสม และองค์การอนามัยโลกยังทำนายไว้ว่าประชากรทั่วโลกจะเสียชีวิตจากโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและหลอดเลือด 23 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 และในจำนวน นี้ร้อยละ 85 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา[2]

อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภาวะสุขภาพการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และจากการสำรวจข้อมูลในอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า จำนวนประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมาก (ร้อยละ 15.2) และนอกจากนี้แล้วส่วนใหญ่ผู้สูงอายุยังมีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมด้วย (ร้อยละ 51.1) โดยพบว่าพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 10.19 จากการเจาะระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2564-2566 ในกลุ่มผู้สูงอายุพบกลุ่มเสี่ยงที่มีระดับน้ำตาล ระหว่าง 100-125 มก./ดล. คิดเป็นร้อยละ 15, 18, และ 19.5 ตามลำดับ ปัญหาของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการขาดความรู้ในการดูแลตนเองและขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ร้อยละ 59.8 มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ร้อยละ 65.8 และขาดการออกกำลังกายร้อยละ 55.6[3] แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องใช้ระยะในการรักษาตนเองอย่างยาวนานจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขในทุก

ด้าน จากที่เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม โรงพยาบาลสกลนคร ได้ลงพื้นที่ในการคัดกรองเบาหวาน ประจำปีงบประมาณ 2565 ในพื้นที่ 11 ชุมชน ตำบลธาตุเชิงชุม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ได้รับการคัดกรองจำนวน 445 ราย ได้ข้อมูลดังต่อไปนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จำนวน 31 ราย และพบกลุ่มเสี่ยงเบาหวานร้อยละ 4.15 เสี่ยงจากพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ดังนี้ เสี่ยงจากพฤติกรรมสูบบุหรี่ร้อยละ 2.18 เสี่ยงจากการดื่มสุราร้อยละ 3.05 เสี่ยงจากการไม่ออกกำลังกายร้อยละ 16.26 เสี่ยงจากออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ร้อยละ 20.22 เสี่ยงจากการทานอาหารหวานจัดร้อยละ 13.15 เสี่ยงจากการทานอาหารเค็มจัดร้อยละ 15.17 เสี่ยงจากการทานอาหารมันจัดร้อยละ 9.68 และจากข้อมูลที่ทางหน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม โรงพยาบาลสกลนคร ได้พบคือมีผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นจำนวน มากจากการคัดกรอง จากสถานการณ์ดังกล่าวหน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม โรงพยาบาลสกลนคร ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม โรงพยาบาลสกลนคร จึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากแนวคิดของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ในการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค อีกทั้งในปัจจุบันกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ[4] ได้ให้ความสำคัญในการส่งเสริมและดำเนินการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ตามหลัก 3อ 2ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา) เพื่อลดการเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ ในรูปแบบต่าง ๆ โดยรูปแบบโปรแกรมประกอบด้วย 1) อ. อาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายและเพียงพอไม่มากเกินความจำเป็นและอาหารรสจัด 2) อ. ออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักและรอบพุงโดยเต้นแอโรบิค 3) อ. อารมณ์โดยการเข้าวัดปฏิบัติธรรม 1) ส.ไม่สูบบุหรี่ 2) ส.ไม่ดื่มสุราหรือสารเสพติดโดยใช้กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม โรงพยาบาลสกลนคร เพื่อนำผลที่ได้ไปปรับใช้และพัฒนาในบริการหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในพื้นที่เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานสามารถปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพ นำความรู้ไปใช้ในเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวานได้และเป็นแนวทางในการนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในครอบครัวและชุมชนเพื่อก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน หน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.

2. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้การวิจัยกึ่งทดลอง Quasi experimental research ใช้แบบแผนการวิจัย กลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) รายละเอียดดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่มีค่าน้ำตาลในเลือด >100-125 mg/dl ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม โรงพยาบาลสกลนคร ที่มีการคัดกรองในระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2567 ถึง 31 พฤษภาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คือ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่มีพันธุกรรมสายตรงพ่อแม่พี่น้องเป็นหรือเบาหวาน ที่ได้รับการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง ในกลุ่มประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่สมัครใจมาเข้ารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม โรงพยาบาลสกลนคร ระหว่างวันที่

1 มีนาคม 2567 ถึง 31 พฤษภาคม 2567จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีพันธุกรรมสายตรงพ่อแม่พี่น้องเป็นเบาหวานโดยหลักเกณฑ์ ดังนี้ 1) มีค่าน้ำตาลในเลือด >100-125 mg/dl 2)อายุ 60 ปีขึ้นไป 3) เป็นผู้ที่มีสัญชาติไทย เชื้อชาติไทย อ่านออกเขียนได้ 4) สมัครใจและสามารถเข้าร่วมการวิจัย ตลอดระยะเวลา 1 เดือน 5) เป็นผู้ที่สามารถตอบคำถามเองได้

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) 1) มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยขอถอนตัว 3) ย้ายที่อยู่อาศัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แผนการจัดกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน แบ่งเป็นระยะที่ 1 ชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัยสร้างสัมพันธภาพเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมงานวิจัย ระยะที่ 2 ทำสมุดบันทึกให้ความรู้และฝึกปฏิบัติด้านอาหารและด้านออกกำลังกาย โดยมุ่งเน้นความรู้เรื่องพฤติกรรมของ อ.อาหาร และ อ.ออกกำลังกาย ระยะที่ 3 ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติด้านอารมณ์และด้านไม่ดื่มสุรา ด้านไม่สูบบุหรี่ และการติดตามผลของสมุดบันทึกปรับเปลี่ยนในระยะที่ 2 เพื่อปรับปรุงแก้ไขรายบุคคล และระยะที่ 4 ประเมินความก้าวหน้าของพฤติกรรมและสรุปข้อมูลเปรียบเทียบข้อมูลแต่ละบุคคลในสมุดบันทึกปรับเปลี่ยน พร้อมทั้งมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และอภิปรายเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงเบาหวาน ประกอบด้วยเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ผู้ดูแล คนทำอาหาร ประสบการณ์ความรู้ 3อ. 2ส. และค่า BMI

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.ทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ มี 5 ข้อ ด้านอาหารมี 7 ข้อ ด้านออกกำลังกายมี 3 ข้อ ด้านการไม่ดื่มสุรามี 2 ข้อ ด้านการไม่สูบบุหรี่มี 2 ข้อ รวมทั้งหมด 19 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4ระดับ โดยแต่ละข้อคำถามมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเอง 6-7 วันต่อสัปดาห์ (4 คะแนน)

ปฏิบัติบ่อย หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเอง 3-5 วันต่อสัปดาห์ (3 คะแนน)

ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเอง 1-2 วันต่อสัปดาห์ (2 คะแนน)

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติตามข้อนั้นเลย (1 คะแนน)

เกณฑ์การให้คะแนน

	ด้านบวก	ด้านลบ
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	4 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อย	3 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	1 คะแนน	4 คะแนน

โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยใช้เกณฑ์การแปลความหมายแบบอิงเกณฑ์ (Best. 1970) ดังนี้

คะแนน 1.00 –2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ต่ำ

คะแนน 2.01 –3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ปานกลาง

คะแนน 3.01 –4.00 หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. สูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ได้แก่ ด้านการให้บริการพยาบาล ด้านความรู้และการปฏิบัติการพยาบาล และด้านการให้บริการทั่วไป ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ในแต่ละข้อให้เลือกตอบตามระดับ ความพึงพอใจมากน้อย 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรง (Validity) การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

(Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Content Validity Index:CVI) โดยนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งชุด (S-CVI) ซึ่งจะต้องได้ค่ามากกว่า 0.80 (Polit & Beck, 2012) ในครั้งนี้มีค่าเท่ากับ 0.90 แล้วจึงนำไปทดลองใช้ จำนวน 5 คน เพื่อความชัดเจนและข้อคำถามไม่กำกวม ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2ส.และแบบสอบถามความพึงพอใจในการพยาบาล ที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน มาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงที่มีพันธุกรรมสายตรงพ่อแม่พี่น้องเป็นเบาหวาน ที่ได้รับการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่สมัครใจมาเข้ารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2ส.และแบบสอบถามความพึงพอใจในการพยาบาล โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และ 0.85 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัยโดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

2. ผู้วิจัยอธิบายบทบาทของผู้วิจัยและวิธีการเก็บข้อมูล รวมถึงวิธีการปฏิบัติตลอดจนเก็บข้อมูลพื้นฐานก่อนลงมือปฏิบัติ และอธิบายวิธีการทำความเข้าใจในการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เพื่อให้อาสาสมัครเตรียมความพร้อมความเข้าใจของตนเองในการวิจัย

ขั้นการทดลอง

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เป็นโปรแกรมเพื่อที่จะลดน้ำหนักหรือรอบเอว ลดน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ที่เสี่ยงเบาหวาน ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลก่อนและหลังการนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปใช้เป็นระยะเวลา 1 เดือน เพื่อประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ในด้านอารมณ์ ด้านการออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านการไม่ดื่มสุรา ด้านการไม่สูบบุหรี่ ซึ่งโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 1 เดือน มีดังต่อไปนี้

ในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วยระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้และฝึกปฏิบัติด้านอาหารและด้านออกกำลังกาย โดยมุ่งเน้นสร้างสัมพันธ์และให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมของ อ.อาหารและอ.ออกกำลังกาย

ระยะที่ 1 ชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัย สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง การประเมินพฤติกรรมในการทำแบบสอบถาม (pre-test) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินข้อมูลพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส.ของกลุ่มเสี่ยง

ระยะที่ 2 เริ่มจากทำสมุดบันทึกรายบุคคล ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติด้านอาหารและด้านออกกำลังกาย มีการจัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหารและด้านการออกกำลังกาย โดยใช้สื่อภาพนิ่ง (Power point) ในการอบรมถ่ายทอดความรู้ และฝึกปฏิบัติด้านอาหารโดยใช้ตารางโภชนาการในการกำหนดเมนูอาหารให้เพื่อไม่ให้มากเกินความจำเป็น และเวลาในการรับประทานอาหารที่ถูกต้องพร้อมกับตารางออกกำลังกายที่จะบอกวิธีและเวลาที่เหมาะสมในแต่ละวัน และเมื่อมีการปฏิบัติกิจกรรมตามตารางให้จดบันทึกลงในสมุดบันทึกปรับเปลี่ยนส่วนบุคคล แต่ถ้าเมื่อปฏิบัติไม่ได้ให้ลงข้อมูลพร้อมเหตุผลว่าเพราะเหตุใด เช่น ไม่ได้ออกกำลังเพราะไปงานแต่ง หรือไม่ได้ทานอาหารตามเมนูเพราะแพ้อาหารนั้น ๆ

สัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วยระยะที่ 3 มีวัตถุประสงค์ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติด้านอารมณ์และด้านไม่ดื่มสุรา ด้านไม่สูบบุหรี่ และการติดตามผลของสมุดบันทึกปรับเปลี่ยนในระยะที่ 2 เพื่อปรับปรุงแก้ไข

รายบุคคลเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นความรู้เรื่องพฤติกรรมของ อ.อารมณ์ ส.ไม่สูบบุหรี่ ส.ไม่ดื่มสุรา

ระยะที่ 3 ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติด้านอารมณ์และด้านไม่ดื่มสุรา ด้านไม่สูบบุหรี่ มีการจัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านอารมณ์จะใช้พระพุทธศาสนาเข้ามา โดยกราบอาราธนาธรรมพระภิกษุมาให้ความรู้ แนวคิด แนวปฏิบัติ ในด้านอารมณ์มีการฝึกจิต การปล่อยวางและฝึกสมาธิเช่น การเดินจงกลม การสวดมนต์แผ่เมตตา การนั่งสมาธิ เป็นต้น และในด้านการไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่จะใช้สื่อภาพนิ่ง (Power point) ในการอบรมถ่ายทอดความรู้ในเรื่องโทษของบุหรี่และโทษของสุรา มีการทำกลุ่มสนทนาและออกมานำเสนอถึงทางออกของการเลิกบุหรี่หรือสุรา การหลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ ทักษะปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ดื่มหรือสูบ

สัปดาห์ที่ 3 ประกอบด้วยระยะที่ 4 และการติดตามผลของสมุดบันทึกปรับเปลี่ยนในระยะที่ 2เพื่อปรับปรุงแก้ไขรายบุคคลเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นกิจกรรมทั้ง 5 ด้านด้วยการเรียนรู้ด้วยตนเอง

ระยะที่ 4 กิจกรรมฐานความรู้ 5 ด้าน ทั้งหมด 5 ฐาน

ฐานที่ 1 ด้านอาหารและความรู้เรื่องโภชนาการสามารถเลือกอาหารที่ควรรับประทานในแต่ละมื้อ

ฐานที่ 2 ด้านการออกกำลังกาย เช่น บาสโลป รำไม้พอง

ฐานที่ 3 ด้านอารมณ์ โดยการให้วิธีหัวเราะบำบัด

ฐานที่ 4 ด้านไม่ดื่มสุรา คือ เกมส์หมุนเหวียงร้อยลูกปัด โดยจะให้ผู้เล่นหมุนรอบตัวเอง 5-7 รอบแล้วเดินไปร้อยลูกปัด กิจกรรมเกมส์นี้เพื่อสื่อให้ผู้เล่นได้ทราบถึงฤทธิ์ของการดื่มสุราจะมีอาการมึนเมาและทำให้เสียการทรงตัวและสติ

ฐานที่ 5 ด้านการไม่สูบบุหรี่ เป็นการทดลองความอันตรายของบุหรี่ โดยใช้ขวดน้ำที่มีน้ำอยู่เต็มขวดและเจาะรูด้านล่างเพื่อให้น้ำดูดควันจากบุหรี่ที่อยู่ที่ฝาขวดดูดควันเข้าไปในขวดน้ำ แล้วรอจนน้ำหมดและบุหรี่หมด หลังจากนั้นนำสำลีมาอุดที่ปากขาดพร้อมเป่าลมเข้าไปในขวดตรงรูที่เจาะไว้สังเกตสีของสำลีที่เป็นสีน้ำตาลเพราะสารอันตรายในบุหรี่

ขั้นหลังการทดลอง

สัปดาห์ที่ 4 เน้นการประเมินพฤติกรรมและผลลัพธ์หลังการเข้าร่วมการวิจัยประเมินแบบสอบถาม (Post-test) เพื่อทราบความก้าวหน้าของพฤติกรรมและสรุปข้อมูลเปรียบเทียบข้อมูลแต่ละบุคคลในสมุดบันทึกปรับเปลี่ยนในระยะที่ 2 พร้อมทั้งมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และอภิปรายเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้แจกแจงความถี่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานก่อนและหลังการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใช้ Pair t-test ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) โดยการทดสอบข้อมูลว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) หรือไม่ด้วยการทดสอบจากสถิติ Shapiro-Wilk Test Test พบว่า ข้อมูลทักษะการคิดวิเคราะห์มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (p=.200)

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัยโดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสกลนคร เลขที่ SKNH REC No. 106/2566

ผลการศึกษา

1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามในงานวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.33 มีอายุ 66-70 ปีขึ้นไปร้อยละ 63.33 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 46.66 มี

รายได้เฉลี่ย 10,000 บาทขึ้นไปต่อเดือน ร้อยละ 50.00 สภานะภาพสมรสร้อยละ 63.33 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 43.33 มีผู้ดูแลเป็นภรรยา/สามีร้อยละ 50.00 ประกอบอาหารด้วยตนเองร้อยละ 50.00 ไม่เคยได้รับความรู้ด้าน 3อ.2ส. ร้อยละ 53.33 และมีค่า BMI ปกติ (18.6 – 24.9kg/m^2) ร้อยละ 46.66

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร พบว่า หลังจากการทดลองโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. พบว่าพฤติกรรมตามหลัก 3อ. 2 ส. ในด้านอาหาร การรับประทานอาหารเค็มก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 3.53 (SD= 0.57) หลังการทดลองลดลงเหลือค่าเฉลี่ย 2.23 (SD= 0.43) และการดื่มน้ำอัดลม น้ำหวานหรือชากาแฟก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 3.10 (SD= 0.54) หลังการทดลองลดลงเหลือค่าเฉลี่ย 1.83 (SD= 0.69) ในด้านการออกกำลังกาย พบว่าการออกกำลังกาย เช่น รำไม้พอง เล่นกีฬาก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 2.26 (SD= 0.63) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็นค่าเฉลี่ย 3.33 (SD= 0.71) ด้านอารมณ์พบว่าการรู้สึกมีความสุขกับที่เป็นอยู่ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 2.03 (SD=0.55) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็นค่าเฉลี่ย 3.56 (SD= 0.72) และการฝันในเรื่องที่ไม่ดีหรือเรื่องที่ทำให้รู้สึกแย่ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 3.13 (SD= 0.68) หลังการทดลองลดลงค่าเฉลี่ย 1.70 (SD= 0.53) ในด้านสูบบุหรี่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 1.16 (SD= 0.64) หลังการทดลองลดลงเป็นค่าเฉลี่ย 1.10 (SD= 0.40) และคนในครอบครัวหรือที่ทำงานท่านสูบบุหรี่ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 2.03 (SD= 0.92) หลังการทดลองลดลงเป็นค่าเฉลี่ย 1.16 (SD= 0.37) ในด้านการไม่ดื่มสุรา การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 1.30 (SD= 0.79) หลังการทดลองลดลงเป็นค่าเฉลี่ย 1.13 (SD= 0.43) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2 ส.ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ก่อนการทดลองมีค่า 2.14 และหลังการทดลองมีค่าเท่ากับ 3.13 เมื่อนำค่าเฉลี่ยการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2 ส.ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานก่อนและหลังการทดลองมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2ส. ภายหลังการทดลองมีค่าสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

3. ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. พบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 5.00, S.D. = 3.47) และเมื่อพิจารณาแต่ละหัวข้อ พบว่า ความสุภาพ อ่อนน้อม ยิ้มแย้มแจ่มใส วาจาสุภาพ ความสนใจเอาใจใส่เต็มใจช่วยเหลือ การตอบข้อสงสัยแก่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและญาติด้วยความเต็มใจ การให้ข้อมูล คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ มีความรู้และความสามารถในสอนให้ความรู้อย่างเหมาะสม ได้รับการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเอาใจใส่ดูแล แลความชัดเจนในการให้ข้อมูลและตอบข้อสงสัย มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 5.00, S.D. = 4.32)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามในงานวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.33 มีอายุ 66 - 77 ปี ขึ้นไปร้อยละ 63.33 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 46.66 มีรายได้เฉลี่ย 10,000 บาทขึ้นไปต่อเดือนร้อยละ 50.00 สถานะภาพสมรสร้อยละ 63.33 ประกอบอาชีพค้าขายร้อยละ 43.33 มีผู้ดูแลเป็นภรรยา/สามีร้อยละ 50.00 มีค่า BMI ปกติ (18.6 – 24.9kg/m^2) ร้อยละ 46.66 ประกอบอาหารด้วยตนเองร้อยละ 50.00 และไม่เคยได้รับความรู้ด้าน 3อ.2 ส. ร้อยละ 53.33 สอดคล้องกับสำรวย กลยณี[1] ได้ทำการศึกษาผลของการประยุกต์ใช้หลัก 3อ. 2ส. ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้หลัก 3อ. 2ส. ร่วมกับแรงสนับสนุนทาง

สังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงรายใหม่เขตพื้นที่ตำบลบ้านนำคำจังหวัดสกลนคร จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม และเครื่องมือที่ใช้ทดลองเป็นโปรแกรมการประยุกต์ใช้หลัก 3อ. 2ส. โดยใช้ระยะเวลา 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired-Sample t-test ผลการวิจัยพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงรายใหม่มีค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและแรงสนับสนุนมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001, <.001 และ <.001 ตามลำดับ

หลังจากการทดลองโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ. 2ส. พบว่าพฤติกรรมตามหลัก 3อ. 2ส. ในด้านอาหาร การรับประทานอาหารเค็มก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 3.53 (SD=0.57) หลังการทดลองลดลงเหลือค่าเฉลี่ย 2.23 (SD= 0.43) และการดื่มน้ำอัดลมน้ำหวานหรือชากาแฟก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 3.10 (SD=0.54) หลังการทดลองลดลงเหลือค่าเฉลี่ย 1.83 (SD= 0.69) ในด้านการออกกำลังกาย พบว่าการออกกำลังกาย เช่น รำมวยจีนรำไม้พอง ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 2.26 (SD= 0.63) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็นค่าเฉลี่ย 3.33 (SD=0.71) ด้านอารมณ์พบว่าการรู้สึกมีความสุขกับที่เป็นอยู่ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 2.03 (SD=0.55) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็นค่าเฉลี่ย 3.56 (SD=0.72) ซึ่งสอดคล้องกับรุจิรางค์ วรรณ์ธนาทัศน์[5] ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 2ส.ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม วิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-Experiment, One Group Pre-test Post-test Design) กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 75 ปี ที่สามารถอ่านออก เขียนได้ ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมาเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงเรียนผู้สูงอายุสุขภาพดีนครปฐม ตำบลพระปฐมเจดีย์ และโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบสุขภาพดี ตำบลนครชัยศรี จำนวน 50 คน และเครือข่าย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 20 คน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าร้อยละค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่ใช้ทดสอบ คือ Paired-Samples t-test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ p≤.001 มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ p≤.001 มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ p≤.001 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ p≤.001 สอดคล้องกับนวลนิตย์ ไชยเพชร[6] ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชุมชนโพหวาย ตำบลบางกุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานีโดยเป็นกลุ่มเสี่ยง โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ามารับบริการ ณ ศูนย์สุภาพชุมชนเมืองโพหวาย จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ใช้ระยะเวลาในการทดลอง 1 เดือน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ และแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ ควรนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากโปรแกรมมีการแนะนำการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติพฤติกรรม ชี้แจง และขั้นตอนการปฏิบัติควบคุมด้านอาหาร เช่น การควรบริโภคในปริมาณที่พอเหมาะควรระวังในการใช้น้ำมัน น้ำตาล และเกลือ น้ำปลาหรือซอสปรุงรส ต้องมีปริมาณที่ไม่มากเกินไป เพื่อให้บริโภคอาหารให้เพียงพอและปริมาณพอเหมาะ จึงแนะนำการบริโภคอาหารตาม “ธงโภชนาการ”ใน ด้านอารมณ์ เช่น การเสริมสร้างภาวะอารมณ์ที่ดี จึงจำเป็นต้องมีการบริหารจิต เช่น หัวเราะบำบัด เป็นต้น ด้านการออกกำลังกายมีทำ กิจกรรมให้มีการเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้นครั้งละ 150 แคลอรี หรือ เคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังแบบแอโรบิคด้วยความหนักระดับรุนแรงอย่างน้อยวันละ 20 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน และด้านการไม่ดื่มสุรา การให้ความรู้เพื่อให้ตระหนักถึงโทษของการดื่มสุราที่ส่งผลต่อสุขภาพอย่างไรทำอย่างไรถึงจะสามารถลดหรือเลิกสุราได้ ด้านไม่สูบบุหรี่ การให้ความรู้ในการดมควันบุหรี่มีผลต่อระดับความดันโลหิตในร่างกายเป็นต้น ได้อย่างชัดเจนเพื่อแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้องรังเบาหวานความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาวในการติดตามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเป็นการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.

2. มีการนำเสนอเผยแพร่และควรนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ไปใช้ในกลุ่มอื่น ๆ เช่น เด็กที่มีภาวะอ้วน เพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ

3. ควรมีการศึกษาความพึงพอใจของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.

เอกสารอ้างอิง

1. สำรวย กลยณี และศศิวรรณ ทัศนเอี่ยม .(2562). ผลของการประยุกต์ใช้หลัก 3อ. 2ส. ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงรายใหม่. วารสารราชพฤกษ์ 17(2), 95-104.
2. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักระบาดวิทยา. (2557). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2555. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
3. กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน. รายงานผลการดำเนินงาน. (2564). หน่วยบริการปฐมภูมิ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสุขเกษม โรงพยาบาลสกลนคร.
4. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2558). โครงการส่งเสริมการรณรงค์และขยายผล ศูนย์เรียนรู้องค์กรต้นแบบไร้พุงต้นแบบ สำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). คู่มือลดพุงลดโรค.หน้า 1-10.
5. รุจิรางค์ วรรณ์ธนาทัศน์. (2560). ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 2ส.ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5, 36(1), 2-11.
6. นวลนิตย์ ไชยเพชร อุดมศิลป์ แก้วกล่า, สิทธิพงษ์ สอนรัตน์และยุวดี วิทยพันธ. (2560). ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชุมชนโพหวาย ตำบลบางกุ้ง อาเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ผลของการพัฒนารูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง โรงพยาบาลอุดรธานี

Effect of developing an assessment model for prevention and surveillance before entering a crisis situation for patients with septic arthritis of the knee. Female orthopedic ward Udon Thani.

(Received: June 13,2024 ; Revised: June 18,2024 ; Accepted: June 23,2024)

อัญชลี ถิ่นสอน[1] พรพันธ์ คณาศรี[1] รัชนี เจริญเพ็ง[1] จุฬาภรณ์ ศรีโท[1] ปานวดี มณีศรี[1]
Anchalee Thinsorn[1], Phonphan Khanasri[1], Ratchanee Charoenpeng[1] Chulabhorn Srito[1], Panawadee Maneesri[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อในด้านอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ทรุดลงจากการเฝ้าระวังไม่เหมาะสม อุบัติการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพ และอุบัติการณ์การเสียชีวิตหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้การพัฒนางานตามวงจรปรับปรุงคุณภาพของเดมมิ่ง (Deming Cycle) โดยมีขั้นตอน Plan-Do-Check Act ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 – กรกฎาคม พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 10 คน และเวชระเบียนรวมถึงผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่หอผู้ป่วย ออร์โธปิดิกส์หญิง โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบที และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการคงที่ตลอดการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย มีเพียงร้อยละ 6.67 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการทรุดลงระหว่างการเฝ้าระวัง แต่ไม่รุนแรงจนต้องได้รับการฟื้นคืนชีพ หรือเสียชีวิต ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีถึงดีมากต่อรูปแบบ ว่าสามารถช่วยในการตัดสินใจในการประเมินผู้ป่วยแต่ละรายว่าต้องการความช่วยเหลือระดับใด รวมถึงมีความพึงพอใจต่อแนวทางการพยาบาลและการเฝ้าระวังที่ได้รับการพัฒนาและนำมาใช้ในการศึกษานี้

คำสำคัญ: การประเมินก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต การเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต ผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ

Abstract

This study was action research aimed to develop and study the results of the model. Evaluation for prevention and surveillance before entering a crisis situation of patients with septic arthritis in terms of the incidence of patients deteriorating due to inappropriate surveillance. Incidence of resuscitation and the incidence of death after using the model Using work development according to the Deming Quality Improvement Cycle (Deming Cycle) with the Plan-Do-Check Act steps, research was conducted between May 2024 - July 2024. Sample groups include: Professional nurse working at the female orthopedic ward Udonthani Hospital, 10 people, and medical records including patients who came to use the services at the ward. female orthopedic Udonthani Hospital, 30 people. The tools used to collect data were questionnaires. Quantitative data were analyzed using frequency statistics, percentages, means, standard deviations, t-tests, and qualitative data were analyzed using content analysis.

The results of the study revealed that most patients had stable symptoms throughout their stay in the ward. Only 6.67% of the sample had symptoms deteriorate during surveillance. But not so severe that he had to be revived. or died Opinions of professional nurses who provide patient care Most had good to very good

[1] หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง โรงพยาบาลอุดรธานี

satisfaction with the format. that it can help make decisions in evaluating each patient to see what level of assistance is needed They were also satisfied with the nursing and surveillance guidelines that were developed and used in this study.

Keywords: Pre-crisis assessment, pre-crisis surveillance, infectious knee arthritis patients

บทนำ

ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่มักจะมีสัญญาณเตือนนำมาก่อนสักระยะหนึ่ง โดยเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ทรุดลง และส่งผลให้เข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ อาจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขั้นรุนแรงเกิดขึ้น จากข้อมูลทางวิชาการพบว่า ร้อยละ 51-86 ของผู้ป่วยที่รับปฏิบัติการเพื่อช่วยชีวิตขณะที่หัวใจหยุดเต้นและหยุดหายใจกะทันหัน (cardiopulmonary resuscitation; CPR) จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเป็นเวลาหลายชั่วโมงก่อนที่จะเกิดหัวใจหยุดเต้นและหยุดหายใจกะทันหัน ซึ่งต้องการได้รับความช่วยเหลือแก้ไขให้ทันท่วงทีจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ มีทักษะในการประเมินปัญหา พร้อมทั้งให้การพยาบาลรักษาอย่างถูกต้อง โดยผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงจะได้รับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย และดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันท่วงที การใช้ Early Warning Score จะช่วยให้การจัดกลุ่มตามลำดับความเร่งด่วนและจัดการผู้ป่วยทรุดลงในโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น ซึ่งการจัดกลุ่มและการจัดการที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยเมื่อเข้ารับการดูแลในโรงพยาบาล[1]

Early Warning Score เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ซึ่งเป็นที่แนะนำสำหรับการค้นหาสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตและมีการนำไปใช้งานอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ ในสหรัฐอเมริการะบบสัญญาณเตือน (National Early Warning Score: NEWS) ถูกนำมาใช้ในระบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งสะท้อนถึงภาวะความเจ็บป่วยที่รุนแรงของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ต่อมาระบบเฝ้าระวังภาวะวิกฤต (Modified Early Warning Score: MEWS) เป็นเครื่องมือที่ถูกนำมาใช้ในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ซึ่งสามารถแบ่งระดับความรุนแรง และช่วยในการตัดสินใจในการให้การดูแลรักษาตามแนวทางอย่างรวดเร็วก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะวิกฤต เพื่อเพิ่มความปลอดภัยและป้องกันการเสียชีวิต สำหรับ MEWS ประกอบด้วยการประเมินสัญญาณชีพ (อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด อุณหภูมิร่างกาย) และระดับความรู้สึกตัว[2] จากงานวิจัยพบว่า การใช้ MEWS กับผู้ป่วยในโรงพยาบาล สามารถลดอัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้เนื่องจากสามารถดักจับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่มีอาการแสดงที่ทรุดลงได้อย่างรวดเร็ว[3]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แนวทางการใช้สัญญาณเตือนที่เหมาะสมกับกลุ่มอายุของผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกที่ได้รับการยอมรับ คือ แนวทางการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (modified early warning sign: MEWS)[4] ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญสำหรับพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด การประเมินผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ มีสมรรถนะ มีวิธีการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและทรัพยากรที่เพียงพอ พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรกลุ่มสำคัญในทีมสุขภาพที่หมุนเวียนรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย 24 ชั่วโมง การนำแนวทางการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตมาใช้ช่วยให้สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาและ/หรือต้องนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้มีข้อมูลในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนให้การดูแลและเฝ้าระวังอาการได้รวดเร็ว ดักจับอาการผิดปกติ ป้องกันภาวะทรุดลง

และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทีทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย[3] พบว่า การใช้ระบบสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตช่วยลดอัตราการเกิดหัวใจหยุดเต้นในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้พบว่าการเพิ่มขึ้นของคะแนนการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติสัมพันธ์กับอัตราตายและอัตราการเข้ารับการรักษาใน ICU โดยคะแนนสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (MEWS) มากกว่า สัมพันธ์กับความน่าจะเป็นในการเสียชีวิต 21 เท่า การใช้รูปแบบการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตสำหรับผู้ป่วยหนักวัยผู้ใหญ่ ทำให้อัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ภาวะช็อก และภาวะหายใจล้มเหลวลดลงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[5]

จากข้อมูลสารสนเทศแผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลอุดรธานี พ.ศ. 2562 - 2565 มีผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อจำนวน 98 ราย 94 ราย 83 ราย และ 79 ราย ตามลำดับ และหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง โรงพยาบาลอุดรธานี พ.ศ. 2562 - 2565 พบผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อจำนวน 44 ราย 55 ราย 39 ราย และ 48 รายตามลำดับ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงและย้ายไปหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 8 ราย 6 ราย 5 ราย และ 3 ราย คิดเป็นอัตรา 18.18% 10.90% 12.82% และ 6.25% ตามลำดับมีผู้ป่วยเสียชีวิต ในปี 2562 = 1 ราย 2563 = 1 ราย 2564 = 1 ราย และ ปี 2565 = 0 ราย คิดเป็นอัตรา 2.27% 1.81% 2.56% และ 0 % ตามลำดับ จากการทบทวนพบว่า เป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยภาวะข้อเข่าอักเสบ เกิดจากการประเมินและเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยเน้นการประเมินสัญญาณชีพ ไม่มีการใช้เครื่องมือเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤต และพยาบาลระดับปฏิบัติส่วนใหญ่มีสมรรถนะจำกัดในการเฝ้าระวังภาวะวิกฤต จึงจำเป็นต้องพัฒนาการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตอย่างเร่งด่วน โดยเมื่อได้ทบทวนกระบวนการการดูแลผู้ป่วย พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ทักษะในการประเมินอาการผู้ป่วย และไม่มีระบบของการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถดักจับอาการที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤตได้ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยที่มารับบริการ หน่วยงานมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงมีการเฝ้าระวัง การติดตามอาการเปลี่ยนแปลง บุคลากรทางการพยาบาลได้มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน อันจะทำให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น อีกทั้งช่วยพัฒนาระบบการบริการสุขภาพของหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง โรงพยาบาลอุดรธานี ให้มีคุณภาพมาตรฐานยิ่งขึ้น ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าทีมหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง โรงพยาบาล อุดรธานี เห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้ทำวิจัยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาและศึกษา ผลลัพธ์รูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงขึ้นเพื่อนำไปเป็นแนวทางการปฏิบัติและพัฒนาสมรรถนะพยาบาลระดับปฏิบัติ ให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดอุบัติการณ์ทรุดลงและเสียชีวิตที่ไม่คาดคิด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของภาวะติดเชื้อในผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ

2. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของภาวะติดเชื้อในผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงมีอาการทรุดลงที่ไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้าและรักษาล่าช้าขณะอยู่ในหอผู้ป่วยสามัญ ได้แก่ ภาวะหัวใจหยุดเต้นและช่วยชีวิต ภาวะหายใจล้มเหลวและใส่ท่อช่วยหายใจ ภาวะช็อค และอุบัติการณ์ย้ายเข้ารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU)

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องต่างๆ ร่วมกัน โดยใช้การพัฒนางานตาม

วงจรปรับปรุงคุณภาพของเดมมิ่ง (Deming Cycle) โดยมีขั้นตอน Plan-Do-Check Act

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อที่มีความเสี่ยงสูงที่รับการรักษาหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง ชั้น 4 โรงพยาบาลอุดรธานี ที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อที่มีความเสี่ยงสูงที่รับการรักษาหอผู้ป่วย ออร์โธปิดิกส์หญิง และไม่เป็นผู้ป่วยที่แพทย์และญาติลงความเห็นไม่ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ/ผู้ป่วยระยะท้าย หลังพัฒนารูปแบบ ที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2567 จำนวน 30 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ ซึ่งประกอบด้วยแบบเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย (MEWS) และแนวทางการพยาบาลและการเฝ้าระวัง (Nursing Action Pathway) ซึ่งเป็นแนวทางในการรายงานการพยาบาล และการติดตาม โดยใช้เกณฑ์ตามระดับค่าคะแนน มี 4 ระดับ ดังนี้ 1) ค่าคะแนน MEWS = 1 คือ White zone 2) ค่าคะแนน MEWS = 2-3 คือ Yellow zone 3) ค่าคะแนน MEWS = 4-6 คือ Orange zone 4) ค่าคะแนน MEWS ≥7 คือ Red zone (National Clinical Guideline, 2013)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามแบบเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยและบันทึกในแบบบันทึกการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย ซึ่งเนื้อหาจะสอดคล้องกับรูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ สำหรับกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางของรูปแบบจะประเมินโดยใช้แบบตรวจสอบการปฏิบัติงานตามแนวทางการพยาบาลและการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย โดยข้อมูลการปฏิบัติต่อผู้ป่วยแบ่งเป็นปฏิบัติตามรูปแบบและไม่ปฏิบัติตามรูปแบบ

2.2 แบบประเมินความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานต่อรูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการอบรม และประสบการณ์ในการทำงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเป็นไปได้ของรูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบสอบถามใช้มาตรวัดของ ลิเคิร์ท (Likert scale) มี 5 ข้อ 5 ระดับ ช่วงคะแนน 1–5 (ค่าคะแนนน้อยที่สุดถึงมากที่สุด) และมีคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นและขอเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ ประกอบด้วย 8 ข้อคำถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 – 5 การแปลคะแนนระดับความพึงพอใจตามเกณฑ์การคิดคะแนน ดังนี้

1.00 -1.49 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อยที่สุด
1.50-2.49 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อย
2.50-3.49 หมายถึง พึงพอใจระดับปานกลาง
3.50-4.49 หมายถึง พึงพอใจระดับมาก
4.50-5.00 หมายถึง พึงพอใจระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบเนื้อหาสาระความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อความและความครอบคลุมของรูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต

ของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ แบบประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ แบบสอบถามความเป็นไปได้ของรูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.78, 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

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ การแจกแจงความถี่ และค่าสถิติร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากโรงพยาบาลจังหวัดอุดรธานี เลขที่ 87/2567

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ ผลการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอน Plan

ดำเนินการศึกษาสภาพปัญหาการปฏิบัติงานการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ โดยการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพและแพทย์ การสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ การศึกษาจากข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อที่เกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ และผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงในขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ สัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต การจัดการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต และจัดทำแผนการพัฒนารูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้ออักเสบติดเชื้อและแผนการประเมินผลการใช้รูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอน Do

ดำเนินการพัฒนารูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ ดังนี้

1. เมื่อได้รับอนุมัติโครงการวิจัยจากคณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดตั้งทีมพัฒนารูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ โดยคณะวิจัยเป็นแกนนำและขอความร่วมมือทีมพัฒนาดังกล่าวในการเป็นแกนนำที่จะเป็นทีมพัฒนาร่วมกันวางแผนการดำเนินงานในเบื้องต้นเพื่อทำหน้าที่ในการดำเนินให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ โดยกำหนดให้มีการประชุมทั้งหมด 5 ครั้ง ดังนี้

1.1 จัดโครงการการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ โดยจัดประชุมครั้งที่ 1 เพื่อนำเสนอปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ที่ประชุมและระดมสมองผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติ คือ แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมกระดูก 1 ท่าน และตัวแทนกลุ่มผู้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง ด้วยการวิเคราะห์ปัญหา 1) จากการปฏิบัติงานทางคลินิก ทบทวนเวชระเบียน รายงานสถิติทบทวนสถานการณ์/อุบัติการณ์ 2) จากงานวิจัย เอกสาร

ตำรา และสรุปประเด็นปัญหาและสิ่งที่ต้องการปรับปรุงแก้ไข เป็นการค้นหาปัญหาทางคลินิก

ผลจากการประชุมครั้งที่ 1 สรุปปัญหาที่พบ คือ การไม่มีรูปแบบของการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง ทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถดักจับอาการที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤตได้ ซึ่งการไม่มีเครื่องมือในการดักจับสัญญาณที่อาจนำไปสู่ภาวะวิกฤต อีกทั้งผู้ปฏิบัติปฏิบัติตามความรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ส่งผลให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย อันเป็นผลให้ต้องทำการช่วยฟื้นคืนชีพ และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ บางรายเสียชีวิตในภายหลัง จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องเห็นพ้องต้องกันว่าเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นและกำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไข คือ การพัฒนารูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ

1.2 ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ และรูปแบบที่ใช้ในการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย โดยจัดประชุมครั้งที่ 2 เพื่อนำหลักฐานทางวิชาการ งานวิจัย และเอกสารต่าง ๆ ที่ได้ทบทวน มาพิจารณาและระดมสมองเพื่อหาแนวทางการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย ผลจากการพิจารณาเห็นว่าควรใช้ Early Warning signs มาเป็นเครื่องมือเพื่อเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้นำ MEWS มาเป็นแนวทางและประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ เพื่อให้ถูกต้องตามหลักวิชาการโดยมีการกำหนดลักษณะของรูปแบบใหม่ที่จะพัฒนาขึ้น คือ ควรเป็นรูปแบบที่ช่วยให้การเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยมีความเหมาะสมกับบริบทหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง โรงพยาบาลอุดธานี โดยรูปแบบต้องง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ สะดวกต่อผู้ปฏิบัติงาน ไม่เป็นการเพิ่มภาระงานแก่ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินผู้ป่วย ช่วยให้พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์สามารถเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

1.3 ผลจากการประชุมระดมสมองทีมวิจัยครั้งที่ 3 ทำให้ได้ผลลัพธ์เป็นรูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ และจัดทำเป็นเอกสารรูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ โดย ประกอบไปด้วยแบบเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย (MEWS) และแนวทางการพยาบาลและการเฝ้าระวัง

1.4 ผู้วิจัยจัดทำเป็นเอกสารรูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อฉบับร่าง และนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยนำเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปดำเนินการเพื่อเสนอต่อทีมวิจัยครั้งต่อไป

1.5 จัดประชุมครั้งที่ 4 เป็นการประชุมกลุ่มผู้ปฏิบัติ เพื่อนำเสนอรูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ โดยชี้แจงการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ การปฏิบัติตามแนวทางการดูแล การบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ และการเก็บข้อมูลตามแบบประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ

1.6 ทดลองใช้รูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ (ครั้งที่ 1) เป็นระยะเวลา 1 เดือน โดยแบ่งช่วงเวลาของดำเนินการทดลองเป็น 4 ระยะ คือ ระยะการเตรียมความพร้อม ระยะดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อที่พัฒนาขึ้น ระยะเก็บข้อมูล และระยะ

การปรับปรุง โดยมีการปรับปรุงและพัฒนาการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ โดยนำข้อเสนอแนะของผู้เกี่ยวข้องมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับความจาเป็นของพื้นที่ทดลอง โดยได้ปัญหาและข้อเสนอแนะ ดังนี้ 1) แบบเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย (MEWS) พบว่าแบบเฝ้าระวังที่มีหัวข้อในการประเมินจำนวนมาก ทำให้ต้องสร้างเป็นตารางที่มีหลายคอลัมน์ ส่งผลให้ผู้นำไปใช้ต้องใช้เวลานานในการประเมินและการรวมคะแนนในกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ควรปรับให้ดูเข้าใจง่ายขึ้น และ 2) ในค่าองค์ประกอบของความดันโลหิต ควรปรับค่าให้สอดคล้องกับผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (Ahmed et al., 2020) (Ahmed et al., 2020)

1.7 ทดลองใช้รูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ (ครั้งที่ 2) โดยแบ่งช่วงเวลาของการทดลองใช้รูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อที่พัฒนาขึ้น เป็น 4 ระยะเช่นเดียวกับการทดลองใช้รูปแบบในครั้งที่ 1 โดยใช้เวลา 1 เดือน ผลการดำเนินงานมีข้อเสนอแนะ ดังนี้ แนวทางการพยาบาลและการเฝ้าระวัง (Nursing Action Pathway) ของ Orange zone คือ ค่าคะแนน MEWS เท่ากับ 4-6 ควรเพิ่มการเฝ้าระวังและการติดตามซ้ำภายใน 30 นาที จากนั้นผู้วิจัยได้นำผลการดำเนินงานมาวิเคราะห์และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จนได้รูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อที่มีความเหมาะสมและสมบูรณ์

1.8 ดำเนินการใช้รูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ โดยใช้เวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 – กรกฎาคม พ.ศ. 2567

ส่วนที่ 2 ผลการใช้รูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอน Check

ภายหลังการใช้รูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ เป็นระยะเวลา 3 เดือน ผลการวิจัยปรากฏ ดังนี้

3.1 ประสิทธิผลการใช้รูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ พบว่า ประสิทธิผลการดูแลตามรูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ จำนวน 30 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการคงที่ตลอดการเข้ารับการรักษา คิดเป็นร้อยละ 93.33 พบผู้ป่วยเพียงร้อยละ 6.67 ที่มีอาการทรุดลงจากการเฝ้าระวังไม่เหมาะสม แต่ไม่มีผู้ป่วยที่ต้องการการช่วยฟื้นคืนชีพ รวมถึงไม่พบการเสียชีวิตในผู้ป่วย

3.2 ผลการประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ โดยประเมินพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง โรงพยาบาลอุดธานี จำนวน 10 คน พบว่า มีการปฏิบัติตามแบบเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย (MEWS) มีการปฏิบัติตามกิจกรรมการประเมินทั้ง 6 กิจกรรม ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว โดยใช้ Glasgow coma score อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อุณหภูมิร่างกาย อัตราการหายใจ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดวัดที่ปลายนิ้ว ร้อยละ 100.0 และปฏิบัติกิจกรรมการประเมินจานวนปัสสาวะ ร้อยละ 80.00 ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเฝ้าระวังการทำงานของไต

3.3 ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานต่อรูปแบบการปฏิบัติตามแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ โดยอาสาสมัครในกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง โรงพยาบาลอุดธานี จำนวน 10 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 70.00

รองลงมามีอายุระหว่าง 20-29 ปี ร้อยละ 20 มีวุฒิการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีทั้งหมด ร้อยละ 100.00 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ระหว่าง 5-10 ปี ร้อยละ 70.00 รองลงมาคือประสบการณ์มากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20.00 และผ่านการอบรม Advanced cardiovascular life support; ACLS ร้อยละ 90 ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อรูปแบบการปฏิบัติตามแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ข้อเข่าอักเสบติดเชื้อในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ในหัวข้อการช่วยในการตัดสินใจในการประเมินผู้ป่วยว่าต้องการการช่วยเหลือระดับใด คิดเป็นร้อยละ 70.00 รองลงมาคือหัวข้อความสามารถในการทำนาย ป้องกันและให้การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงได้อย่างทันท่วงที รวมถึงสามารถป้องกันการเกิด Cardiac arrest ในผู้ป่วยได้ คิดเป็นร้อยละ 60.00

ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้รูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (X = 4.47, SD = 0.640) โดยประเด็นความพึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านนโยบายของหน่วยงานในการใช้รูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ (X = 4.47, SD - 0.640) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อย คือ ความเหมาะสมในการดำเนินการพัฒนารูปแบบ (X = 4.27,SD = 0.594)

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อ โดยใช้แนวคิด PDCA ส่งผลให้เกิดวงล้อในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยจุดเด่นในการพัฒนา พบว่า มีการวิเคราะห์ระบบและทบทวนสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยและพัฒนาศักยภาพของทีม เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย ซึ่งมีความสำคัญมากเนื่องจากความปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพของการบริการของโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้รวบรวมหลักวิชาการด้านการเฝ้าระวังความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งในประเทศและต่างประเทศ และนำมาประยุกต์ให้เหมาะกับบริบทของหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง โรงพยาบาลอุดธานี จนได้รูปแบบที่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับหน่วยงาน สอดคล้องกับ จิรากร ประเสริฐชีวะ[6] ที่กล่าวว่า การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยใช้วงจรคุณภาพ PDCA เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการดำเนินการโดยเริ่มต้นจาก 1) การวางแผน (Plan) นับตั้งแต่การกำหนดเป้าหมายหลักและวางแผนในการดำเนินการ จากนั้นจึงเข้าสู่ 2) การดำเนินการ (Do) ตามแผนที่วางไว้ 3) มีการตรวจสอบประสิทธิภาพการดำเนินงาน (Check) ว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ ผ่านหลักการคุณภาพ คือ การประเมินและวิเคราะห์ผลลัพธ์ คือ คุณภาพของการดำเนินงานรวมทั้งตรวจสอบความพึงพอใจ และการทบทวนการทำงานเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการดำเนินงาน จนกระทั่งได้เป็น 4) รูปแบบหรือหลักการทำงานที่เหมาะสม (Act) เพื่อนำไปสู่แนวทางการพัฒนาปรับปรุงรอบใหม่ต่อไป จึงเกิดเป็นการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญยิ่งของระบบคุณภาพของหน่วยงานที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้มากขึ้นในเชิงวิชาการ โดยการทำให้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การพัฒนารูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมตามบริบท เนื่องจากผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อได้รับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ ซึ่งการดำเนินการพัฒนารูปแบบรูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อนี้ มีการนำหลักวิชาการและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาผสมผสาน ได้แก่ การใช้ Early Warning signs หลักการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม การทำงานเป็นทีม รวมถึงกระบวนการ PDCA สอดคล้องกับ สมชาติ โตรักษา[7] ซึ่งเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยเริ่มต้นที่การวางระบบงาน

ให้ชัดเจน ง่ายและเอื้อต่อการปฏิบัติงาน เนื่องจากจะช่วยเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้แก่ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบ เข้าใจ และปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เน้นการพัฒนารูปแบบที่ไม่ยุ่งยาก ประหยัด และมีประสิทธิภาพสูง

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ได้เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา ทำให้ได้รับความร่วมมือที่ดีในการพัฒนางาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาของชุมชนเอง ทำนอง ภูเกิดพิมพ์[8] กล่าวว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วม เป็นการทำงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพความคิด ความเชื่อ และความยึดมั่นของแต่ละบุคคล แต่ละหน่วยงาน แต่ละองค์กร โดยการมีส่วนร่วมเป็นหัวใจสำคัญในการเสริมสร้างพลังการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม (Teamwork) ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนา เพราะทำให้ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนร่วมเข้าใจสถานการณ์และอุทิศตนมากยิ่งขึ้นเพื่อการเปลี่ยนแปลงและพัฒนา นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของนภาพร ทองเก่งกล้า[9] ที่กล่าวว่า การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมทำให้สามารถพัฒนาองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดี ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชาราบรื่นขึ้น เกิดความผูกพันของผู้ร่วมงาน ขวัญและกาลังใจดีขึ้น และการทำงานเป็นทีมดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อไปใช้ ควรมีการประเมินและเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยหากเกิดภาวะวิกฤต รวมถึงผู้ปฏิบัติงาน ทั้งในด้านความรู้และทัศนคติต่อการเปลี่ยนแปลงและควรมีการประเมินถึงความเหมาะสมตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

2. การทำวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ได้จากรูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบติดเชื้อที่พัฒนาขึ้นกับแบบประเมินฉบับมาตรฐานเพื่อประเมินว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นนั้นมีความตรงของเครื่องมือเทียบเท่ากับแบบประเมินมาตรฐานหรือไม่ และเนื่องจากประสบการณ์ในการทำงานอาจมีผลต่อการให้ค่าคะแนน การทดสอบค่าความเชื่อมั่น จะทำให้รูปแบบการประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ข้อเข่าอักเสบติดเชื้อที่พัฒนาขึ้นนั้นมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2561). เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ.2561. นนทบุรี: เฟมัส แอนด์ ซัคเซ็สฟูล.
2. Ahmed, W.A., Rouse, A., Griggs, K.E., Collett, J., Dawes, H. (2020). Poor specificity of National Early Warning Score (NEWS) in spinal cord injuries (SCI) population: aretrospective cohort study. Spinal cord, 58, 165-173. doi.10.1038/s41393-019-0330-0
3. Nishijima I, Oyadomari S, Maedomari S, Toma R, Igei C, Kobata S, et al. Use of a modified early warning score system to reduce the rate of in-hospital cardiac arrest. J Intensive Care. [Internet]. 2016[cited 2023 Jan 3]; 4:12. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/ articles/PMC4748572
4. กรรณิกา ศิริแสน.ประสิทธิผลของการใช้ระบบสัญญาณเตือน ในการพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติ โรงพยาบาลเอกชน แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยกรุงเทพคริสเตียน; 2558. 102 หน้า
5. นิตยาภรณ์ จันทร์นคร. ทัศนีย์ แดขุนทด. อุไรวรรณ ศรีดามา, ปิยนุช บุญกอง. การพัฒนารูปแบบการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตสำหรับผู้ป่วยหนักวัยผู้ใหญ่ โรงพยาบาลสกลนคร. วารสารกองการพยาบาล [อินเทอร์เนต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 2023 Jan 3];47:39-60. แหล่งข้อมูล: https:// he01.tci-thaijo.org/index.php/JND/article/ view/242610/164904

6. จิรากร ประเสริฐชีวะ. (2560). Interpretation & Guideline for application of ISO 9001:2015[Press release]. สืบค้น (18 มกราคม 2566), จาก https://www.ithesis-ir.su.ac.th/ dspace/bitstream/ 2864/1/ 61602319.pdf
7. สมชาติ โตรักษา. (2558). การประยุกต์หลักการบริหารเพื่อการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
8. ทำนอง ภูเกิดพิมพ์. (2551). แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาของชุมชน. สืบค้น (6 มีนาคม 2566),จาก https://www.gotoknow.org/posts/334443
9. นภาพร ทองเก่งกล้า. (2551). การศึกษาความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนในเขตพื้นที่การศึกษาสมุทรสงคราม. (สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการศึกษา). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นต่ออาการปวดและบวมของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดดามเหล็ก กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี

Effectiveness of a symptom management program combined with cold compresses on pain and swelling in patients with femoral fracture undergoing brace surgery. Orthopedic Surgery Group Udon Thani Hospital.

(Received: June 15,2024 ; Revised: June 24,2024 ; Accepted: June 25,2024)

พรพันธ์ คณาศรี[1] อัญชลี ถิ่นสอน[1] ธิดารัตน์ จำปาวงศ์[1] อัจฉรา คำมะทิตย์[1]
Phonphan Khanasri[1], Anchalee Thinsorn[1], Thidarat Champawong[1], Adchara Khammathit[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นต่ออาการปวดและบวมของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดดามเหล็ก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดดามเหล็กในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลอุดรธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม2567-กรกฎาคม พ.ศ. 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความปวด และแบบวัดอาการบวมของขา สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1. หลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 8, 16, 24, 32, 40 และ 48 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 4 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2. หลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 24, 48 และ 72 ค่าเฉลี่ยเส้นรอบวงของขากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : การประคบเย็น/อาการปวด/บวม/ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดดามเหล็ก

Abstract

This research was quasi-experimental study with the objective of studying the effectiveness of a symptom management program combined with cold compresses on pain and swelling in patients with femur fractures who had undergone brace surgery. The sample group was patients with femur fractures who received brace surgery in the orthopedic ward of Udonthani Hospital. A sample of 30 people was selected according to the specified qualifications, divided into a control group and an experimental group, 15 people per group. Data were collected between May 2024 - July 2024. The tool used to collect data is a personal information questionnaire. pain assessment form and a measure of leg swelling Statistics used in data analysis include frequency, percentage, mean, and standard deviation. and t-test statistics.

The research results were summarized as follows. 1. After surgery at hours 8, 16, 24, 32, 40, and 48, the experimental group's mean pain score was significantly different from the control group at the .05 level. The mean pain score after surgery at hour 8, 16, 24, 32, 40, and 48 4 of the experimental and control groups were not significantly different. 2. After surgery at 24, 48, and 72 hours, the mean leg circumferences of the experimental and control groups were not significantly different.

Keywords: Cold compress, pain, swelling, femur fracture patients undergoing brace surgery

บทนำ

กระดูกต้นขาหัก เป็นการหักของกระดูกบริเวณซับโทรเซนเทอริก (subtrochanteric) ลงไปทางส่วนปลายของกระดูกขา (Femoral Fracture) ประมาณ 5 เซนติเมตร บริเวณนี้มีลักษณะที่เฉพาะคือ เป็นส่วนประกอบของกระดูกคลอติคลอ (cortical bone) ที่มีลักษณะแข็งและหนาเป็นส่วนใหญ่ และมีกล้ามเนื้อที่แข็งแรงคือ Iliopsoas, short external

rotators และ hip abductors ทำหน้าที่ในการดึงให้กระดูกส่วนปลายของขา (distal of femur) เคลื่อนไหวในลักษณะของการหุบเข้า (adduction) จึงทำให้กระดูกบริเวณนี้มีแนวโน้มที่จะเคลื่อนที่ได้ง่ายเมื่อมีการดามด้วยโลหะ (implant) และนอกจากนี้ยังมีโอกาสเกิดการล้มเหลวได้ค่อนข้างสูง ก่อนที่กระดูกจะมีการเชื่อมติดกันในกระบวนการงอกของกระดูกใหม่ในระยะเวลา 4-6 เดือน ซึ่งอาจใช้วิธีการรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ คือ การรักษาโดยการผ่าตัด (operative treatment) เป็นการจัดชิ้นกระดูกหักให้เข้าที่และยึดตรึงกระดูกภายในเพื่อให้กระดูกอยู่นิ่ง วัสดุที่ใช้มีหลากหลายชนิด เช่น Jewett nail, Angle blade plate, Lagscrew, Condylar blade plate หรือ wire เป็นต้น[1]

ในระยะแรกหลังผ่าตัด (early post operative complications) ระหว่าง 24-72 ชั่วโมง ที่มักพบ ได้แก่ ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดเนื่องจากการสูญเสียเลือด จากการแตกหักของกระดูก เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลที่ใส่วัสดุยึดตรึงกระดูกภายในร่างกายเสี่ยงต่อหลอดเลือดและเส้นประสาทส่วนปลายสูญเสียหน้าที่ โดยเฉพาะอาการปวดซึ่งเกิดขึ้นอย่างฉับพลันและรุนแรงมาก และบวมในระดับที่รุนแรง ซึ่งความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเป็นความเจ็บปวดที่รุนแรงและน่ากลัว ทุกข์ทรมานอย่างมากจนไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ โดยอาการปวดจะมีมากที่สุดใน 2 วันแรกหลังผ่าตัด[2]

ผลการทบทวนเกี่ยวกับนวัตกรรมการประคบเย็นในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย ชั้น 3 โรงพยาบาลอุดรธานี และผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อลดอาการปวดและบวม พบว่า มีการศึกษานวัตกรรมทางการพยาบาลโดยการนำวัสดุที่เป็นฉนวนความร้อนมาห่อหุ้ม cold pack ของหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ พบว่า cold pack ที่ใช้วัสดุที่เป็นฉนวนความร้อนมาห่อหุ้มมีอุณหภูมิต่ำกว่า cold pack ธรรมดา สามารถลดจำนวน ครั้งของการนำ cold pack ไปแช่ในตู้เย็นได้[3] แต่ถ้าพิจารณาในด้านต้นทุน เมื่อเปรียบเทียบกับ Cryocuff ซึ่งมีประสิทธิภาพดีกว่านั้น จะพบว่า Cold pack มีราคาถูกกว่า และสะดวกต่อการใช้งาน ทุกหอผู้ป่วยมีใช้ตลอดเวลา แต่อย่างไรก็ตาม ในการศึกษานี้ก็มิได้มีการควบคุมอุณหภูมิให้เหมาะสมกับการลดอาการปวดและบวม ซึ่งความเย็นที่เหมาะสมในการลดอาการปวดและบวมควรควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ระหว่าง 18-22 ºC และประคบหลังผ่าตัดทุก 2 ชั่วโมง นานครั้งละ 20 นาที จนครบ 48 ชั่วโมง หลังผ่าตัด[4]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นต่ออาการปวดและบวมของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดดามเหล็ก โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al.[5]โดยการเน้นให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการด้วยตนเองจะช่วยลดอาการปวดและบวมได้ และการประคบเย็นด้วยอุณหภูมิที่กำหนดตามระยะเวลาที่เหมาะสมคืออุณหภูมิระหว่าง 18-22 องศาเซลเซียส โดยการใช้เทอร์โมมิเตอร์ในการวัดอุณหภูมิเพื่อวัดระดับอุณหภูมิให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม มีความปลอดภัยในการใช้งานต่อผู้ป่วย โดยเริ่มประคบเย็นด้วย Cold pack หลังผ่าตัดทุก 2 ชั่วโมง นานครั้งละ 20 นาที จนครบ 48 ชั่วโมง หลังผ่าตัดซึ่งความเย็นจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการลดอาการปวดและบวมของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ เพราะความเย็นจะช่วยลดการเผาผลาญเนื้อเยื่อหลังบาดเจ็บเป็นผลให้ลดอาการปวดและบวมได้[4]

วัตถุประสงค์

1. เปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดดามเหล็กระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เปรียบเทียบเส้นรอบวงรอบขาของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดดามเหล็กระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (The posttest only design with nonequivalent groups) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นต่ออาการปวดและบวมของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดดามเหล็ก เก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม2567-กรกฎาคม พ.ศ. 2567 มีวิธีดำเนินการศึกษาดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดดามเหล็ก

กลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชายชั้น 3 และหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชายชั้น 5 โรงพยาบาลอุดรธานี

2. กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดดามเหล็กทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุระหว่าง 18 ปีขึ้นไป และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ณ หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักข้างเดียว หรือทั้งสองข้างที่ได้รับการผ่าตัดดามเหล็กครั้งแรก 2) ไม่มีการบาดเจ็บที่รุนแรงของอวัยวะอื่นร่วมด้วย เช่น สมองกระทบกระเทือน มีการบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้อง หรือภาวะแทรกซ้อนใดๆ ในระยะก่อนและหลังผ่าตัด เช่น ภาวะหัวใจทำงานผิดปกติ ความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น 3) ไม่มีประวัติติดยาเสพติด 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ไม่มีปัญหาทางจิตประสาท 5) ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินหรือการมองเห็น สามารถพูดด้วยภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจ 6) แพทย์เจ้าของไข้อนุญาตให้เข้าร่วมในการวิจัย 7) ยินดีเข้าร่วมการในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) 1) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังผ่าตัด เช่น ระบบไหลเวียนโลหิตและระบบการหายใจล้มเหลว และอื่นๆ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามโปรแกรม (ระยะเวลา 4 วัน)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) โดยผู้วิจัยกำหนดค่าอำนาจทดสอบ .80 ค่าขนาดอิทธิพล .50 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 จากการเปิดตาราง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 คน รวมจำนวน 30 คน โดยกลุ่มตัวอย่าง 15 คนแรกจัดเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 15 คนหลังจัดเป็นกลุ่มทดลอง และดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะเหมือนกันโดยการจับคู่ (Matched pairs) เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อน กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่ มีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด ได้แก่ 1) อายุแต่ละคู่มีค่าใกล้เคียงกัน ห่างกันไม่เกิน 5 ปี 2) เพศ 3) ชนิดของการได้รับระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด ผลการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดดามเหล็กในการวิจัยครั้งนี้ ได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามข้อมูลสำหรับผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดดามเหล็ก โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยข้อคำถาม ได้แก่ อายุ เพศ ประสบการณ์การผ่าตัด และชนิดของการได้รับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด

1.2 แบบประเมินความปวด ใช้แบบประเมิน Thai short-form McGill Pain Questionnaire (Th-SFMPQ) ที่ดัดแปลงจากแบบประเมิน SF-MPQ ซึ่งแบบประเมินแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 : ลักษณะความปวด/อาการปวด (pain descriptions) ซึ่งแบ่งเป็นด้านความรู้สึก (sensory score) 11 ข้อ และด้านอารมณ์ (affective score) 4 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0-3คะแนน

ส่วนที่ 2 : ระดับอาการปวดในขณะที่ถูกประเมิน (present pain intensity, PPI) มี 6 ระดับ คะแนน 0-5 คะแนน

ส่วนที่ 3 : Visual Rating Scales (VRS) คะแนน 0-10 โดยให้ผู้ป่วยลงคะแนนความปวดในแบบประเมิน หลังจากกลับจากห้องผ่าตัดทันทีหลังผ่าตัดครบ 4 ชั่วโมง 8 ชั่วโมง 16 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง 32 ชั่วโมง 40 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง ตามวงรอบการประเมินสัญญาณชีพ

1.3 แบบบันทึกอาการบวมของขาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดดามเหล็ก โดยการวัดเส้นรอบวงของขาผู้ป่วย โดยใช้สายวัดตัวขนาดมาตรฐาน มีความยาว 150 เซนติเมตร หรือ60 นิ้ว เป็นเส้นแบนๆ ทำด้วยไฟเบอร์กลาสเทป และทำด้วยผ้าเทป โดยเริ่มวัดหลังผ่าตัดได้ในชั่วโมงที่ 24, 48 และ 72 เนื่องจากใน 24 ชั่วโมงแรก ขาของผู้ป่วยถูกพันด้วยผ้าพันแผลที่หนากลับมาจากห้องผ่าตัด จำเป็นต้องให้แพทย์เปิดผ้าพันแผลออกก่อนจึงจะทำการวัดอาการบวมของขาที่แท้จริงได้และการเปลี่ยนแปลงของอาการบวมนั้นไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว แต่อาการบวมจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นในช่วงเวลาหลังเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ ในการวัดเส้นรอบวงรอบขาผู้ป่วยจึงวัดวันละ 1 ครั้งในเวลาเดียวกันทุกวันหลังผ่าตัดจนครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็น ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัย โดยพัฒนาจากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al.[5] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบรรเทาอาการปวดและบวมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดดามเหล็ก โดยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการเพื่อลดอาการปวดและบวม และผู้วิจัยเป็นผู้กระทำการประคบเย็นให้กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการประคบเย็น มีขั้นตอนการทำกิจกรรม 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่1 การประเมินประสบการณ์ผู้วิจัยประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการปวดและบวม จากการสอบถามผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้การประเมินอาการและการตอบสนองของผู้ป่วยต่ออาการปวดและบวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม พยาบาลประเมินความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้บุคลากรทีมสุขภาพช่วยเหลือ เกิดการรับรู้ที่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล รวมทั้งผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมีความเข้าใจ เห็นความสำคัญของการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล และเกิดความมั่นใจในการจัดการกับอาการเพื่อลดอาการปวดและบวมของขาหลังผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 2 กลวิธีการจัดการกับอาการ

2.1 การให้ความรู้ก่อนวันผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยสอนผู้ป่วยเป็นรายบุคคลในช่วงเวลา 14.00 น. – 15.00 น. ซึ่งการให้ความรู้นี้ เป็นการปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิดและการรับรู้เกี่ยวกับการฟื้นตัวด้านอาการปวดและบวมที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วย โดยให้ความรู้ตามแผนการสอนเรื่องการปฏิบัติตัวและหลังผ่าตัดดามเหล็ก โดยผู้วิจัยสอนผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เนื้อหาประกอบด้วย พยาธิสรีรวิทยาของกระดูกขาหัก อาการปวด และอาการบวม วิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ความรู้เกี่ยวกับการใช้ความเย็นในการลดอาการปวดและบวม การฟื้นฟูสภาพร่างกาย ระยะเวลาที่ต้องอยู่โรงพยาบาลภายหลังผ่าตัด การปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นและการป้องกัน โดยใช้สื่อประกอบการสอนและมอบคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดดามเหล็ก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจ สามารถจัดการกับอาการได้อย่างเหมาะสม โดยมอบคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดดามเหล็ก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจ สามารถจัดการกับอาการได้อย่างเหมาะสม

2.2 การพัฒนาทักษะ เป็นวิธีการสาธิตการเคลื่อนไหวร่างกาย เทคนิควิธีการบรรเทาอาการปวดและบวม โดยผู้วิจัยเป็นผู้สอนสาธิต และให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติจนสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล ซึ่งการพัฒนาทักษะนี้ทำพร้อมไปกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

2.3 การลงมือปฏิบัติ โดยผู้วิจัยกำหนดแนวทางการบรรเทาอาการปวดและบวมให้แก่ผู้ป่วยและแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม ร่วมกับกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลเป็นผู้จัดกระทำ โดยการใช้ความเย็นในการประคบบริเวณขาข้างที่ได้รับการผ่าตัด โดยผู้วิจัยใช้ cold pack ขนาด 10 × 26.5 เซนติเมตร ใส่ซองถุงผ้าขนาด 12 × 28 เซนติเมตร และใช้วัสดุฉนวนกันความร้อนตัดเป็นรูปสี่เหลี่ยมมีขนาดเท่ากับถุงผ้า โดย cold pack แช่เย็นควบคุมอุณหภูมิให้มีความเย็นเหมาะสมในการลดอาการปวดและบวมอยู่ระหว่าง 18-22 องศาเซลเซียส วัดอุณหภูมิระหว่างประคบด้วยปรอทดิจิทอล และให้ผู้ป่วยประคบบริเวณขาข้างที่ผ่าตัดทุก 2 ชั่วโมง หลังผ่าตัดนานครั้งละ 20 นาที จนครบ 48 ชั่วโมง หลังผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล เป็นผลจากประสบการณ์และกลวิธีการจัดการกับอาการปวดและบวม ผู้วิจัยร่วมกันกับผู้ป่วยประเมินอาการปวดและบวม จากแบบประเมินอาการปวด Thai short-form McGill Pain Questionnaire (Th-SFMPQ) ที่ และประเมินอาการบวมของขาโดยการวัดเส้นรอบวงของขาผู้ป่วย ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยประเมินอาการปวดหลังกลับจากห้องผ่าตัดทันทีหลังกลับจากห้องผ่าตัดชั่วโมงที่ 4, 8, 16, 24, 32, 40 และ 48 และประเมินอาการบวมของขาหลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 24, 48 และ 72 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยชี้แจงปัญหาและอุปสรรค เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับไปวางแผนร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตามความต้องการผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่ได้สามารถเป็นประสบการณ์ครั้งใหม่ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดดามเหล็กต่อไป

โปรแกรมการจัดการอาการได้มีการพัฒนาสื่อประกอบด้วย

1) แผนการสอน เรื่องการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดดามเหล็ก ประกอบด้วย พยาธิสรีรวิทยาของกระดูกต้นขาหัก พยาธิสรีรภาพของอาการปวดและบวม วิธีปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด สภาพแวดล้อมและวิธีปฏิบัติตนขณะอยู่ในห้องผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด วิธีการระงับความรู้สึกที่ได้รับขณะผ่าตัด วิธีการทำผ่าตัดและการปฏิบัติตนขณะอยู่ในห้องผ่าตัด วิธีปฏิบัติตนหลังผ่าตัด การจัดการความปวดโดยการใช้ยาระงับปวดและผลข้างเคียง การจัดท่าเพื่อลดอาการปวดและบวม การรับประทานอาหาร การให้ยาปฏิชีวนะ สภาพแผลผ่าตัดและการดูแลแผลผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดและการป้องกัน การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด ระยะเวลาที่ต้องอยู่โรงพยาบาลภายหลังผ่าตัด การปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นและการป้องกัน

2) คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดดามเหล็ก ประกอบด้วย พยาธิสรีรวิทยาของกระดูกต้นขาหัก การผ่าตัดดามเหล็ก อาการและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อาการปวด อาการบวม การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดดามเหล็ก และการจัดการอาการปวดและบวมด้วยความเย็น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็น ประกอบด้วย แผนการสอน การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดดามเหล็ก และคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดดามเหล็ก เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในด้านศัลยกรรมกระดูกจำนวน 1 คน 2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมกระดูกจำนวน 1 คน 3) อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 คน

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดอาการปวดและบวมด้วยตนเองในผู้ป่วยหลังผ่าตัดดามเหล็ก นำไปหาค่าความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1 และทั้งปรับข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นต่ออาการปวดและบวมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดดามเหล็ก ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดดามเหล็กที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย แล้วจึงนำโปรแกรมไปใช้ในการทดลองต่อไป **ตรวจหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)**ผู้วิจัยนำแบบประเมินความปวด Thai short-form McGill Pain Questionnaire (The SFMPQ) แบบบันทึกอาการบวมของขาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดดามเหล็กที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดดามเหล็กที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย ที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี เพื่อประเมินความเข้าใจในคู่มือ แล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง โดยปรับการใช้ภาษา คำอธิบายในการให้ความรู้เพื่อให้เข้าใจได้ง่าย เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และ 0.85 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจง ความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็น โดยใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเส้นรอบวงรอบขาผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็น โดยใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลอุดรธานีเลขที่ 101/2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 15 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-28 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.33 อายุระหว่าง 29-39 ปี ร้อยละ 33.33 และอายุระหว่าง 40-50 ปี ร้อยละ 13.33 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.00 เป็นเพศชาย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดทางไขสันหลัง ร้อยละ 100.00 ประสบการณ์การผ่าตัดส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อนคิดเป็นร้อยละ 86.67 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การใช้วิธีการลดอาการปวดและบวมโดยการใช้ยา ร้อยละ 53.33 โดยการประคบเย็น ร้อยละ 86.4 รองลงมาคือ นอนพักและนวด ร้อยละ 13.33

กลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะอาการปวดหลังจากได้รับการผ่าตัดดามเหล็กในขณะที่ถูกประเมิน (PPI) ดังนี้ กลุ่มควบคุมมีลักษณะอาการปวดจนรู้สึกรบกวนการดำเนินชีวิต ร้อยละ 33.33 ปวดพอรำคาญ จำนวน ร้อยละ 53.33 และปวดเล็กน้อย ร้อยละ 13.33 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มทดลองมีลักษณะอาการปวดจนรู้สึกรบกวนการดำเนินชีวิต ร้อยละ 40.00 ปวดพอรำคาญ ร้อยละ 46.67 และปวดเล็กน้อย ร้อยละ 13.33 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดในแต่ละช่วงเวลาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังได้รับการผ่าตัดทันที หลังผ่าตัดครบ 4 ชม., 8 ชม., 16 ชม., 24 ชม., 32 ชม., 40 ชม. และ 48 ชม. ในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดดามเหล็ก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความปวดเฉลี่ย	กลุ่มควบคุม (n_1=15)		กลุ่มทดลอง (n_2=15)		t	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
หลังผ่าตัดทันที	1.64	2.65	1.09	2.00	0.772	.445
หลังผ่าตัดครบ 4	5.14	2.71	4.73	2.29	0.540	.592
หลังผ่าตัดครบ 8 ชม.	5.86	1.93	4.45	1.14	2.941	.005*
หลังผ่าตัดครบ 16 ชม	4.55	2.18	3.09	1.34	2.668	.011*
หลังผ่าตัดครบ 24 ชม	4.09	2.29	2.45	0.96	3.093	.004*
หลังผ่าตัดครบ 32 ชม.	3.73	1.91	1.82	1.01	4.153	.000*
หลังผ่าตัดครบ 40 ชม.	3.45	1.82	1.32	0.95	4.889	.000*
หลังผ่าตัดครบ 48 ชม.	2.82	1.40	1.32	0.99	4.093	.000*

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนความปวดที่วัดได้จากกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการผ่าตัดทันที กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 1.64 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.65 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 1.09 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.00 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังได้รับการผ่าตัดทันทีระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้การทดสอบที (t-test independent sample) จากการวิเคราะห์พบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทันทีระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 0.772$, $p > 0.05$) นั่นคือ ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างของคะแนนความปวดหลังได้รับการผ่าตัดดามเหล็ก

คะแนนความปวดที่วัดได้จากกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการผ่าตัดครบ 4 ชั่วโมง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 5.14 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.71 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 4.73 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.29 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังได้รับการผ่าตัดครบ 4 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้การทดสอบที (t-test independent sample) จากการวิเคราะห์พบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดครบ 4 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 0.540$, $p > 0.05$) นั่นคือ ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างของคะแนนความปวดหลังได้รับการผ่าตัดดามเหล็ก

คะแนนความปวดที่วัดได้จากกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการผ่าตัดครบ 8 ชั่วโมง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 5.86 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.93 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 4.45 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.14 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังได้รับการผ่าตัดครบ 8 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้การทดสอบที (t-test independent sample) จากการวิเคราะห์พบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดครบ 8 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.941$, $p < 0.05$) นั่นคือ ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างของคะแนนความปวดหลังได้รับการผ่าตัดดามเหล็กครบ 8 ชม. โดยผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนความปวดที่วัดได้จากกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการผ่าตัดครบ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 4.55 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.18 และกลุ่มทดลองมี

ค่าเฉลี่ย 3.09 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.34 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังได้รับการผ่าตัดครบ 16 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้การทดสอบที (t-test independent sample) จากการวิเคราะห์พบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดครบ 16 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.668$, $p < 0.05$) นั่นคือ ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างของคะแนนความปวดหลังได้รับการผ่าตัดดามเหล็กครบ 16 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนความปวดที่วัดได้จากกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 4.09 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.29 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 2.45 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.96 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังได้รับการผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้การทดสอบที (t-test independent sample) จากการวิเคราะห์พบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.093$, $p < 0.05$) นั่นคือ ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างของคะแนนความปวดหลังได้รับการผ่าตัดดามเหล็กครบ 24 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนความปวดที่วัดได้จากกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการผ่าตัดครบ 32 ชั่วโมง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 3.73 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.91 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 1.82 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.01 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังได้รับการผ่าตัดครบ 32 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้การทดสอบที (t-test independent sample) จากการวิเคราะห์พบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดครบ 32 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.153$, $p < 0.05$) นั่นคือ ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างของคะแนนความปวดหลังได้รับการผ่าตัดดามเหล็กครบ 32 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนความปวดที่วัดได้จากกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการผ่าตัดครบ 40 ชั่วโมง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 3.45 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.82 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 1.32 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.95 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังได้รับการผ่าตัดครบ 40 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้การทดสอบที (t-test independent sample) จากการวิเคราะห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดครบ 40 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.889$, $p < 0.05$) นั่นคือ ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างของคะแนนความปวดหลังได้รับการผ่าตัดดามเหล็กครบ 40 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนความปวดที่วัดได้จากกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการผ่าตัดครบ 48 ชั่วโมง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 2.82 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.40 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 1.32 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.99 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังได้รับการผ่าตัดครบ 48 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้การทดสอบที (t-test independent sample) จากการวิเคราะห์พบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดครบ 48 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t

= 4.093, p < 0.05) นั่นคือ ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างของคะแนนความปวดหลังได้รับการผ่าตัดดามเหล็กครบ 48 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกต

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยเส้นรอบวงขาหลังผ่าตัดในแต่ละช่วงเวลาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเส้นรอบวงรอบขาภายหลังผ่าตัดครบ 24 ชม., 48 ชม. และ 48 ชม. ในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดดามเหล็กระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความยาวเส้นรอบวงของขา	กลุ่มควบคุม (n_1=15)		กลุ่มทดลอง (n_2=15)		t	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ก่อนผ่าตัด	37.1	3.01	36.9	2.97	0.212	.833
หลังผ่าตัดครบ 24 ชม.	39.7	3.37	39.1	3.09	0.630	.532
หลังผ่าตัดครบ 48 ชม.	40.2	3.02	39.5	3.00	0.767	.447
หลังผ่าตัดครบ 72 ชม	40.0	3.16	39.6	2.57	0.419	..678

* p < 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยความยาวเส้นรอบวงของขาที่วัดได้จากกลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 39.7 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.37 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 39.1 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.09 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความยาวเส้นรอบวงของขาที่วัดได้จากกลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้การทดสอบที (t-test independent sample) จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยความยาวเส้นรอบวงของขาที่วัดได้จากกลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 0.630, p > 0.05) แต่ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นมีค่าเฉลี่ยความยาวเส้นรอบวงของขาต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ค่าเฉลี่ยความยาวเส้นรอบวงของขาที่วัดได้จากกลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดครบ 48 ชั่วโมง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 40.2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.02 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 39.5 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.00 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความยาวเส้นรอบวงของขาที่วัดได้จากกลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้การทดสอบที (t-test independent sample) จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยความยาวเส้นรอบวงของขาที่วัดได้จากกลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดครบ 48 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 0.767, p > 0.05) แต่ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นมีค่าเฉลี่ยความยาวเส้นรอบวงของขาต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ค่าเฉลี่ยความยาวเส้นรอบวงของขาที่วัดได้จากกลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดครบ 72 ชั่วโมง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 40.0 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.16 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 39.6 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.57 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความยาวเส้นรอบวงของขาที่วัดได้จากกลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้การทดสอบที (t-test independent sample) จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยความยาวเส้นรอบวงของขาที่วัดได้จากกลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดครบ 72 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มี

ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 0.419, p > 0.05) แต่ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นมีค่าเฉลี่ยความยาวเส้นรอบวงของขาต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของ การวิจัย ดังนี้

1. เปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดดามเหล็กระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีความปวดหลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 8, 16, 24, 32, 40 และ 48 ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความปวดหลังผ่าตัดทันที และหลังผ่าตัด 4 ชั่วโมง ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม แต่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทุกช่วงเวลา ซึ่งอาจเกิดจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัดที่ยังคงอยู่ในร่างกายผู้ป่วย และแนวทางการรักษาปกติที่หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับยาแก้ปวดอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นทำให้การรับรู้ความปวดไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม อีกทั้งระยะนี้ยังมีความอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า และต้องการการพักผ่อนหลังกลับจากห้องผ่าตัด บางรายยังรู้สึกชาจากการได้รับยาระงับความรู้สึกหลังจากนั้นในชั่วโมงที่ 8, 16, 24, 32, 40 และ 48 ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและจัดการกับอาการปวดของตนเองได้ เช่น การจัดท่านอนยกขาสูงเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจ จึงทำให้อาการปวดลดลง นอกจากนี้การประคบด้วยความเย็นที่มีระดับอุณหภูมิเหมาะสมคือ 18-22 องศาเซลเซียส มีผลทำให้เซลล์ได้รับบาดเจ็บลดการหลั่งสารเคมีที่เกิดจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย เช่น พรอสตาแกลนดิน ทำให้มีการอักเสบลดลง ลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ รวมทั้งหลอดเลือดส่วนปลายหดตัวเพิ่มขึ้น ส่งผลให้อาการปวดลดลง โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al.[5]และการประคบเย็นเพื่อลดอาการปวดและบวมหลังผ่าตัดดามเหล็ก โดยความร่วมมือของผู้วิจัยและผู้ป่วย เริ่มด้วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยถึงประสบการณ์ ประเมินความต้องการของผู้ป่วย ตามแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd ดังนี้ 1) การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการปวดและบวม และประเมินความต้องการของผู้ป่วย 2) กลวิธีการจัดการกับอาการด้วยการให้ความรู้เป็นการปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิด และการรับรู้เกี่ยวกับการฟื้นตัวด้านอาการปวดและบวมที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจ สามารถจัดการกับอาการได้อย่างเหมาะสม และเกิดการพัฒนาทักษะ โดยวิธีการสาธิตการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อลดอาการปวดและบวม เทคนิควิธีการบรรเทาอาการปวดและบวม โดยผู้วิจัยเป็นผู้สอนสาธิต และให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติจนสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง จากนั้นให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติโดยผู้วิจัยกำหนดแนวทางการบรรเทาอาการปวดและบวมให้แก่ผู้ป่วย และแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม ร่วมกับกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลเป็นผู้จัดกระทำโดยการใช้ความเย็นในการประคบบริเวณขาข้างที่ทำผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการประคบเย็นด้วยความเย็นที่เหมาะสมในการลดอาการปวดและบวมคือระหว่าง 18-22 องศาเซลเซียส โดยประคบเย็นทันทีหลังผ่าตัดและหลังผ่าตัดทุก 2 ชั่วโมง นานครั้งละ 20 นาที จนครบ 48 ชั่วโมง หลังผ่าตัด 3) การประเมินผลเป็นผลจากประสบการณ์และกลวิธีการจัดการกับอาการปวดและบวม ผู้วิจัยร่วมกันกับผู้ป่วยประเมินอาการปวดและบวม

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายผลของความเย็นต่อการลดความเจ็บปวด (Pain relief with cold) ได้ดังนี้คือ ความเย็นทำให้ความเร็วของการนำของกระแสประสาทความปวดลดลงและอาจทำให้เกิดการยับยั้งประสาทได้ถ้าความเย็นมากและระยะเวลานานพอ การที่อุณหภูมิลดต่ำลงจะลดการกระตุ้น

ของเส้นประสาทส่วนปลายและลดอัตราการนำกระแสประสาทไปตามเส้นประสาทส่วนปลายเป็นผลทำให้เกิดการเพิ่มระดับขีดกั้นของความรู้สึกเจ็บปวด (elevate pain threshold) มีผลทำให้ความเจ็บปวดลดลง[6]

โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดดามเหล็กในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับกับการจัดการอาการของ Dodd เช่น จวง เผือกคง[7] ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัดต่อความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหญิงที่ผ่าตัดโรคทางนรีเวช โดยนำแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ[5] มาใช้ในการจัดการกับความปวดร่วมกับแนวคิดการดูแลด้วยสุวคนธบำบัดมาใช้ในการจัดการกับความปวด ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความปวดหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัดของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนความปวดของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าคะแนนความปวดของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กนกวรรณ ใจภักดี[8] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้สุวคนธบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหลังโปรแกรมการจัดการอาการปวดด้วยสุวคนธบำบัดและดนตรีบำบัดน้อยกว่าก่อนได้รับผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขาหลังได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01

2. เปรียบเทียบเส้นรอบวงรอบขาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดดามเหล็กระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนอาการบวมของขาผู้ป่วย พบว่า อาการบวมของขาผู้ป่วยหลังผ่าตัดแต่ละช่วงเวลานั้นไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เนื่องจากอาการบวมของขาผู้ป่วยหลังผ่าตัดนั้นเกิดจากการหลั่งของสารเคมีที่เกิดจากเซลล์ถูกทำลาย และมีการขยายตัวของหลอดเลือดทำให้มีน้ำซึมผ่านออกนอกหลอดเลือดจึงเกิดอาการบวมเกิดขึ้น แต่ค่าเฉลี่ยเส้นรอบวงรอบขาของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมทุกช่วงเวลา และส่วนเบ่งเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมทุกช่วงเวลา แสดงว่า ค่าเฉลี่ยเส้นรอบวงรอบขาของกลุ่มทดลองมีค่าใกล้เคียงกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การวัดอาการบวมของผู้ป่วยไม่ได้วัดในช่วงระยะเวลาแรกหลังจากผ่าตัดเนื่องจากอยู่ในระยะที่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและอาการบวมยังคงมีอยู่ แต่เริ่มวัดอาการบวมหลังจากผ่าตัด 1 สัปดาห์ และติดตาม 1 เดือนหลังผ่าตัด จึงทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม และยังคงมีอาการบวมเพิ่มขึ้นอยู่ในช่วง 72 ชั่วโมงแรก ผลของความเย็นตาอการลดการอักเสบและลดบวม (Decrease edema and inflammation) การรักษาด้วยความเย็นสามารถลดอาการบวมและปฏิกิริยาการอักเสบได้จากเหตุผลที่ความเย็นมีผลในการลดเมตะบอลิซึ่มของเซลล์ทำให้มีจำนวนของเซลล์ที่ถูกทำลายจากภาวะของเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนลดน้อยลง โดยพบว่าจำนวนเซลล์และสารเคมีที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการอักเสบมีปริมาณลดลง เช่น leukocytes, prostaglandins, plasma cells และ lymphocytes การประคบเย็นควรทำทันทีตั้งแต่ 5-45 นาที ภายใน 72 ชั่วโมง หลังได้รับบาดเจ็บจะช่วยลดบวมได้[9] จากการศึกษาของ Hecht et al[10] ทำการศึกษาผลของอุณหภูมิต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังการทำผ่าตัดเปลี่ยนขาเทียม โดยใช้ความร้อนและความเย็นเฉพาะที่ร่วมกับการออกกำลังกายในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนขาเทียมจำนวน 36 คน โดยกลุ่มที่ใช้ความเย็นได้รับการประคบบริเวณด้านหน้าและด้านข้างของเข่าด้วย Cold pack เป็นเวลา 20 นาทีพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการประคบด้วยความเย็นมีเส้นรอบวงบริเวณขาลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการประคบร้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลจากการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บขาได้ตั้งแต่ในระยะแรกของการบาดเจ็บร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพราะ

โปรแกรมการจัดการอาการตนเองทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการอาการปวดและบวมของตนเอง และผลของความเย็นทำให้อาการปวดและบวมลดลง และได้มีการนำอุปกรณ์ประคบเย็นไปใช้ประโยชน์บนหอผู้ป่วย เนื่องจากมีความสะดวกในการใช้งานมากกว่าการประคบด้วย cryocuff ซึ่งมีราคาแพงและมีใช้อยู่จำนวนน้อย และมีการชำรุด เช่น มีรอยรั่วมีน้ำหยดทำให้เปียกแผลหรือที่นอน และการจัดซื้อ cryocuff นั้นมีกระบวนการในการจัดซื้อจัดหาผ่านหลายขั้นตอน การใช้อุปกรณ์ประคบเย็นของผู้วิจัยจึงสามารถนำใช้มาทดแทนได้

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถช่วยลดระดับความรุนแรงของความปวดได้ร่วมกับการใช้ยา และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจได้เร็วขึ้น

2. ควรส่งเสริมให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการจัดการอาการปวดของผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด และแนะนำวิธีการจัดการอาการปวดร่วมกับการประคบเย็นมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลประจำวัน

3. นำผลการวิจัยไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ในกลุ่มอื่น อาจมีการปรับเปลี่ยนเวลาในการประคบเย็น และช่วงเวลาในการประเมินอาการปวดและบวม เพื่อให้ได้ข้อมูลและเห็นความแตกต่างของอาการปวดและบวมชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. มณฑา ลิ้มทองกุล. (2556). การเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ: พยาธิ-สรีรวิทยาทางการพยาบาล เล่ม 2. กรุงเทพฯ: บริษัทสยามเจริญพาณิชย์(กรุงเทพ) จำกัด.
2. สมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2552) แนวทางการพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน.พิมพ์ครั้งที่ 1.
3. Breslin, M., Lam, P., & Murrell, G. A. C. (2015). Acute effects of cold therapy on knee skin surface temperature: gel pack versus ice bag. BMJ Open Sport & Exercise Medicine, 1(1). doi: 10.1136/bmjsem-2015-000037
4. Bleakley, C., McDonough, S., & MacAuley, D. (2004). The use of ice in the treatment of acute soft-tissue injury: a systematic review of randomized controlled trials. Am J Sports Med, 32(1), 251-261.
5. Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., . . . Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. J Adv Nurs, 33(5), 95668-676.
6. Ernst, E., and Fialka, V. (1994). Ice freezes pain? A review of the clinical effectiveness of analgesic cold therapy. Journal of Pain and Symptom Management 9(1): 56-59.
7. จวง เผือกคง. (2550). ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัดต่อความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
8. กนกวรรณ ใจภักดี. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้สุวคนธบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลผู้ใหญ่). มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
9. ศิริวรรณ บุญฐิติกุล และยุพาวรรณ จิตตาภิวัฒน์. (2545). การประคบด้วยถุงเจลลี่เย็นเพื่อลดความปวดของผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสภาพขาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนขาเทียม. วารสารชมรมพยาบาลออร์โธปิดิคส์7(2): 47-52.
10. Hecht, P. J., Bachmann, S., Booth, R. S. and Rothman, R. H. (1983). Effect of thermal therapy on rehabilitation after total knee arthroplasty. Clinical Orthopaedic and Related Research 178: 198-201.

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลอุบลรัตน์

Development of a continuous care model for dependent elderly at Ubonrat Hospital.

(Received: June 15,2024 ; Revised: June 24,2024 ; Accepted: June 25,2024)

พวงเพชร จันทร์บุตร[1] เยาวลักษณ์ มัคคะน้อย[1] นิภา ไทโส[1] คณรัตน์ เดโฟเซซ์[1] รัชนี พจนา[1]
สุรดา โพธิ์ตาทอง วราลักษณ์ กองสิน
Puangpech Jantabood[1], Yaowalak Mukkanoi[1], Nipa Thaiso[1], Kanarat Defossez[1], Ratchanee Potchana[1], Surada Photatong , Waralak Kongsin[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง และประเมินผลลัพธ์การพัฒนา ใช้กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล จำนวน 30 คู่ ดำเนินการวิจัยตั้งแต่กรกฎาคม 2566 –เมษายน 2567 เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่แบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง แบบประเมินความพึงพอใจของทีมต่อการพัฒนารูปแบบ แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living, ADL) และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล และความพึงพอใจของพยาบาล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ สถิติ Pair t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังจากการใช้รูปแบบ พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของทีมอยู่ในระดับพึงพอใจ (M=3.56, SD=0.76) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลที่บ้านอยู่ในระดับดี (M=2.56, SD=0.52) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-5.12, p<.05)

คำสำคัญ : พัฒนารูปแบบ, การดูแลต่อเนื่อง, ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

Abstract

This research was action research aimed to study the situation in order to develop a model for continuing care for dependent elderly people. and evaluate development results sample size were 30 pairs of dependent elderly patients and their caregivers, conducting research from July 2023 - April 2024. 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 assessment of home health care behavior of caregivers and nurse satisfaction Statistics used in data analysis include frequency, percentage, mean, and standard deviation. and inferential statistics, including Pair t-test statistics.

The results of the research found that: After using the model, it was found that the mean satisfaction of the team was at a satisfactory level (M=3.56, SD=0.76). The mean score of health care behavior of elderly patients and home caregivers was at a good level (M= 2.56, SD=0.52) and comparing the mean score of ability to perform daily activities before and after increased with statistical significance (t=-5.12, p<.05)

Keywords: Develop a model, continuous care, dependent elderly

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราเกิดที่ลดลงและผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ประชากรโลกมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2561 มีประชากรรวมทั้งหมด 7,633 ล้านคน และมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 990 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด ตามการคาดการณ์ของสหประชาชาติ ประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในโลกนี้จะมีจำนวนครบ 1,000 ล้านคน ในต้นปี 2562 สหประชาติคาดประมาณว่าในปี 2561 ประเทศ

[1] โรงพยาบาลอุบลรัตน์

ในกลุ่มอาเซียน 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]

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี 2565 และคาดว่าในปี 2574 จะมีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ ประเทศไทยกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์”ภายในปี 2565 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) ดังนั้น ภายใน 2 ปี จะต้องสามารถวางระบบเพื่อจัดการภาวะคุกคามด้านสาธารณสุขของไทยและของโลก ใน 3 ประเด็นก่อน คือ โรคระบาดและโรคอุบัติใหม่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสังคมผู้สูงอายุ[2] การที่มีประชากรผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวมากขึ้นทำให้พบภาวะผิดปกติด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มอาการจำเพาะในผู้ป่วยสูงอายุ (Geriatric syndromes)[3] มากขึ้น ซึ่งเกิดจากภาวะถดถอยของการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายและความเสื่อมเนื่องมาจากความชราที่เพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้างของประชากรและด้านร่างกาย จิตใจ สังคม มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในอนาคตอย่างแน่นอน การทำให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้นานที่สุดจึงเป็นสิ่งสำคัญมากกว่าการที่มีอายุยืนยาวขึ้น การรองรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทางการแพทย์สาธารณสุขจึงเป็นเรื่องสำคัญ รัฐบาลจึงมีความพยายามในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุเพื่อเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุคือ ต้องบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุมีแนวคิดและความสามารถในการดูแลตนเอง[4]

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ต้องมีการบริการต่อเนื่องเชื่อมโยงทีมพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยสูงอายุและญาติให้ความช่วยเหลือในการบริการดูแลร่วมกันถือเป็นหัวใจสำคัญ ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยพบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง ADL ที่ดีขึ้นซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของพิสมัย และคณะ[5] มีการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยมีการจัดบริการเยี่ยมบ้านในชุมชนโดยมีการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในการติดตามดูแลร่วมกันกับครอบครัว พบว่าส่งผลต่อ ADL ที่ดีขึ้น ซึ่งผลการศึกษาไม่แตกต่างกันกับณิสาชล นาคกุล[6] พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎ์ธานี พัฒนาระบบติดตามการเยี่ยมบ้าน ต้องพัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแลและพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติส่งผลต่อ ADL ที่ดีขึ้น จากฐานข้อมูลประชากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นปี พ.ศ.2564 พบว่าอำเภออุบลรัตน์ มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด7262 คน คิดเป็นร้อยละ 17.15 ของประชากรทั้งหมด และในจำนวนนี้ มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 235 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดในอำเภออุบลรัตน์[7] และจากการศึกษาข้อมูลเวชระเบียนของศูนย์ดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลอุบลรัตน์ พบว่าผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 60 มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และจากการวิเคราะห์ตัวชี้วัด ทบทวนระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ได้มีการนำรูปแบบต่าง ๆ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง เช่น การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนการมีแบบฟอร์มวางแผนจำหน่าย การมีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และมีการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงที่บ้านตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว แต่ พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่าย แนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องยังไม่ชัดเจนระหว่างทีมพยาบาลวิชาชีพและไม่ครอบคลุมการเชื่อมโยงระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล และทีมสหสาขาชีพต่าง ๆ ที่ต้องมีระบบการดูแลร่วมกัน จึงส่งผลต่อการเข้าถึงและการเข้ารับบริการของผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง มีภาวะแทรกซ้อนในชุมชนเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับตัวชี้วัดการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านสามารถดูแลตนเองได้เพียงร้อยละ 64 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 6.7 จึงเกิดอุบัติการณ์การมาพักรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล

มีการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลต่ออัตราการตายในโรงพยาบาลกับกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากที่สุด ทีมผู้วิจัยจึงมีการทบทวนศึกษาวิจัยเพื่อให้ทีมผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบต่าง ๆ ตามกระบวนการดูแลต่อเนื่องตามบริบทของอำเภออุบลรัตน์และเชื่อมโยงระหว่างทีมพยาบาลวิชาชีพ ที่มีบทบาทต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลอุบลรัตน์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลอุบลรัตน์
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลอุบลรัตน์

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ในเครือข่ายโรงพยาบาลอุบลรัตน์ 2) การพัฒนารูปแบบ แบ่งเป็น 4 กระบวนการ และ 3) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ทีมพัฒนารูปแบบประกอบด้วย ผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 จำนวน 30 ราย และญาติผู้สูงอายุดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 ราย

เงื่อนไขของการกำหนดคุณสมบัติของประชากรที่ถูกเลือกมาศึกษา ดังนี้

ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 ราย เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 สมัครใจและสามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จนครบ 3 เดือน มีทักษะอ่านออกเขียนได้ สามารถตอบโต้และสื่อความหมาย เข้าใจในการตอบแบบสัมภาษณ์ ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมแต่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 30 ราย เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ สมัครใจและสามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จนครบ 3 เดือน มีอายุมากกว่า 18 ปี มีทักษะอ่านออก เขียนได้ สามารถตอบโต้และสื่อความหมาย เข้าใจในการตอบแบบสัมภาษณ์ ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมแต่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ของผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกกิจกรรมตลอดจนครบ 3 เดือน ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมแต่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลย้ายที่อยู่ เสียชีวิตระหว่างการวิจัย พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างการทำวิจัยหรือต้องเปลี่ยนวิธีการรักษาและอยู่ในระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยทีมพัฒนาแนวคำถามเชิงกึ่งโครงสร้าง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาความต้องในการออกแบบ 1 ชุด มี 5 คำถาม

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูล 7 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ โรคประจำตัว สถานะของผู้ดูแล และสิทธิการรักษา

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย เพศ อายุสถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ชุดที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล โดยผู้วิจัยจัดทำขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ โดยปรับจากรูปแบบ

การวางแผนจำหน่ายตาม METHOD จำนวน 6 ข้อ ได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบ Rating Scale เป็น 3 ระดับ คือ 1 คือ ปฏิบัติไม่ถูกต้อง, 2 คือปฏิบัติถูกต้องบางส่วนและ 3 คือ ปฏิบัติได้ถูกต้อง การพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลใช้การแบ่งระดับแบ่งอิงเกณฑ์ โดยหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามทั้งชุดซึ่งอยู่ระหว่าง 18 คะแนน และแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณช่วงคะแนนพิสัยจากสูตร ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
2.34 - 3.00	ระดับดี
1.67 - 2.33	ระดับปานกลาง
1.00 - 1.66	ระดับต่ำ

ชุดที่ 4 แบบประเมิน กิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living) ของกรมอนามัย เป็นแบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย (Barthel ADL Index) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหาร การล้างหน้าแปรงฟัน การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหวภายในห้องหรือบ้าน การแต่งตัว การขึ้นลงบันได เป็นต้นโดยมีการแปรระดับคะแนน ดังนี้

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

ชุดที่ 5 แบบสำรวจความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลให้เลือกตอบตามระดับความพึงพอใจเลือกตอบ 5 ระดับ พอใจมากให้ 5 คะแนน พอใจ ให้ 4 คะแนน พอใจน้อยเกือบไม่พอใจ ให้ 3 คะแนน ไม่พอใจน้อย 2 คะแนน และ ไม่พอใจมาก ให้ 1 คะแนน เกณฑ์ในการวิเคราะห์คะแนนความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง ใช้ในการคำนวณช่วงการวัด ดังนี้[12] (Best, 1977: อ้างใน อารีรัตน์, 2557) กำหนดคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ดังนี้

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

ชุดที่ 6 แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยปอดอักเสบติดเชื้อ (pneumonia) การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection) แผลกดทับ

ชุดที่ 7 แบบบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำ วันเดือนปีที่กลับมารักษาซ้ำ โรค/ปัญหาที่กลับมารักษาซ้ำ

การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย นำเครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของญาติ และแบบประเมินความพึงพอใจ ผ่านการตรวจเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item Objective Congruence: IOC) ตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ได้ค่าเท่ากับ 0.89 และ 0.85 และ 0.82 นำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 15 คน และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา คอนบราด โดยได้ค่าเท่ากับ 0.98 และ 0.95 และ 0.90 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาจากรายงานสถิติ ความเสี่ยงสำคัญในโรงพยาบาล ตัวชี้วัดสำคัญที่ส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิต โดยใช้กระบวนการศึกษาทั้งหมด 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง ในโรงพยาบาลอุบลรัตน์ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 ถึง– สิงหาคม พ.ศ. 2566 โดยมีการประชุมเพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์สถานการณ์โดยการมีส่วนร่วม ดังนี้

ประชุมครั้งที่ 1 พยาบาลวิชาชีพประสานงานพยาบาลชุมชนเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับการใช้แบบสนทนากลุ่มในทีมสุขภาพเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง รวบรวมประเด็นสำคัญในการตอบของกลุ่มตัวอย่างและนัดการประชุมครั้งต่อไปอีก 2 อาทิตย์

ประชุมครั้งที่ 2 สรุปปัญหาต่าง ๆ จากการประชุม ครั้งที่ 1 และสอบถามเพิ่มเติม เกี่ยวกับการพัฒนาระบบเพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลความต้องการในการพัฒนารูปแบบผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงพร้อมกับศึกษาข้อมูลรูปแบบการพัฒนาเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่างที่ให้เกิดรูปแบบเพื่อนำมาพิจารณารูปแบบในครั้งต่อไปนัดการประชุมครั้งต่อไปอีก 2 อาทิตย์

ประชุมครั้งที่ 3 สรุปความต้องการที่กลุ่มตัวอย่างได้เสนอเพื่อให้มีรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง และได้นำเสนอรูปแบบจากการศึกษาวิจัยเพื่อให้สอดคล้องตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อการไปศึกษาอย่างละเอียดในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อโดยมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง ดังนี้

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566- ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงมาสังเคราะห์รูปแบบร่วมกับทีมพัฒนารูปแบบ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ต่อเนื่องส่งผลต่อการดูแลที่ดีขึ้น ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังนี้

กระบวนการที่ 1 เป็นการดูแลระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่ายการสร้างแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายตามหลัก METHOD ที่สามารถใช้ได้ง่ายและครอบคลุมเนื้อหาการประเมินสภาพ มีการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพเชื่อมโยงการนำข้อมูลที่ได้จากการวางแผนจำหน่ายมาบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Home Health Care Online ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายกลับจากโรงพยาบาลญาติจะได้รับการประเมินซ้ำการดูแลโดยเจ้าหน้าที่ COC ด้วยหลัก D-METHOD ผู้ป่วยและญาติจะได้รับสมุดบันทึกการดูแลตนเองที่บ้านเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง มีการจดบันทึกความต่อเนื่องของการดูแลระหว่างญาติและเจ้าหน้าที่เพื่อส่งเสริมความตระหนักในการดูแลตนเองที่บ้าน

กระบวนการที่ 2 มีช่องทางสำหรับการเข้าถึงและรับบริการในโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ที่ OPD โดยมีใบส่งต่อเฉพาะแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นช่องทางด่วนในการเข้ารับบริการ

กระบวนการที่ 3 พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ติดตามการมาตามนัดในโปรแกรม Hos-XP หากผู้ป่วยมาตามนัดเจ้าหน้าที่ COC ส่งข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับ Case Manager เพื่อการดูแลต่อเนื่องติดตามการมาตามนัดอย่างต่อเนื่องบูรณาการการดูแลร่วมกันระหว่างหน่วยงานและทีมพยาบาลชุมช

กระบวนการที่ 4 พัฒนาต่อยอดแนวปฏิบัติเดิมเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงกับทีมพยาบาลชุมชนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน

ระยะที่ 3 นำรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาจากกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 นำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอุบลรัตน์ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2566-กุมภาพันธ์ 2567 ตามกระบวนการพัฒนารูปแบบดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-Test ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นข้อมูลที่ได้จากการดำเนินการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) โดยนำมาวิเคราะห์และแปลผลร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรม การวิจัยในคน จาก

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ REC 048/2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงที่มารับการรักษาและได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอุบลรัตน์ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2566-กุมภาพันธ์ 2567 จำนวน 30 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.66 มีอายุเฉลี่ย 71.57 ปี (SD = 7.29) มีสถานภาพคู่ ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 50 มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60 อาศัยอยู่กับบุตรหลานร้อยละ 60.66 ใช้สิทธิการรักษาด้วยบัตรประกันสุขภาพทั้งหมด ร้อยละ 100 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 ราย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.33 มีอายุเฉลี่ย 44.93 ปี (SD = 10.27) มีสถานภาพคู่และได้รับการศึกษาในระดับประถม เป็นร้อยละ 53.33 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 66.66 มีรายได้เฉลี่ย 6,093 บาท

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง ดังนี้

หลังได้รับการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงตามกระบวนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการดูแลสุขภาพที่บ้าน พบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หลังการพัฒนารูปแบบฯ คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบฯ และเปรียบเทียบรายข้อพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) คือการรับประทานอาหาร ล้างหน้า หวีผม โกนหนวด การเคลื่อนไหวภายในห้อง การแต่งตัวหรือสวมใส่เสื้อผ้า ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังพัฒนาด้วยสถิติ Paired t-test (n = 30)

รายการประเมิน	ก่อน		หลัง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	5.34	2.80	7.00	2.88	-5.12	<.001
การรับประทานอาหารสามารถตักอาหารและ ช่วยเหลือตัวเองได้	0.73	0.45	1.13	0.57	-2.84	0.01
การสามารถล้างหน้า หวีผม โกนหนวดในระยะเวลา 24 –48 ชม.	0.77	0.43	0.97	0.33	-2.69	0.01
การเคลื่อนไหวภายในห้อง หรือบ้านสามารถเดินหรือเคลื่อนที่ได้	0.53	0.50	1.07	0.69	-4.28	<.001
การแต่งตัวหรือสวมใส่/เสื้อผ้าสามารถช่วยเหลือตนเองได้	0.40	0.29	0.77	0.12	-3.00	0.01

2. ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำก่อนและหลังพัฒนาด้วยสถิติ Paired-test (n = 30)

กลุ่มตัวอย่าง	M	SD	แปลผล
ก่อนพัฒนารูปแบบฯ	5.53	2.99	ติดบ้าน
หลังพัฒนารูปแบบฯ	9.43	4.56	ติดบ้าน

3. ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.56 (SD=0.52) อยู่ในระดับดี และมีบางข้อที่คะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง คือ การใช้ยา ที่ถูกต้อง และการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่

4. คะแนนความพึงพอใจของทีมพัฒนาหลังได้รับการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับพอใจ (M=3.56, SD=0.76)

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคในการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงในเครือข่ายโรงพยาบาลอุบลรัตน์ พบว่า ผู้ป่วยไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับเนื่องจากแบบฟอร์มการ

วางแผนจำหน่ายมีความยากในการใช้ การมีแนวปฏิบัติที่ไม่ชัดเจนในกระบวนการดูแลต่อเนื่องและไม่บูรณาการการดูแลระหว่างทีมหวิชาชีพและทีมสหสาขาอาชีพต่าง ๆ ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ยังไม่มีช่องทางการส่งต่อจากที่บ้านเพื่อเป็นช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึงพิง ผู้ป่วยและญาติขาดทักษะในการดูแลตนเอง การไม่มาตามนัดหรือไม่มารับการรักษาบริการในโรงพยาบาลเมื่อมีอาการเนื่องจากอุปสรรคและข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น การรอคอย พาหนะในการมาและกลับโรงพยาบาล การลืมนัดซึ่ง กระบวนการสำคัญ คือ การบูรณาการในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันระหว่างทีมสาธารณสุข พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์[8]

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลอุบลรัตน์ พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดการดูแลต่อเนื่องของกองการพยาบาล (กองการพยาบาล, 2563) กล่าวคือ กระบวนการดูแลตั้งแต่การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการติดตามเยี่ยมบ้าน ดังนั้นการดูแลต่อเนื่องจึงเริ่มตั้งแต่การดูแลผู้ป่วย ครอบครัว พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ต้องเชื่อมโยงระหว่างการดูแลสุขภาพผู้ป่วยทั้งก่อนการเจ็บป่วย ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจะต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาท และแนวคิดการให้บริการแบบเชิงรุก เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงในระยะเปลี่ยนผ่าน สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย และภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำก่อนเวลาอันควร รวมถึงสร้างระบบการประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการสามารถเปลี่ยนผ่านจากสถานที่หนึ่งไปอีกสถานที่หนึ่ง และการดูแลต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น โดยมีการบูรณาการใช้แนวทางการพัฒนาคุณภาพ PDCA ร่วมด้วยเพื่อให้รูปแบบที่ได้มีประสิทธิภาพจากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน ต้องมีการพัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแล พัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสนับสนุนการดูแลตนเอง สนับสนุนทางสังคม พัฒนาระบบติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวทางการส่งต่อแบบบูรณาทีมสหอาชีพต่าง ๆ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลควรได้รับการสนับสนุนส่งเสริมให้มีความสามารถในการประเมินและดูแลตนเอง ควรมีการกำหนดทิศทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุให้เป็นรูปธรรมอย่างบูรณาการ[9] เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงไว้ซึ่งคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ซึ่งมีความสอดคล้องกับ Pischalad & Mulpanun[10] กล่าวว่า ระบบบริการที่ดีที่จะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน คือ การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่สถานบริการชุมชน และครอบครัว ได้ศึกษาการดูแลต่อเนื่องในเด็กที่ป่วยเรื้อรัง พบว่า รูปแบบการดูแลต่อเนื่องมี 3 ระยะ คือ ระยะที่ดูแลโรงพยาบาลโดยการตอบสนองความต้องการของเด็ก การให้ความรู้กับครอบครัว การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ระยะที่ 2 การส่งต่อ และ ระยะที่ 3 คือการดูแลที่บ้านโดยการดูแลร่วมกันกับครอบครัวและชุมชน พบว่า การดูแลต่อเนื่องเป็นแนวคิดการจัดการพยาบาลเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงของการดูแลสุขภาพทั้งในระยะที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยบูรณาการ การดูแลทีมสหอาชีพต่าง ๆ ในชุมชน ส่งผลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นได้รูปแบบดังนี้ 1) แนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ 2) แบบฟอร์มวางแผนจำหน่าย 3) แบบฟอร์มนัดและการส่งต่อและ 4) คู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน

3. ผลลัพธ์จากการใช้การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลอุบลรัตน์ เมื่อนำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาจากทีมผู้ปฏิบัตินำมาใช้ในกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพที่ทีมพัฒนา พบว่า ญาติมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในระดับดี ส่งผลต่อคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สูงขึ้น และผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อการ

ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาเอง การศึกษาครั้งนี้ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเนื่องจากเป็นการศึกษาที่ใช้วิธีการเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับผู้ปฏิบัติงาน ทำให้รูปแบบที่ได้จากการพัฒนาสามารถนำไปใช้ได้อย่างเหมาะสมตามบริบทในพื้นที่ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีและความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อเสนอแนะ

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

2. การพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน(care giver) เป็นอีกหนึ่งบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพผู้จัดการระบบการดูแลต่อเนื่อง จะต้องมีการจัดอบรมฟื้นฟูให้ความรู้ด้านการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การตรวจประเมินคัดกรอง การฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากบุคลากรดังกล่าวเป็นอัตรากำลังสำคัญที่จะนำแผนการพยาบาลดูแลที่พยาบาลได้กำหนดไว้ไปให้การพยาบาลดูแลกับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561 [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 10 ธันวาคม 2565.จาก http://thai.org/? p=38670.
2. 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
3. สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. การพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ. [อินเตอร์เน็ต]. 2557. [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 10 ธันวาคม 2565.จาก:https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2903/hs1670.pdf?sequence=3&isAllowed=y
4. กองการพยาบาล (2563). แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2563. (พิมพ์ครั้งที่ 1) ปทุมธานี: สำนักพิมพ์ สื่อตะวันจำกัด.
5. พิศสมัย บุญเลิศ, เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และศุภดี แถวเพีย. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 23(2), 79-87.
6. ณิสาชล นาคกุล. (2018). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตเทศบาลนครสุราษฎ์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 1(7), 36-50.
7. โรงพยาบาลอุบลรัตน์. ตัวชี้วัดงานเยี่ยมโรงพยาบาลอุบลรัตน์, 2564.
8. Ciccone,A., Celani, M. G., Chiaramonte, R., Rossi, C., & Righetti, E. (2013). Continuous Versus. IntermittentPhysiological Monitoring for Acute Stroke 2013: Intervention Review.
9. Nakgul,N. (2018). The Development of a Care Model for Home-Bound and Bed-Bound Chronically ill Patients in Suratthani Municipality. Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 1(7),36-50. (In Thai)
10. Pischalad K., & Mulpanun K. (2016). Improvement of a Continuing Care Model in Child. Nursing Journal, 40(3),96-108. (In Thai).

ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกาย(Timed Up and Go, 30 second chair stand, 4 stage balance) ในผู้สูงอายุ

The Effects of Self-Management Promotion in Exercise on Physical Performance (Timed Up and Go, 30-Second Chair Stand, 4-Stage Balance) among Older Adults.

(Received: June 15,2024 ; Revised: June 18,2024 ; Accepted: June 19,2024)

คณรัตน์ เดโฟเซซ์[1] วราลักษณ์ กองสิน[2] รัชนี เจริญเพ็ง[3] พวงเพชร จันทร์บุตร[4]
Kanarat Defossez[1], Waralak Kongsin[2], Ratchanee Charoenpeng[3], Puangpech Chanbut[4]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกาย ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกาย และสมรรถภาพทางกาย (Timed Up and Go, 30 second chair stand, 4 stage balance) ในผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูล เดือน มีนาคม 2567- พฤษภาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 34 คนเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ผลการศึกษา พบว่า 1) คะแนนความรู้เรื่องการออกกำลังกายหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = -23.048, Sig. = .000) 2) คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = -39.929, Sig. = .000) 3) เวลาในการทดสอบ Timed Up and Go หลังเข้าโปรแกรมน้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 24.313, Sig. = .000) 4) สมรรถนะทางกายด้วยการทดสอบ 30 Second Chair Stand Test หลังเข้าโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = -27.031, Sig. = .000)

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง การออกกำลังกาย สมรรถภาพทางกาย ผู้สูงอายุ

Abstract

This study was quasi-experimental research aimed to study the effect of a program to promote self-management in exercise on knowledge and behavior of self-management in exercise. and physical fitness (Timed Up and Go, 30 second chair stand, 4 stage balance) in the elderly. The sample group included elderly 34 people who met the inclusion criteria between March 2024 to May 2024. Collect data from questionnaires Data were analyzed by frequency, percentage, mean, and standard deviation, and Paired t-test determined statistical significance ($p<0.05$).

The results of the study found that 1) Knowledge scores on exercise after entering the program were higher than before entering the program at a statistical significance of .001 (t = -23.048, Sig. = .000). 2) Self-management behavior scores for exercising after entering the program were higher than before entering the program at a statistical significance of .001 (t = -39.929, Sig. = .000). 3) The time to take the Timed Up and Go test after entering the program was less than before entering the program, with statistical significance at the .001 level (t = 24.313, Sig. = .000). 4) Physical performance using the 30 Second Chair Stand Test after entering the program was higher than before entering the program with statistical significance at the .001 level (t = -27.031, Sig. = .000).

Keyword: self-management, exercise, Physical fitness, elderly

---

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี
[2] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น
[3] โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี
[4] โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 18.7 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) และคาดว่าในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีประชากรผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 30 ของประชากรทั้งประเทศ[2] ซึ่งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้ ส่งผลให้เกิดความท้าทายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะปัญหาการหกล้มในผู้สูงอายุที่พบได้บ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ[3] การเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางกายเป็นการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัว และความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน คุณภาพชีวิต และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพและการหกล้ม การออกกำลังกายแบบแรงต้านร่วมกับแบบแอโรบิกเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการปรับปรุงสมรรถภาพทางกายและสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ[4]

การออกกำลังกายเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างสมรรถภาพในผู้สูงอายุ เนื่องจากช่วยปรับปรุงความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัว และความยืดหยุ่น (Sherrington et al., 2019) อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุมักมีอุปสรรคในการออกกำลังกาย เช่น การขาดแรงจูงใจ ความกลัวการบาดเจ็บ และการขาดการสนับสนุนทางสังคม[5] การออกกำลังกายแบบแรงต้านร่วมกับแอโรบิกส่งผลกระทบในทางที่ดีต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุโดยประเมินจากการทดสอบ Timed Up and Go, 30-second chair stand และ 4-stage balance test ซึ่งเป็นการทดสอบที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และการทรงตัวในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการปรับปรุงสมรรถภาพทางกายและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ[5] การหกล้มเป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บและเสียชีวิตในผู้สูงอายุ โดยพบว่าร้อยละ 28-35 ของผู้สูงอายุมีประสบการณ์หกล้มอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี[6]

การจัดการตนเองเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่มีศักยภาพในการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ซึ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพตนเอง ผ่านทักษะการตั้งเป้าหมาย การวางแผน การเฝ้าติดตาม และการประเมินผล[7] งานวิจัยต่างประเทศพบว่า การส่งเสริมการจัดการตนเองสามารถเพิ่มระดับกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ[8] และยังพบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกับมีแรงต้านเป็นการออกกำลังกายที่ใช้พลังงานจากไขมันที่สะสมในร่างกายและสร้างกล้ามเนื้อลดอัตราการเกิดโรคเรื้อรังเช่นโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ชะลอความเสื่อมของไต[9] อย่างไรก็ตามงานวิจัยในบริบทของสังคมไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุไทย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสม

จากการศึกษาข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลบ้านเลื่อม ในปี พ.ศ. 2565 สำรวจพบผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 36 อาศัยกับหลาน ร้อยละ 23 ไม่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียว ปัญหาของกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการขาดความรู้ในการดูแลตนเองในเรื่องการออกกำลังกายและขาดความเชื่อมั่นในการจัดการตนเอง จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขในทุกด้านเพื่อไม่ให้เป็นภาระต่อครอบครัว ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้มถึงร้อยละ 12.93 เทียบกับอัตราความชุกของระดับประเทศ ร้อยละ 6.90 ดังนั้น สรุปได้ว่า โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลบ้านเลื่อม พบภาวะเสี่ยงต่อการเกิดหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบแรงต้านและแอโรบิกต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ โดยประเมินจากการทดสอบ Timed Up and Go, 30-second chair stand และ 4-stage balance test ซึ่งเป็นการ

ทดสอบที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และการทรงตัวในผู้สูงอายุ ผลการศึกษานี้จะช่วยให้เข้าใจผลของการออกกำลังกายแบบแรงต้านและแอโรบิกต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น และเป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับประชากรผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายในผู้สูงอายุเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกาย (Timed Up and Go, 30 second chair stand, 4 stage balance) ในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกาย

วิธีการศึกษา

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลื่อม จังหวัดอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) และไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี 2) ทั้งเพศหญิงและเพศชาย 3) ยินดีเข้าร่วมวิจัย 4) สามารถออกกำลังกายได้ 5) ไม่มีปัญหาในการพูด ฟัง มีสติสัมปชัญญะเป็นปกติ 6) ผ่านการคัดกรองโดยใช้เครื่องมือ MMSE-Thai (2000) มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติคือ ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ ≥ 14 ผู้สูงอายุปกติเรียนหนังสือระดับประถมศึกษา ≥ 17 ผู้สูงอายุปกติเรียนหนังสือสูงกว่าระดับประถมศึกษา ≥ 22 7) ผ่านการคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ≥ 12 คะแนน 8) สามารถจัดการความเครียดในชีวิตประจำวันได้คัดกรองโดยใช้แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต(9Q) อยู่ในระดับ0-6 คะแนน 9) ไม่มีโรคประจำตัวเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เก๊าท์ โรคกระดูกและข้อ โรคหัวใจและหลอดเลือด หัวใจวาย ถุงลมโป่งพอง หอบหืด วัณโรค ตับอักเสบบีและซี มีภาวะติดเชื้อ

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) 1) มีความเจ็บป่วยร้ายแรงขณะเข้าร่วมโครงการ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยกลุ่มตัวอย่าง 3) ย้ายที่อยู่อาศัย 4) มีอาการปวดอย่างรุนแรงของกล้ามเนื้อ เอ็นและข้อต่อขณะร่วมโครงการและมีประวัติกระดูกร้าวหรือหักในช่วง3 เดือนก่อนเข้าร่วมโครงการ 5) มีความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ 6) ไม่สามารถอยู่ร่วมโครงการจนครบเวลาได้ 7) เยี่ยมบ้านแล้วไม่พบอาสาสมัครและไม่สามารถติดต่อได้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 กำหนดขนาดของความสัมพันธ์ (effect size) ที่ระดับปานกลาง คือ 0.5 จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง คำนวณได้ขนาดของความสัมพันธ์เฉลี่ยเท่ากับปานกลาง คือ ช่วง 0.2-0.5 ผู้วิจัยจึงใช้ขนาดความสัมพันธ์ที่ระดับปานกลาง เท่ากับ 0.5 เทียบตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 35 คน เพื่อป้องกันการสูญหายได้เพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็น 38 คน ขณะทดลองอาสาสมัครไม่สามารถอยู่จนครบโครงการ 3 คน ย้ายที่อยู่ 2 คน ญาติขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการ 1 คน คงเหลือจำนวนตัวอย่าง 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา

1.2 แบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้เรื่องการออกกำลังกาย

แบบสอบถามนี้เป็นแบบทดสอบความรู้ (Knowledge Test) เกี่ยวกับการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ จะใช้ประเมินความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมงานวิจัย และนำไปเปรียบเทียบกับความรู้หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกาย เพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการประเมินประสิทธิผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายในโปรแกรม แบบทดสอบประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบถูกผิด (True or False) การแปลผลจะนับจำนวนข้อที่ตอบถูก โดยตอบถูก 1 ข้อจะได้ 1 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 10 คะแนน แล้วแบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ตามช่วงคะแนน ดังนี้

0-4 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

5-7 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

8-10 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับสูง

1.3 แบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกาย แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) เพื่อประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ที่ถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านต่าง ๆ การกำหนดเป้าหมาย การวางแผน การติดตามประเมินผล การแก้ไขปัญหา และการสนับสนุนทางสังคม ลักษณะของมาตราส่วนประมาณค่า คือ มีระดับการปฏิบัติให้เลือกตอบ 5 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ (5 คะแนน), บ่อยครั้ง (4 คะแนน), บางครั้ง (3 คะแนน), นาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยเลย (1 คะแนน) วิธีการแปลผลคะแนน จะรวมคะแนนที่ได้จากทุกข้อคำถาม แล้วหาค่าคะแนนเฉลี่ย จากนั้นนำไปเทียบกับเกณฑ์ 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับน้อยที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกาย

2.1 เนื้อหาโปรแกรม ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการออกกำลังกาย การสอนทักษะการจัดการตนเอง (การตั้งเป้าหมาย การวางแผน การเฝ้าติดตาม และการประเมินผล) และการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

2.2 ระยะเวลาโปรแกรม 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที

2.3 อุปกรณ์ออกกำลังกาย สายสร้างชีวิต (Life Built Line L-B-L)(ณิชานันทน์ ปัญญาเอก 2017)

2.4 ประยุกต์ใช้คู่มือการออกกำลังกายเพื่อชะลอไตเสื่อม[8]

2.5 เครื่องจับอัตราการเต้นของหัวใจ วิทยากรผู้ให้ความรู้ เป็นพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ 2.6 และสมุดบันทึกการออกกำลังกาย

2.2 แบบประเมินสมรรถภาพทางกาย

1) Timed Up and Go test (TUG) เป็นการทดสอบความสามารถในการเคลื่อนไหว โดยให้ผู้สูงอายุนั่งพิงพนักบนเก้าอี้มาตรฐาน เมื่อได้ยินสัญญาณ "เริ่ม" ให้ลุกขึ้นยืน เดินไปข้างหน้าเป็นระยะทาง 3 เมตร หมุนตัวกลับ เดินกลับมานั่งที่เก้าอี้ให้ได้ท่าเดิม จับเวลาตั้งแต่เริ่มจนกระทั่งนั่งลงเหมือนเดิม บันทึกเวลาเป็นวินาที

การแปลผล Timed Up and Go: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 28 มีนาคม 2564, จาก http://agingthai.dms.go.th/2021/01/book_9.pdf[10]

< 10 วินาที แสดงว่ามีความเสี่ยงต่ำต่อการล้มและมีสมรรถนะการทรงตัวดี สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ

11-19 วินาที แสดงว่ามีความเสี่ยงต่อการล้มระดับกลาง และอาจจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวบางอย่าง

20-29 วินาที แสดงว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการล้ม เคลื่อนไหวและทำกิจวัตรประจำวันได้น้อย ต้องการความช่วยเหลือ

≥ 30 วินาที แสดงว่ามีความเสี่ยงสูงมากต่อการล้ม มีการเคลื่อนไหวและสมรรถนะการทรงตัวบกพร่อง ต้องได้รับการดูแลใกล้ชิดเพื่อป้องกันการหกล้ม

การแปลผลการเปลี่ยนแปลงของเวลาที่ใช้ในการทดสอบ Timed Up and Go:

ลดลงอย่างน้อย 3.5 วินาที ถือว่ามีนัยสำคัญทางคลินิก แสดงถึงการพัฒนาที่ดีขึ้นของสมรรถนะการทรงตัวและการเคลื่อนไหว

เพิ่มขึ้น 3.5 วินาทีขึ้นไป ถือว่ามีนัยสำคัญทางคลินิก อาจแสดงถึงการเสื่อมถอยของการทำงาน และเพิ่มความเสี่ยงต่อการล้ม

2) 30-second chair stand test (30s-CST) เป็นการทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา โดยนับจำนวนครั้งที่ผู้สูงอายุสามารถลุกขึ้นยืนเต็มที่และนั่งลงบนเก้าอี้ให้ได้มากที่สุดภายในเวลา 30 วินาที สามารถบ่งบอกถึงสมรรถภาพของกล้ามเนื้อขาได้ ซึ่งมีความสำคัญต่อการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุเกณฑ์การแปลผลสำหรับผู้สูงอายุ

3) 4-stage balance test เป็นการทดสอบการทรงตัว ประกอบด้วยการยืน 4 ท่า ได้แก่ ยืนเท้าชิด ยืนเท้าแบบ semi-tandem ยืนเท้าแบบ tandem และยืนขาเดียว โดยจับเวลาที่ผู้สูงอายุสามารถยืนในแต่ละท่าได้นานที่สุด ไม่เกินท่าละ 10 วินาทีการให้คะแนน:

0 คะแนน: ไม่สามารถยืนในท่าที่ 1 ได้นาน 10 วินาที

1 คะแนน: สามารถยืนในท่าที่ 1 ได้นาน 10 วินาที แต่ไม่สามารถยืนในท่าที่ 2 ได้นาน 10 วินาที

2 คะแนน: สามารถยืนในท่าที่ 2 ได้นาน 10 วินาที แต่ไม่สามารถยืนในท่าที่ 3 ได้นาน 10 วินาที

3 คะแนน: สามารถยืนในท่าที่ 3 ได้นาน 10 วินาที แต่ไม่สามารถยืนในท่าที่ 4 ได้นาน 10 วินาที

4 คะแนน: สามารถยืนในท่าที่ 4 ได้นาน 10 วินาที

การแปลผลอ้างอิงจาก : คณะสภากายภาพบำบัด. แบบประเมินความสามารถทางกายของผู้สูงอายุแบบ 4 ระดับ. สสกท. 2020.

0-2 คะแนน บ่งชี้ถึงความบกพร่องในการทรงตัว และมีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม

3-4 คะแนน แสดงถึงการทรงตัวที่ดี และมีความเสี่ยงต่ำต่อการหกล้ม

รูปแบบและขั้นตอนการวิจัยแบบ Quasi-experimental design

1. ขั้นเตรียมการ 1.1 ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดปัญหาและวัตถุประสงค์การวิจัย 1.2 กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก 1.3 สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกาย และแบบประเมินสมรรถภาพทางกาย 1.4 ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 1.5 ปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและผลการทดลองใช้

2. ขั้นดำเนินการวิจัย 2.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด 2.2 ประเมินความรู้เรื่อง

การออกกำลังกาย และ พฤติกรรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกาย ทำการประเมินสมรรถภาพทางกาย (Timed Up and Go, 30-second chair stand, 4-stage balance) (Pretest) 2.3 ดำเนินการทดลองโดยเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกาย เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ 2.4 ทำการประเมินสมรรถภาพทางกาย (Timed Up and Go, 30-second chair stand, 4-stage balance) และประเมินความรู้เรื่องการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายอีกครั้ง สิ้นสุดโปรแกรม (Posttest)

3. ขั้นวิเคราะห์ข้อมูล 3.1 วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางกายก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

4. ขั้นสรุปและอภิปรายผล 4.1 สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย 4.2 อภิปรายผลการวิจัยโดยเปรียบเทียบกับแนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง 4.3 ให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้และการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางกายก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีเลขที่ UDREC 6967

ผลการศึกษา

อาสาสมัครในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 32 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59) และเพศชาย (ร้อยละ 41) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี โดยแบ่งเป็นช่วงอายุ 60-64 ปี และ 65-69 ปี เท่า ๆ กัน (ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่สมรสแล้ว (ร้อยละ 78) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 91) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 56) ในด้านการออกกำลังกาย พบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกายเลย (ร้อยละ 58) และออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 44) โดยใช้เวลาออกกำลังกายน้อยกว่า 30 นาทีต่อครั้ง (ร้อยละ 93) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส การศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีการออกกำลังกายค่อนข้างน้อย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ ความรู้เรื่องออกกำลังกาย การจัดการตนเอง สมรรถภาพทางกายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	ก่อน(n=32)		หลัง(n=32)		t	P-value
	M	SD	M	SD		
ความรู้เรื่องการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ	2.3125	1.44663	9.2500	1.13592	-23.048	.000***
พฤติกรรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ	14.5938	3.48137	41.1250	3.05593	-39.929	.000***
Timed Up and Go	31.0625	3.75832	24.0313	3.97966	24.313	.000***
30 Second Chair Stand Test	16.6875	2.64499	24.0313	2.90144	-27.031	.000***
4 Stage Balance Test	2.9688	.78224	3.9063	.29614	-7.411	.000***

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการออกกำลังกายในผู้สูงอายุจำนวน 32 คน ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฯ พบว่า ก่อนเข้าโปรแกรม ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการออกกำลังกายเท่ากับ 2.3125 คะแนน (S.D. = 1.44663) และหลังเข้าโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 9.2500 คะแนน (S.D. = 1.13592) เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนความรู้เรื่องการออกกำลังกายหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = -23.048, Sig. = .000) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ มีประสิทธิผลในการเพิ่มพูนความรู้เรื่องการออกกำลังกายให้แก่ผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนเข้าโปรแกรม ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเท่ากับ 14.5938 คะแนน (S.D. = 3.48137) และหลังเข้าโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 41.1250 คะแนน (S.D. = 3.05593) เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = -39.929, Sig. = .000) สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมฯ มีประสิทธิผลในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว

ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะทางกายด้วยการทดสอบ Timed Up and Go พบว่า ก่อนเข้าโปรแกรม ผู้สูงอายุใช้เวลาในการทดสอบเฉลี่ย 31.0625 วินาที (S.D. = 3.75832) และหลังเข้าโปรแกรม เวลาในการทดสอบเฉลี่ยลดลงเหลือ 24.0313 วินาที (S.D. = 3.97966) เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า เวลาในการทดสอบ Timed Up and Go หลังเข้าโปรแกรมน้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 24.313, Sig. = .000) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ มีประสิทธิผลในการช่วยพัฒนาสมรรถนะทางกายของผู้สูงอายุ โดยช่วยลดระยะเวลาในการทดสอบ Timed Up and Go ซึ่งบ่งบอกถึงการเพิ่มขึ้นของความแข็งแรง ความทนทาน และการทรงตัวในผู้สูงอายุ

ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะทางกายด้วยการทดสอบ 30 Second Chair Stand Test พบว่า ก่อนเข้าโปรแกรม ผู้สูงอายุสามารถลุกยืนจากเก้าอี้ได้เฉลี่ย 16.6875 ครั้ง (S.D. = 2.64499) และหลังเข้าโปรแกรม จำนวนครั้งในการลุกยืนเพิ่มขึ้นเป็นเฉลี่ย 24.0313 ครั้ง (S.D. = 2.90144) เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า จำนวนครั้งในการทดสอบ 30 Second Chair Stand Test หลังเข้าโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = -27.031, Sig. = .000) สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมฯ มีประสิทธิผลในการช่วยพัฒนาสมรรถนะทางกายของผู้สูงอายุ โดยช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ

ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะทางกายด้วยการทดสอบ 4 Stage Balance Test พบว่า ก่อนเข้าโปรแกรม ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยในการทดสอบการทรงตัว 2.9688 คะแนน (S.D. = .78224) และหลังเข้าโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.9063 คะแนน (S.D. = .29614) เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนการทดสอบ 4 Stage Balance Test หลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = -7.411, Sig. = .000) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ มีประสิทธิผลในการพัฒนาสมรรถนะทางกายของผู้สูงอายุ โดยช่วยเสริมสร้างความสามารถในการทรงตัว ซึ่งมีความสำคัญต่อการป้องกันการหกล้มและการเคลื่อนไหวอย่างมั่นคงในผู้สูงอายุ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยทั้ง 3 ข้อ โดยพบว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายมีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้เรื่องการออกกำลังกาย ส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกาย และพัฒนาสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุ

ในด้านความรู้เรื่องการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนินันท์ วัชรินทร์วงศ์ และคณะ[11] ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น โดยความรู้ที่ถูกต้องเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ[12]

ในด้านพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งในแง่ของการตั้งเป้าหมาย การวางแผน การติดตามประเมินผล และการแก้ไขปัญหา สอดคล้องกับหลักการของโปรแกรมการจัดการตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง[7] และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Smith et al.[13] ที่พบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองช่วยเพิ่มระดับกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ

ในด้านสมรรถภาพทางกาย ผลจากการทดสอบ Timed Up and Go, 30 Second Chair Stand และ 4 Stage Balance แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการเคลื่อนไหว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และการทรงตัวที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับงานวิจัยจำนวนมากที่ยืนยันประโยชน์ของการออกกำลังกายแบบแรงต้านและแอโรบิกในการปรับปรุงสมรรถภาพทางกายและสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ4,14,15 อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของคณรัตน์ และคณะ[9] ที่พบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกับมีแรงต้านช่วยลดการเกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ

จุดเด่นของการศึกษาครั้งนี้คือการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่มีศักยภาพสูงในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ[7] มาใช้ร่วมกับการออกกำลังกายซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาสมรรถภาพทางกาย[4] อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดในเรื่องขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย และเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว การศึกษาในอนาคตจึงควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและใช้รูปแบบการวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุมเพื่อขจัดอิทธิพลของปัจจัยแทรกซ้อนและเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา

โดยสรุปแล้วการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองในการออกกำลังกายเป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลในการพัฒนาความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ โปรแกรมการจัดการตนเองจึงควรได้รับการผนวกเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุที่มีพฤฒิพลัง (Active Aging) ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
3. Thiamwong, L., Thamarpirat, J., Maneesriwongul, W., & Jitapunkul, S. (2008). Thai falls risk assessment test (Thai-FRAT) developed for community-dwelling Thai elderly. Journal of the Medical Association of Thailand, 91(12), 1823–1831.

4. Chodzko-Zajko, W. J., Proctor, D. N., Singh, M. A. F., Minson, C. T., Nigg, C. R., Salem, G. J., & Skinner, J. S. (2009). Exercise and physical activity for older adults. Medicine & Science in Sports & Exercise, 41(7), 1510-1530.
5. Burton, E., Farrier, K., Lewin, G., Pettigrew, S., Hill, A., Airey, P., Bainbridge, L., & Hill, K. D. (2017). Motivators and barriers for older people participating in resistance training: A systematic review. Journal of Aging and Physical Activity, 25(2), 311-324. https://doi.org/10.1123/japa.2015-0289
6. Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., Chandraprasert, S., & Kulapongse, W. (2020). A community survey of falls in the elderly in Thailand. Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health, 31(3), 537-543.
7. Lorig, K., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. Annals of Behavioral Medicine, 26(1), 1-7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
8. Tse, M. M. Y., Vong, S. K. S., & Tang, S. K. (2014). Motivational interviewing and exercise programme for community-dwelling older persons with chronic pain: A randomised controlled study. Journal of Clinical Nursing, 22(13-14), 1843-1856. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04317.x
9. คณรัตน์ เดโฟเซซ์ .(2023).ผลของโปรแกรมออกกำลังกายเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่3 ในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/issue/view/17677
10. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 28 มีนาคม 2564, จากhttp://agingthai.dms.go.th/2021/01/book_9.pdf
11. ชนินันท์ วัชรินทร์วงศ์, พวงผกา ปวีณบำเพ็ญ และนฤมล ตรีเพชร. (2564). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 30(3), 33-45.
12. Michie, S., Van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implementation Science, 6(1), 1-12.
13. Smith, G. L., Banting, L., Eime, R., O'Sullivan, G., & van Uffelen, J. G. (2017). The association between social support and physical activity in older adults: A systematic review. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 14(1), 56. https://doi.org/10.1186/s12966-017-0509-8
14. Liu, C. J., & Latham, N. K. (2009). Progressive resistance strength training for improving physical function in older adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, (3).
15. Taylor, D. (2014). Physical activity is medicine for older adults. Postgraduate Medical Journal, 90(1059), 26-32. https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131366
16. Panyaek N, Sirivong D, Konharn K, Tunkamnerdthai O, Aneknun P, Leelayuwat N. Exercise intensity and substrate utilization in healthy sedentary females using the Life-Build-Line device. J Med Assoc Thai 2017; 100: 318-25.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบางปลาม้า

Development of nursing guidelines for advance care planning for terminally ill patients who receive care Palliative Care, Bang Pla Ma Hospital.

(Received: June 15,2024 ; Revised: June 18,2024 ; Accepted: June 19,2024)

พัชรมนต์ ไกรสร[1]
Patcharamon Kraisorn[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี การรับรู้ถึงคุณภาพชีวิต ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (POS) และความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะท้ายต่อการดูแลที่ได้รับตามแนวปฏิบัติ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 – มกราคม พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ 40 คน และหลังให้แนวปฏิบัติ 40 คน เครื่องมือที่ใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง แบบวัดคุณภาพชีวิตทางสุขภาพแบบทั่วไป short form : SF-36 แบบประเมินผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (POS) และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) หลังการใช้แนวปฏิบัติค่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome :POS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p< .05$) ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองภาพรวมระดับมาก ($\bar{X}$ =4.27,SD=0.61)

คำสำคัญ แนวปฏิบัติการพยาบาล/การวางแผนการดูแลล่วงหน้า/ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

Abstract

This research was action research aimed to develop nursing guidelines for advance care planning for terminally ill patients receiving palliative care at Bang Pla Ma Hospital. Suphanburi Province, perceptions of quality-of-life Results of palliative care for terminally ill patients (POS) and terminally ill patients' satisfaction with the care received according to the guidelines. The research was conducted between September 2023 - January 2024. The sample group includes a group of Terminally ill patients who received palliative care before using the guidelines, 40 people and after giving the guidelines, 40 people. Tools used Nursing practice guidelines for advance care planning for terminally ill patients receiving palliative care. General health quality of life measure, short form: SF-36, palliative care outcome assessment form (POS), and satisfaction questionnaire. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation statistics. and t test and qualitative data was analyzed by content analysis.

Result : It was found that the average quality of life scores before and after using the guidelines There was a statistical significant difference at the .05 level ($p < .05$). After using the guidelines, the mean score of palliative care outcomes (Palliative care Outcome:POS) decreased significantly. Statistics at the .05 level ($p< .05$) Satisfaction of caregivers with nursing guidelines for advance care planning for terminally ill patients receiving palliative care overall is at a high level (mean = 4.27,S.D. =0.61)

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบางปลาม้า

Keywords: nursing practice guidelines/advance care planning/end-of-life patients receiving palliative care

บทนำ

ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพได้กำหนดนโยบายให้มีการพัฒนาการบริการที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยปรับเปลี่ยนแผนการดูแลที่เน้นการรักษาเพื่อยืดชีวิต มาสู่การรักษาเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยระยะท้าย ได้มีการเผยแพร่และสื่อสารเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับแผนการรักษาในระยะท้ายของชีวิตผ่านสื่อต่าง ๆ มากขึ้น[1,2] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากการรักษาเมื่อถึงวาระสุดท้าย และจากไปอย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยยึดหลักการทำงานแบบ Humanize care มีการดูแลแบบองค์รวมโดยเน้น 3 ด้าน คือ ความรู้สึก อารมณ์ และจิตวิญญาณ ทั้งกับตัวผู้ป่วยและญาติ[3] การวางแผนการดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า (Advance care planning) จึงมีความจำเป็นกับผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นการแสดงเจตจำนงหรือวางแผนการตายไว้ในตอนที่มีสติสัมปชัญญะในฐานะเจ้าของชีวิตที่สามารถวางแผนการตายอย่างมีศักดิ์ศรีตามที่ต้องการได้[4]

ในสถานการณ์ปัจจุบันการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า (Advance care planning) มักทำในผู้ป่วยระยะท้ายหรือผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ยังไม่แพร่หลายในผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า สัดส่วนของผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีการวางแผนการดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า (Advance care planning) ยังต่ำมากในทุกกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคร้ายแรง ผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า สมาชิกในครอบครัวยังมีทัศนะไม่ตรงกันเกี่ยวกับการรักษาเพื่อยื้อชีวิตผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีผู้ป่วยที่เป็นบุพการีเนื่องจากสังคมไทยมีการอบรมสั่งสอนให้ตระหนักว่า การเลี้ยงดูและการดูแลบุพการีเมื่อเจ็บป่วยเป็นหน้าที่และการทดแทนบุญคุณ ดังนั้นครอบครัวส่วนใหญ่จึงเชื่อว่าการให้บุพการีได้รับการรักษาทุกวิถีทางเพื่อยืดชีวิตจึงเป็นการแสดงความกตัญญูในช่วงชีวิตสุดท้าย[6]

การพูดคุยการวางแผนการรักษาล่วงหน้าเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนเพราะมีเรื่องความตายเข้ามาเกี่ยวข้อง สังคมไทยมีความเชื่อว่าการพูดถึงการตายเป็นเรื่องอัปมงคลต้องมีทักษะการสื่อสารที่ดีเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมีการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นเป็นตอน[7] ผู้สื่อสารจะต้องมีเจตคติที่ดีมีความเห็นอกเห็นใจ มีท่าทางที่เป็นมิตรทำให้มีความรู้สึกอบอุ่นจนเกิดเป็นความไว้วางใจ เชื่อถือและศรัทธา[3] การพูดคุยและสื่อสารที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยได้วางแผนเพื่อการเปลี่ยนผ่านระยะสุดท้ายของชีวิตจากช่วงรักษาให้ดำเนินไปได้อย่างมีคุณภาพจนกระทั่งเสียชีวิต[8] รวมทั้งช่วยปกป้องผู้ป่วยให้พ้นจากการรักษาทางการแพทย์ที่ไม่ต้องการที่ผ่านมาบุคลากรทางการแพทย์มักจะมีความวิตกกังวลเมื่อต้องพูดคุยเรื่องที่ยากนี้กับผู้ป่วยและครอบครัว บางครั้งให้มีการหลีกเลี่ยงการพูดคุย จากการศึกษาของ Akkadechanunt & Phornphibul[8] พบว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสูงขึ้น แต่พบว่ายังไม่มีรายละเอียดและขั้นตอนของวิธีการพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว

การวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance Care Planning) เป็นกระบวนการสื่อสารสนทนาเพื่อกำหนดแผนการดูแลสุขภาพในระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นการทำร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ[9] เป็นการพูดคุยถึงสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญและความต้องการทางการแพทย์ว่าจะรับหรือปฏิเสธการรักษาการรักษาที่เป็นการยื้อการตาย (Life Sustain Treatment) เป็นการกำหนดแผนการดูแลสำหรับอนาคตในขณะที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยใช้การสื่อสารเพื่อตัดสินใจร่วมกัน องค์ประกอบสำคัญของการวางแผนดูแลล่วงหน้า คือ ความต้องการของผู้ป่วย

และครอบครัว (patient and family preference) เป็นความต้องการหรือสิ่งที่เป็นเป้าหมายหลักของผู้ป่วย การแสดงเจตนาล่วงหน้า (Advance directive) เป็นหนังสือแสดงเจตนาที่เป็นลายลักษณ์อักษร และผู้ตัดสินใจแทนเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่บอกความต้องการของผู้ป่วยให้แก่บุคคลที่เกี่ยวข้องทราบ การวางแผนดูแลล่วงหน้าช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตรงกับความต้องการ

การศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนการรักษาล่วงหน้าในต่างประเทศพบว่า มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจและความรู้ที่ถูกต้องในการวางแผนดูแลล่วงหน้า รวมถึงการรับรู้สิทธิในการเลือกวิธีการต่าง ๆ ในการรักษาเป็นแนวทางในการปฏิบัติแก่บุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วย

การดูแลสุขภาพชุมชนเป็นการบริหารและจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่ในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ เมื่อเจ็บป่วยสามารถแสวงหาการดูแลจากรัฐได้อย่างเหมาะสม[10] พยาบาลผู้ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนเป็นทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยในชุมชนมากที่สุดเป็นบุคคลหนึ่งที่มีบทบาทในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนในทุกช่วงวัย รวมไปถึงการเตรียมความพร้อมในการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า (Advance care planning) เพื่อการตายดี (Peaceful death) การดูแลแบบประคับประคองและจริยธรรมในการดูแลเข้าด้วยกัน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงระยะท้ายของ ผ่านการแสดงเจตจำนงของผู้ป่วยในขณะที่ยังสามารถสื่อสารความต้องการ

โรงพยาบาลบางปลาม้า เป็นโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ จังหวัดสุพรรบุรี ขนาด 60 เตียง ให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เป็นภารกิจสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขและเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีจุดเน้นสำคัญคือผู้ป่วยได้การวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) และจากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เสียชีวิตในปี 2565 จำนวน 68 รายพบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 76 ที่ไม่ได้กำหนดการวางแผนการรักษาล่วงหน้า ครอบครัวต้องตัดสินใจแทนและได้เลือกการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตถึงร้อยละ 24 ผู้วิจัยเป็นทีมสุขภาพที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้เห็นถึงความสำคัญของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลบางปลาม้า เพื่อให้ผู้ป่วยได้กำหนดแผนการดูแลในระยะท้ายด้วยตนเองที่สอดคล้องกับการดำเนินโรคและได้มีชีวิตในระยะท้ายอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และนำแนวทางการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบไปพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลบางปลาม้า
2. เพื่อศึกษาการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการวางแผนดูแลล่วงหน้า
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (POS)ที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนดูแลล่วงหน้า
4. เพื่อศึกษาความพอใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อการดูแลที่ได้รับบริการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนดูแลล่วงหน้า

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนดูแลล่วงหน้า และศึกษาการ

รับรู้ถึงคุณภาพชีวิต ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (POS) และความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะท้ายต่อการดูแลที่ได้รับตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนดูแลล่วงหน้า โรงพยาบาลบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนกันยายน 2566 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.กลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ประชากร คือ ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยอยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต มีอาการแสดงที่รุนแรงและบ่งชี้ว่าจะมีชีวิตอยู่ไม่นาน ระยะของโรคดำเนินมาถึงขั้นสุดท้าย อาการและอาการแสดงที่เกิดไม่สามารถควบคมได้ต่อไป (Berry, Griffie, Heidrich, 2002) และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่าการเจ็บป่วยถึงขั้นต้องสูญเสียชีวิต จำเป็นต้องให้การรักษาแบบประคับประคองและการดูแลอย่างใกล้ชิด เมื่อมีการติดตามการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่อง พบว่าอาการและการดำเนินโรคมีแนวโน้มแย่ลง การพยากรณ์โรคเป็นไปในทางที่เลวลง มีโอกาสเสียชีวิตสูง (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2547, สถาพร ลีลานันทกิจ , 2547) และได้รับการรักษาแบบประคับประคองที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี ในระหว่างเดือน 1 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

จากงานวิจัยที่เคยศึกษา พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 10 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าคะแนนคุณภาพชีวิต เท่ากับ 15 กำหนด α ที่ 0.050 และอำนาจการทดสอบ (1-β) เท่ากับ 0.950 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร

$$n = \frac{(Z\alpha + 2\beta)^2\, 2\delta}{g^2}$$

n คือ ขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

δ คือ ความแปรปรวนของตัวแปรตาม

g คือ ผลต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามระหว่าง 2 กลุ่มที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหรือยอมรับได้ทางคลินิก (กำหนดขึ้นหรือดูจากงานวิจัยที่เคยศึกษา)

$Z\alpha$ คือ ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางการแจกแจงปกติที่สอดคล้องกับ α ที่กำหนด ในงานวิจัยนี้กำหนด α = .05 ค่า Z=1.645

2β คือ ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางการแจกแจงปกติที่สอดคล้องกับ β ที่ กำหนดขึ้น เช่น β = .10 ค่า Z =1,282

แทนค่าในสูตร n= 39

ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มก่อนใช้แนวทางและกลุ่มหลังใช้แนวทาง กลุ่มละ 40 คนรวมสองกลุ่มเท่ากับ 80 คนโดยมีเกณฑ์การคัดเข้าการวิจัย คือ 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) รู้สึกตัวดีสามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ 3) ผู้ป่วยระยะท้ายทุกโรคทุกชนิดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี 4) มีระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประดับประคองฉบับสวนดอก (Palliative Performance Scale for Adult Suandok [PPS-Adult Suandok) ร้อยละ 40 ถึง 60 5) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ มีอาการปวดที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือมีปัญหาด้านจิตใจโดยใช้แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale [Thai HADS) ซึ่งหากคะแนนรวมมากกว่า 11 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

3. กลุ่มผู้ดูแล

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และเป็นผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส 751.5) ที่มาใช้บริการที่

โรงพยาบาลบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี ในระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2567 จำนวน 40 คน

4. ผู้ให้บริการการดูแลแบบประคับประคอง ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 10 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบเต็มเวลาและผ่านการอบรมเฉพาะทาง PC จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพ PCWN หน่วยบริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกจำนวน 5 คน พยาบาลผู้รับผิดชอบในงานชุมชน จำนวน 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง องค์ประกอบ คือ 1) การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย 2) การให้ข้อมูลและ ทางเลือกในการดูแลรักษา 3) สนับสนุนการตัดสินใจ 4) การวางแผนการดูแล 5) การสนับสนุนให้ได้รับการดูแลตามแผน และ 6) การประเมินเพื่อยืนยันความ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการจัดการความปวด 1 คน พยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการคูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 คน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครื่องมือผลลัพธ์ 1 คน ในการวิจัยครั้งนี้จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา สิทธิในการรักษา การวินิจฉัยโรคและการรักษาที่ได้รับ

2) แบบตรวจสอบการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยการปฏิบัติ 6 ข้อ คือ 1) การริเริ่มพูดคุยกับแพทย์/พยาบาลเกี่ยวกับดูแลในอนาคต 2) การหารือกับแพทย์/พยาบาลในรายละเอียดเกี่ยวกับแผนการดูแลในอนาคต 3) การหารือกับแพทย์/พยาบาลเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษาดูแลในอนาคต 4) การทบทวนถึงข้อดี/ ข้อเสียของการวางแผนการดูแลในอนาคต 5) การแจ้งให้ญาติได้ทราบถึงความประสงค์เกี่ยวกับการดูแลในอนาคต และ 6) การตัดสินใจเลือกคนที่จะเป็นผู้ตัดสินใจแทนในอนาคต ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) คือ ปฏิบัติ/ไม่ได้ปฏิบัติ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .87 และหาความเชื่อมั่นโดยวิธีทดสอบความตรงกันของผู้ประเมิน (Interater reliability) ระหว่างผู้วิจัยสองคนโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 10 คนที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางปลาม้า ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86

3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับบริการพยาบาลสร้างโดยนงลักษณ์ สุวิสิษฐ์ สมจิต หนุเจริญกุล (2554) ประกอบด้วยรายการคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับ จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 6 ระดับ ตั้งแต่ ไม่พึงพอใจ พึงพอใจน้อยที่สุด (1) ถึงพึงพอใจมากที่สุด (5)

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validlity index) เท่ากับ .96 และหาความเชื่อมั่นโดยทดสอบความสอดคล้องภายในโดยทดสอบกับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 10 คน ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางปลาม้า ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษานำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นอัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .96

4) แบบวัดคุณภาพชีวิตใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตทางสุขภาพแบบทั่วไป shot form : SF-36 (วัชรี และปารณีย์, 2548) วัดสถานะทางสุขภาพ 10 ด้าน จำนวน 36 ข้อ เป็นแบบข้อให้เลือกตอบ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .86 และหาความเชื่อ มั่นโดยทดสอบความสอดคล้องภายในโดยทดสอบกับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 10 คน ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางปลาม้า ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษานำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นอัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .90

5) แบบประเมินผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (POS)ใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เนื้อหาประกอบด้วย ข้อคำถาม 12 ข้อ ได้แก่ คำถามปลายปิด 10 ข้อ ในแต่ละข้อ มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับคะแนน ได้แก่ 0 คะแนน คือ ไม่มีอาการ/ได้ข้อมูลเต็มที่ 1 คะแนน คือ เล็กน้อย/นานๆครั้ง 2 คะแนน คือ บางครั้ง 3 คะแนน คือ รุนแรงเป็นส่วนใหญ่ และ 4 คะแนน คือมากมาย/รู้สึกไม่ดีกับ ตัวเองเลย/เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน/ปัญหาไม่ได้รับการช่วยเหลือ และคำถามปลายเปิด 2 ข้อ ซึ่งไม่นำมาคิดคะแนน เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการทดสอบหาความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือ จากฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

6) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของกองการพยาบาล (กองการพยาบาล, 2562) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประมาณรวมค่า 5 ระดับ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย พึงพอใจน้อยที่สุด ไม่พึงพอใจ เกณฑ์เกณฑ์การให้คะแนนพึงพอใจมากที่สุด 5 คะแนน พึงพอใจ มาก 4 คะแนน พึงพอใจปานกลาง 3 คะแนน พึงพอใจน้อย 2 คะแนน พึงพอใจน้อยที่สุด 1 คะแนน มีรายการคำถาม จำนวน 10 ข้อคำถาม หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbachialpha coefficient ได้ค่าเท่ากับ 0.90

7) แบบบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลแบบประคับประคอง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากมาตรฐานการพยาบาลของสำนักการพยาบาล พร้อมกำหนดเกณฑ์เป้าหมายจำนวน ตัวชี้วัดประกอบด้วย 1) ร้อยละผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ที่มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร 2) ร้อยละของครอบครัวผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย ภายใน 30 วัน 3) ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล 4) ร้อยละของพยาบาลประคับประคองของหน่วยงานปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนด

3. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

1) แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Palliative Performance Scale for Adult Suandok Suandok (PPS-Adult Suandok) แปลเป็นภาษาไทยโดย คณะกรรมการแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางปลาม้า การประเมินในระยะแรกรับ (initial assessment) และประเมินหลังจากนั้นทุกสัปดาห์หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง โดยมีการประเมินผู้ป่วยใน 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหวกิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร และความรู้สึกตัวเพื่อใช้ติดตามผลการรักษา ประเมินภาระงานของผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งแบ่งระดับความต้องการของผู้ที่ได้รับการดูแลแบบประดับประคอง ออกเป็น 11 ระดับ โดยให้คะแนนเป็นร้อยละ คะแนนที่ได้นำมาใช้เพื่อประเมินพยากรณ์ โรคและติดตามผลการดูแล ผู้วิจัยใช้คะแนนร้อยละ 40 ถึง 60 เป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าการวิจัย

2) แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย [Thai HADSJ) มีลักษณะเป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับวัดอาการวิตกกังวล 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขกี่ทั้งหมด และสำหรับอาการวัดซึมเศร้าอีก 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0-3 คะแนน การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามีพิสัยของคะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0-21 คะแนน โดยแบ่งเป็นช่วงของคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 0-7 คะแนน ถือว่าไม่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า 8-10 คะแนน ถือว่ามีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติ 11-21 คะแนน ถือว่ามีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่ถือว่าเป็นความผิดปกติการคิดคะแนนและแปลผลในการวิจัยครั้งนี้จะถือคะแนนรวมตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป ว่ามีอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าและจะไม่คัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและพิสัย เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของกลุ่มและหลังใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้สถิติทดสอบด้วย independent t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ COA NO41/2566 วันที่รับรอง 12 กันยายน 2566

ผลการศึกษา

ผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบางปลาม้า

ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบางปลาม้า เป็นระยะเวลา 2 เดือน ผลการวิจัย ดังนี้

ผลลัพธ์ของในการใช้แนวปฏิบัติ คือ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่างหรือภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ สำหรับผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ในการศึกษาครั้งนี้มีการประเมินผลลัพธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 10 ด้าน แบ่งเป็น 2 สถานะ คือ สถานะสุขภาพด้านร่างกาย ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท ด้านความเจ็บปวดทางร่างกาย ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป และสถานะสุขภาพด้านจิตใจ ประกอบด้วย ด้านพละกำลัง ความเหนื่อยล้า ด้านภาวะทางอารมณ์ ด้านการรับรู้หน้าที่ ด้านปัญหาทางสุขภาพ และด้านคุณภาพชีวิตทั้งหมดเมื่อเปรียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนดูแลล่วงหน้าและกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนดูแลล่วงหน้า พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสถานะสุขภาพด้านร่างกายและสถานะสุขภาพด้านจิตใจ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 1และ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตสถานะทางสุขภาพ 10 ด้าน ของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนดูแลล่วงหน้าและกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนดูแลล่วงหน้า

คุณภาพชีวิต	กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ		กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ		t	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.		
สถานะสุขภาพด้านร่างกาย						
1. ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	5.50	1.32	5.12	1.14	1.36	0.177
2. ด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท	5.75	0.87	5.35	0.97	1.93	0.057
3. ด้านความเจ็บปวดของร่างกาย	6.17	1.08	3.30	0.56	14.88	0.000
4. ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม	5.97	0.69	5.42	0.68	3.58	0.011
5.ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป	6.00	0.72	4.12	1.1	8.95	0.000
สถานะสุขภาพด้านจิตใจ						
1. ด้านพละกำลังความเหนื่อยหล้า	5.42	0.93	4.78	0.25	336	0.738
2. ด้านภาวะทางอารมณ์	5.97	0.57	5.66	0.87	2.26	0.026
3.ด้านการรับรู้หน้าที่	5.74	1.25	5.63	0.49	1.61	0.111
4.ด้านปัญหาทางสุขภาพ	5.92	0.57	5.78	0.69	2.45	0.018
5.ด้านปัญหาคุณภาพชีวิต	6.07	0.62	4.56	0.4	2.95	0.004

*P<0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนดูแลล่วงหน้าและกลุ่มก่อนใช้แนวทางจำแนกตามคุณภาพชีวิต10 ด้าน คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต	กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ		กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ		t	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.		
สถานะสุขภาพด้านร่างกาย	30.52	2.06	27.30	1.68	7.66	0.000
สถานะสุขภาพด้านจิตใจ	29.40	2.58	25.12	2.66	7.28	0.000

*P<0.05

ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (POS)

ผลการทดสอบความแตกต่างผลลัพธ์ของการดูแลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า ค่าคะแนนความรุนแรงเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome :POS) หลังการใช้แนวทางในภาพรวมค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P< .05) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์ของใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ประเด็น	N	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		หลังใช้แนวปฏิบัติ		p-value
		$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.	
ผลลัพธ์ของการดูแล (POS)	40	31.3	.39	26.1	.47	0.000*

*p <0.01

ความพึงพอใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระดับความพึงพอใจของของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนดูแลล่วงหน้าในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.47, SD = 0.640) โดยประเด็นความพึงพอใจมากที่สุด ได้รับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ($\bar{X}$ = 4.47, SD - 0.640) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อย คือ วิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ($\bar{X}$= 4.27, SD = 0.594)

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบางปลาม้า ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมตามบริบท ผลวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบางปลาม้า พบว่า โดยสถานะสุขภาพด้านร่างกายของกลุ่มใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีคุณภาพชีวิตปานกลางร้อยละ 75.0 สถานะสุขภาพด้านจิตใจคุณภาพชีวิตปานกลางร้อยละ 62.5 กลุ่มก่อนใช้แนวทางสถานะสุขภาพด้านร่างกาย มีคุณภาพชีวิตปานกลางร้อยละ 40.0 สถานะสุขภาพด้านจิตใจคุณภาพชีวิตปานกลางร้อยละ32.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มารยาท สุจริตวรกุล[11,12] พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 89.1

ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care outcome scale :POS) พบค่าคะแนนความรุนแรงเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome:POS) หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในภาพรวม ค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P< .05) ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลงความรู้สึกหงุดหงิดหรือกังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยลดลงครอบครัวมีความกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วยลดลงผู้ป่วยมีเศร้าใจลดลง และผู้ป่วยรู้สึกดีกับตัวเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มารยาท สุจริตวรกุล (2562) พบว่า คะแนนความรุนแรงเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome :POS) หลังปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05)

ความพึงพอใจของความพึงพอใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระดับความพึงพอใจของของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนดูแลล่วงหน้าในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (X = 4.47, SD = 0.640) โดยประเด็นความพึงพอใจมากที่สุด ได้รับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย (X = 4.47, SD - 0.640) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อย คือ วิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (X = 4.27,SD = 0.594) สอดคล้องกับการศึกษาของ มารยาท สุจริตวรกุล[11] ภาพรวมของความพึงพอใจในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในระดับพึงพอใจมาก

แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจ และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการดูแลล่วงหน้า สอดคล้องกับแนวคิดของ Kirschner ,2005& Starks,2007 อ้างใน พรเลิศ ฉัตรแก้ว[12]กล่าวว่า เป็นกระบวนการที่มีจุดหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับคุณค่า ความปรารถนาและเป้าหมายในการดูแล (goals ofcare) ของผู้ป่วย ทั้งนี้ผลที่เกิดขึ้นเนื่องจาก การจัดบริการในโรงพยาบาลบางปลาม้า เน้นการจัดการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นจุดตั้งต้นทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายทุกรายได้กำหนดเป้าหมายและตัดสินใจเรื่องการรักษาร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ

1. หากต้องการผลลัพธ์ที่ดีขึ้นควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองรายโรคเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและควรมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ และมีกระบวนการนิเทศทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำผลการนิเทศมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น

2. ควรเสนอเป็นนโยบายนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองนี้ไปขยายผลการดูแล ผู้ป่วยแบบประคับประคองในระดับเขตสุขภาพที่ 4

เอกสารอ้างอิง

1. Office of the National Health Commission. (2019). A handbook of health service providers: laws and practices related to the care of the palliative care. 5th printing TQP.
2. U.S. Department of Health and Human Service. (2019). Advance care planning: Health care Directives. Retrieved October 10, 2021from https://www.nia.nih.gov/health/advance-careplanning-healthcare-directives#decisions Accessed on February 25, 2020.
3. Tipkanjanaraykha, K., Saleekul, S., Apisitwasana, N., & Thiammok, M. (2017). Advance Care Planning for Peaceful Death. Journal of Boromarajonani College of Nursing,33(3). (in Thai).
4. Fan, S. Y., Sung, H. C., & Wang, S. C. (2019). The experience of advance care planning discussion among older residents in a long-term care institution: A qualitative study. Journal of Clinical Nursing, 3-7. https://doi:10.1111/jocn.14936.
5. พรพิมล เลิศพานิช, อาภาพร นามวงศ์พรหม, และ น้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2560). ประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกล ลามที่ได้เคมีบำบัด. วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย วิทยาศาสตร์และเทค โนโลยี), 6(I), 45-55.
6. Thapanakulsuk, P. (2020). Advance care planning: important issue of geriatric palliative care. Journal of Nursing Science & Health, 43(3), 12-23.
7. Siriloadjanamanee,K.,Soivong, P.,& Phornphibul, P. (2019). Breaking Bad News in Palliative Care: Integrative Review. Nursing Journal, 46(3), 71-85. (in Thai).
8. Akkadechanunt, T., & Phornphibul, P. (2018). Effectiveness of Implementing Clinical Practice Guideline for Palliative Care in Cancer Patients. Nursing Journal, 45(3), July-September: 68-82. (inThai).
9. National Statistical Office Thailand. (2020). Report of the elderly population in Thailand 2019. Bangkok. (in Thai)
10. Junchom,K., Sangsai,Y., &Polsavat,B. (2021).Empowering family and community in end–of-lifecare: important role of nurses.Journal of Health Science Boromarajonani College ofNursing Sunpasitthiprasong, 5(2), 12-24.
11. มารยาท สุจริตวรกุล. (2562). ผลของการใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ของการดูแลของผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลชลบุรี. วารสารโรงพยาบาล
12. พรเลิศ ฉัตรแก้ว.(2556). การวางแผนล่วงหน้าเพื่อแสดงความปรารถนาในวาระสุดท้ายของชีวิต. ลักษมีชาญเวชช์ดุสิตสถาวร (บรรณาธิการ). The DAWN of PALLIATIVE CAER in THAILAND. (189-198). กรุงเทพฯ: บริษัทบียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์จ

การสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะ 3 คลินิกอายุรกรรม งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

Results of health literacy in patients with chronic kidney disease stage 3 to slow down kidney deterioration in Medicine Clinic Outpatient nursing work of Phonphisai hospital, Nong Khai Province.

(Received: June 17,2024 ; Revised: June 18,2024 ; Accepted: June 19,2024)

ศิริวรรณ สิงหศิริ[1], เพ็ญจันทร์ โฮมหงษ์[1], นงค์นุช โฮมหงษ์[1]
Siriwan Singhasiri[1] , Penjan Homehong[1], Nongnuch Homehong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบและประเมินผลของการสร้างเสริม ความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะ 3 คลินิกอายุรกรรม งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ทำการศึกษาในช่วงเดือนมกราคม-มิถุนายน ปี 2566 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 127 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพ 7 ด้าน และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ paired t test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพในภาพรวม ทั้ง 7 ด้าน เพิ่มขึ้นเป็น 31.95 คะแนน อยู่ในระดับมาก และมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$, $t=11.05$ ความพึงพอใจเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.67 คะแนน อยู่ในระดับ ระดับความพึงพอใจเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$, $t=6.01$

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3, ความรอบรู้ทางสุขภาพ, การชะลอไตเสื่อม

Abstract

This research is quasi-experimental research. Aim to compare and evaluate the results of the promotion. Health knowledge to slow down kidney deterioration in patients with chronic kidney disease, stage 3, internal medicine clinic Outpatient nursing work Phon Phisai Hospital Nong Khai Province. Sample group size 127 patients with stage 3 chronic kidney disease. Research tools included: Data were collected by 7 aspect health literacy measure and a satisfaction assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics. And compare the data between before and after the experiment using paired t test statistics.

The results of the study found that after promoting health literacy Overall health literacy in all 7 areas increased to 31.95 points, at a high level. and the average score increased with statistical significance, $p < .05$, $t=11.05$. The average satisfaction increased to 4.67 points, in the level. The average satisfaction level increased with statistical significance, $p < .05$, $t=6.01$

Keywords: Chronic kidney disease stage 3, health literacy, slowing down kidney deterioration

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง ถือว่าเป็นปัญหาในระดับโลกและระดับประเทศ ปัจจุบันมีผู้ป่วยมากกว่า 800 ล้านคนทั่วโลก เนื่องจากมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในหลายประเทศเพิ่มเพิ่มขึ้นมากกว่า ร้อยละ 10 ของประชากร และยังเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ[1] โดยพบว่ามีผู้เสียชีวิตจาก โรคไตเรื้อรัง ปีละ 1.4 ล้านคน เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 10 ของโลก ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไตสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การรักษามีเพียงการบำบัดทดแทนไต หรือการปลูกถ่ายไต และพบ

[1] โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

มากในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต[2]

ประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 17.5 ในช่วงปี 2559-2566 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรัง เพิ่มขึ้น ประมาณร้อยละ 28 ส่วนมากพบผู้ป่วยโรคไต ระยะที่ 1 ความผิดปกติที่พบส่วนมาก คือ การรั่วของโปรตีนอัลบูมิน พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับปานกลางร้อยละ 6.4 และระดับรุนแรง 0.2 ของประชากรไทย[3] โรคไตวายเรื้อรังนับว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีความสิ้นเปลือง และเป็นภาระในระบบสาธารณสุขไทย ไตวายเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น การบำบัดทดแทนไตเพิ่มสูงขึ้น ในปี 2566 มีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต 3,356 ต่อประชากรล้านคน พบผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำนวน 21,861 คนในปี 2566 คน มีเพียงร้อยละ 1.62 เท่านั้นที่ทราบว่าตนเองป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง[4] โรคไตวายเรื้อรังนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญควรได้รับการแก้ไขโดยเร็ว ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมในระยะยาว การรักษาโรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายมีค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องแบกรับและรัฐบาลต้องสนับสนุนงบประมาณค่าใช้จ่ายสูง โรคไตเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่ไตถูกทำลาย ค่อยๆ สูญเสียการทำงานอย่างต่อเนื่องจนไม่สามารถฟื้นกลับมาทำงานได้ เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่จะเกิดการคั่งของของเสีย ต้องได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต ส่งผล กระทบในหลายๆด้าน การรักษาจึงมุ่งเน้นที่การชะลอการเสื่อมของไต ซึ่งผู้ป่วยไตระยะที่ 3 สามารถ คืนสู่ระยะที่ 2 หรือ ระยะที่ 1 ได้ หากมีการดูแลตนเองที่ดี ดังนั้นจึงควรมีการให้ความรอบรู้ทางสุขภาพในการชะละความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง[5]

การให้ความรอบรู้ทางสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ทำให้ไม่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไตจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ และมีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังได้เป็นอย่างดี โดย ซึ่งการตรวจคัดกรอง ส่งปรึกษาและส่งต่อ เพื่อให้สามารถวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังได้ตั้งแต่ระยะแรกของโรค และพบแพทย์โรคไตได้ทันเวลา สามารถยืดระยะเวลาการเกิดโรคไตเรื้อรัง ลดการบำบัดทดแทนไต เพิ่มการประเมินภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรัง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง[6] การรักษาโรคไตเรื้อรัง นับว่าใช้งบประมาณสูงถึง ร้อยละ 70 ของค่ารักษาพยาบาลในโรคไม่ติดต่อทั้งหมด โดยมีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ Service plan โรคเรื้อรังในแต่ละสาขาเป็นผู้ผลักดันนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและได้บูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน โดยร่วมกันดูแลสุขภาพประชาชน สร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ เพื่อลดผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ และชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และลดผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ตลอดจนมีการเฝ้าระวังให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล และพัฒนาแผนการป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรัง เป็นทศวรรษการป้องกันโรคไต[7]

โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ในปี 2564-2566 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 3,422 คน 3,891 คน และ 5,686 ตามลำดับ นับว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในปี 2566 พบผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 2 จำนวน 623 และระยะที่ 3 จำนวน 497 คน ระยะที่ 4 จำนวน 121 คน และระยะที่ 5 จำนวน 24 คน การบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 37 ราย การล้างไตทางช่องท้องจำนวน 9 ราย การวิเคราะห์จากแฟ้มผู้ป่วยพบว่ามีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน บวม คันตามร่างกาย จากการวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยพบหลายปัจจัย เช่น ขาดความรอบรู้ทางสุขภาพ ยาที่ใช้ในการรักษา พฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การติดตามอาการ[8]

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และข้อมูลทางสถิติดังกล่าว ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญในการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคไต เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3 คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลโพนพิสัย โดยมีการกระบวนหากให้ผู้ป่วยได้มีความรอบรู้ทางสุขภาพในแต่ละด้าน

นำไปสู่การดูแลตนเองที่ถูกต้อง มีทักษะในการดูแลตนเองมากขึ้น สามารถควบคุมชะลอความเสื่อมของไต ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ก่อนและหลังการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจ ก่อนและหลังเข้าการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) แบบ 2 กลุ่ม โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลการความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลโพนพิสัย จำนวน 497 คน ระหว่าง เดือน มกราคม-มิถุนายน ปี 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลโพนพิสัย จำนวน 127 คน ระหว่าง เดือน มกราคม-มิถุนายน ปี 2566 คำนวณจากสูตรการประมาณค่าสัดส่วน ดังนี้

สูตรประมาณค่าสัดส่วนเมื่อทราบจำนวนประชากร

$$n' = \frac{n}{1 + \frac{z^2 \times \hat{p}(1-\hat{p})}{\epsilon^2 N}}$$

เมื่อ n และ n' = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 1

z = ค่า z score จากการเปิดตาราง Z ที่ 95% แทนค่า = 1.96

ϵ = ค่า error ที่ยอมรับได้ แทนค่า = 0.05

$\hat{p}$ = สัดส่วนสูงสุดของการเกิดโรค แทนค่า = 0.5

N = ประชากรผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 แทนค่าประชากร= 497 คน

ผลการคำนวณ กลุ่มตัวอย่างของประชาชนทั้งหมด = 126.86 คน ดังนั้น จึงใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลโพนพิสัย จำนวน 127 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา ระยะการเป็นโรค และโรคประจำตัวร่วม

2. แบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 จำนวน 45 ข้อ 7 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้า จำนวน 10 ข้อ การเข้าถึงข้อมูลและบริการ จำนวน 5 ข้อ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ข้อ การจัดการเงื่อนไข จำนวน 5 ข้อ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ จำนวน 5 ข้อ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติต่อโรค 5 ข้อพฤติกรรมป้องกันโรคไตเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ

3. แบบประเมินความพึงพอใจในกระบวนการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ความรอบรู้ที่ได้รับ อัธยาศัยไมตรี ความเชื่อมั่นผูกพัน ศักยภาพของบุคลากร การประสานงาน การสื่อสาร การนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

การแปลผลเครื่องมือ ชุดเครื่องมือแบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพ และแบบสอบถามความพึงพอใจ ดัดแปลงจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดเกณฑ์ของบลูม[9] (Bloom) ในการแปลความหมาย ของคะแนนรวม เป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 ระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 60-79 ระดับมาก คะแนนร้อยละ 80-100

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตามความเห็นสอดคล้องมากหรือน้อยเพียงใด โดยใช้ค่า (Indexes of Item-Objective Congruence: IOC) จากผู้เชี่ยวชาญลงความเห็นว่าถูกต้อง 2 ใน 3 คำนวณจากค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) และได้ปรับปรุงตามคำแนะนำจำนวน 3 ท่าน โดยปรับปรุงจาการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม ได้ทดสอบความเที่ยง (Reliability) ในอำเภอข้างเคียง จำนวน 30 ชุด ให้ได้ค่า Cronbachs' alpha coefficient ได้ค่ามากกว่า 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และ ความรอบรู้ทางสุขภาพ ความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ความพึงพอใจ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 ก่อน-หลัง ได้รับโปรแกรมภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

ผลการวิจัย

ลักษณะทางประชากร ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 ส่วนมากเป็นเพศชาย ชาย 89 คน ร้อยละ 70.08 รองลงมา เพศหญิง จำนวน 38 คน ร้อยละ 29.92 ตามลำดับ อายุส่วนมากอยู่ในช่วงอายุ 71-75 ปี จำนวน 42 ร้อยละ 33.07 รองลงมาช่วงอายุ 76-80 ปี จำนวน 24 คน ร้อยละ 18.90 และช่วงอายุ 66-70 ปี จำนวน 19 คน ร้อยละ 14.96 ตามลำดับ อาชีพส่วนมาก ว่างงาน จำนวน 73 คน ร้อยละ57.48 รองลงมา ทำไร่ทำนา จำนวน 25 คน ร้อยละ 19.69 และ รับจ้างทั่วไป จำนวน 16 คน ร้อยละ12.60 ตามลำดับ นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด 127 คน ร้อยละ 100.00 การศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 86 คน ร้อยละ 67.72 รองลงมาไม่ได้ศึกษา จำนวน 16 คน ร้อยละ 12.60 และมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 14 คน ร้อยละ 11.02 ตามลำดับ ระยะเวลาการเป็นโรคไตเรื้อรัง ส่วนมาก 1-5 ปี จำนวน 92 คน ร้อยละ 72.44 รองลงมา 6-10 ปี จำนวน 32 คน ร้อยละ 25.20 และ 10 ปีขึ้นไป จำนวน 3 คน ร้อยละ 2.36 โรคประจำตัวร่วมส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 94 คน ร้อยละ 74.02 รองลงมา เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 46 คน ร้อยละ 36.22 และโรคไขมันในเลือด จำนวน 32 คน ร้อยละ 25.20 ตามลำดับ

ความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3 คลินิกอายุรกรรม งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ผลการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพในภาพรวม ทั้ง 7 ด้าน ภายหลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ เดิมมีคะแนนเฉลี่ย 28.98 คะแนน เพิ่มขึ้นเป็น 31.95 คะแนน อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจ เดิมมีคะแนนเฉลี่ย 5.14 คะแนน เพิ่มขึ้นเป็น6.63 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ เดิมมีคะแนนเฉลี่ย 3.77 คะแนน เพิ่มขึ้นเป็น 4.07 คะแนน อยู่ในระดับมาก ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ เดิมมีคะแนนเฉลี่ย 4.37 คะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 4.35 คะแนน อยู่ในระดับมาก ด้านการจัดการเงื่อนไขสุขภาพ เดิมมีคะแนนเฉลี่ย 4.06 คะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 4.41 คะแนน อยู่ในระดับมาก ด้านการเท่าทันสื่อและสารสนเทศ เดิมมีคะแนนเฉลี่ย 4.19 คะแนน เพิ่มขึ้นเป็น 4.43 คะแนน อยู่ในระดับมาก ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เดิมมีคะแนนเฉลี่ย 3.10คะแนน เพิ่มขึ้นเป็น 3.51 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง เดิมมีคะแนนเฉลี่ย 4.34 คะแนน เพิ่มขึ้นเป็น 4.55 คะแนน อยู่ในระดับมาก

ผลการทดสอบคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง

ระยะที่ 3 ก่อนและหลังการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น โดยค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพก่อนการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ อยู่ในระดับมาก (Mean ± SD = 28.98±2.53) คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพภายหลังการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก (Mean ± SD = 31.95±2.30) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพภายหลังการสร้างเสริมมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 11.05) ดังตาราง 1

ตาราง 1 คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 ก่อนและหลังการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย (n=127)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนเข้ารับการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ	28.98	2.53	11.05	<.001*
หลังเข้ารับการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ	31.95	2.30		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การประเมินความพึงพอใจในการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 ก่อนและหลังการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความพึงพอใจภายหลังการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจากระดับความพึงพอใจเฉลี่ย 4.38 ภายหลังเพิ่มขึ้นเป็น 4.67 คะแนน อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า พึงพอใจมากที่สุดในข้อ ความรอบรู้ที่ได้รับ มีระดับความพึงพอใจเฉลี่ย 4.81 คะแนน อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ระดับความพึงพอใจเฉลี่ย 4.76 คะแนน อยู่ในระดับมาก และความเชื่อมั่นผูกพันกับเจ้าหน้าที่ ระดับความพึงพอใจเฉลี่ย4 . 7 2 คะแนน อยู่ในระดับมาก ผลการทดสอบคะแนนความพึงพอใจก่อน-หลังการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ก่อนและหลังการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ พบว่า คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับมาก (Mean ± SD = 4.38±0.45) ภายหลังการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ ระดับความพึงพอใจเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับมาก (Mean ± SD = 4.66±0.37) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ระดับคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 6.01) ดังแสดงตาราง 2

ตาราง 2 คะแนนความพึงพอใจก่อน-หลังการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย (n=127)

ความพึงพอใจ	Mean	S.D.	t	p-value
ความพึงพอใจก่อนเข้ารับการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ	4.38	0.45	6.01	<.001*
ความพึงพอใจหลังเข้ารับการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ	4.66	0.37		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 ส่วนมากเป็นเพศชาย อายุส่วนมากอยู่ในช่วงอายุ 71-75 ปี อาชีพส่วนมากว่างงาน นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด การศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับประถมศึกษา ระยะเวลาการเป็นโรคไตเรื้อรังส่วนมาก 1-5 ปี โรคประจำตัวร่วมส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากเพศชายเป็นเพศที่มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคไต เนื่องจากวิถีชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยง ส่วนมากเป็นผู้สูงวัยและเป็นโรคไตในระยะที่ 3 จะเป็นมาแล้ว

โดยประมาณ 3-5 ปี และมาพร้อมกับโรคเรื้อรังอย่างเช่นโรคความดันโลหิตสูง ด้วยปัจจัยดังกล่าวทำให้การเสื่อมของไตเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับ ปวาสินี สุขเจริญ[10]

การสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกด้านที่เพิ่มมากที่สุด ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเท่าทันสื่อและสารสนเทศ ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าภายหลังการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพนำไปสู่พฤติกรรมการปฏิบัติด้วยตนเอง การเพิ่มทักษะการสืบค้นช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จากสื่อต่างๆได้ด้วยตนเอง และนำไปสู่การปฏิบัติได้ สอดคล้องกับ อนุชา ไทยวงษ์ และคณะ[11]

ความพึงพอใจภายหลังการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในภาพรวมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าพึงพอใจมากที่สุดในข้อความรอบรู้ที่ได้รับ การนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน และความเชื่อมั่นผูกพันกับเจ้าหน้าที่ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าระดับความพึงพอใจเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพทำให้เกิดความใกล้ชิดระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 สามรถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ และได้รับความรอบรู้ทางสุขภาพในหลายๆด้าน จนเกิดเป็นความชิน ความเชื่อมั่นในตนเองและเจ้าหน้าที่จนกลับไปทำเองต่อที่บ้านจึงเกิดเป็นความพึงพอใจอย่างมาก สอดคล้องกับ สุวรรณา สุรวาทกุล และคณะ[12]

ข้อเสนอแนะ

1. การสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3 คลินิกอายุรกรรม งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ผู้นำไปใช้ต้องปรับให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลตนเอง โดยสนับสนุนความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงสื่อสารสนเทศ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2. ควรมีการส่งเสริมความพึงพอใจควบคู่กับการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเป็นสำคัญจึงจะประสบผลสำเร็จได้

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อให้ทราบถึงความแตกต่าง และหาแนวทางการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและบุคลากรในโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนพิสัย นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Csaba P Kovesdy. Epidimeology of chronic kidney disease: an update 2022 Kidney Int Suppl. 2022.
2. Centers for Disease Control and Prevention. United States; C2021. Chronic Kidney Disease in the United States; 2021.
3.Thai-SEEK Group. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. Nephrol Dial Transplant. 2010.
4. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2566.

5. Hamler, T. C., Miler, V. J., & Petrakovitz, S. Chronic Kidney Disease and Older African American Adults: How Embodiment Influences Self-Management. Geriatrics. 2018
6. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2558; 2558.
7. เกียรติภูมิ วงศ์รจิต. สธ. ร่วมกับภาคีเครือข่าย รณรงค์วันไตโลก ปี 2565 “เสริมสร้างภูมิความรู้ ควบคู่การดูแลไต. 2565.
8. โรงพยาบาลโพนพิสัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC). 2566.
9. Bloom, B.S. Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1971.
10. ปวาสินี สุขเจริญ. ผลของการให้ความรู้เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 3 โรงพยาบาลเกาะสมุย. วารสารโรงพยาบาลเกาะสมุย. 2566;1(1): 1-18.
11. อนุชา ไทยวงษ์ และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2565;40(3): 44-53.
12. สุวรรณา สุรวาทกุล และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 อำเภอนาดูน. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2563;40(7): 129-143.

ผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร

Effects of Discharge Planning Program in the uncontrolled type 2 diabetes patients at Khamtakla Hospital, Khamtakla District, Sakon Nakhon Province.

(Received: June 17,2024 ; Revised: June 18,2024 ; Accepted: June 19,2024)

เกษร บัวขันธ์[1]
Kasorn Buakhan

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวเปรียบเทียบก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และนอนรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน 2567 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 33 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบก่อนและหลัง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test สำหรับความรู้ และ Paired t-test สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือด

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.50 อายุเฉลี่ย 60.58 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 75.76 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 57.57 มีโรคร่วมคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 54.55 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: โรคเบาหวานชนิดที่ 2, การวางแผนจำหน่าย, การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

Abstracts

This was a quasi-experimental research study using a one-group pretest-posttest design. The objective was to study the effects of a discharge planning program for type 2 diabetic patients with uncontrolled blood sugar levels at Khamtakla Hospital, Khamtakla District, Sakon Nakhon Province. The sample group consisted of 33 type 2 diabetic patients with uncontrolled blood sugar levels who were admitted to the inpatient department between January and April 2024, selected by purposive sampling. The data collection tools included a general information questionnaire, a questionnaire on knowledge about type 2 diabetes, and a self-care behavior questionnaire. Data analysis used descriptive statistics and inferential statistics to compare pre- and post-intervention scores, using the Wilcoxon signed-rank test for knowledge and the paired t-test for self-care behavior and blood sugar levels.

The research results showed that most of the sample were female (54.50%), with an average age of 60.58 years, primary education level (75.76%), and agricultural occupation (57.57%). 54.55% had a comorbidity of hypertension, and none of the samples were readmitted within 28 days after discharge. The mean scores for knowledge and self-care behavior were significantly higher after the intervention at the 0.05 level, and the mean blood sugar level was significantly lower after the intervention at the 0.05 level.

KeyWord: Type 2 Diabetes**,** Discharge Planning, Blood Sugar Control

[1] โรงพยาบาลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก โรคนี้เกิดจากความผิดปกติของการผลิตอินซูลินหรือการตอบสนองของร่างกายต่ออินซูลิน ซึ่งนำไปสู่ระดับน้ำตาลในเลือดสูง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายเรื้อรัง และการสูญเสียการมองเห็น ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ไม่เพียงแต่ลดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ยังเพิ่มภาระทางเศรษฐกิจต่อระบบสาธารณสุขอย่างมาก ในปี 2023 องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่ามีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 463 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจำนวนนี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคนในปี 2045 [1] สำหรับประเทศไทยเองมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 300,000 รายต่อปี ในช่วงปี 2560-2566 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในระบบทะเบียนเพิ่มจาก 2,655,956 ราย เป็น 3,484,487 ราย [2]

สถานการณ์โรคเบาหวานในอำเภอคำตากล้า ปี 2563-2566 ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ โดยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากอัตรา 523.98 ต่อแสนประชากรในปี 2563 เป็น 737.68 ในปี 2566 จำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในระบบทะเบียนเพิ่มจาก 2,230 รายเป็น 2,445 รายในช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งอาจมาจากการคัดกรองและวินิจฉัยที่ดีขึ้น ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลเพิ่มจากร้อยละ 2.99 เป็นร้อยละ 3.03 โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำเฉียบพลัน ซึ่งยังคงอยู่ในระดับสูงประมาณร้อยละ 43 นอกจากนี้ ยังพบอัตราผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันสูงถึงร้อยละ 18.60 ในปี 2565 แม้จะลดลงในปี 2566 แต่ก็ยังคงสะท้อนถึงปัญหาการควบคุมโรคที่ไม่ต่อเนื่อง [3] ซึ่งมีสาเหตุมาจากมาจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในการดูแลตนเองทั้งด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมา เป็นเพียงการพูดคุยหรือให้คำแนะนำสั้น ๆ ตามปัญหา และให้ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษาหรือเหตุการณ์เฉพาะหน้าในวันจำหน่าย เช่น การมาพบแพทย์ตามนัด การรับประทานยาตามแผนการรักษา แต่ยังขาดการประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับมานอนรักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นกระบวนการที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ การวางแผนจำหน่ายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองหลังจากออกจากโรงพยาบาล ลดโอกาสการกลับมารักษาซ้ำ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน การวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง การศึกษาหลายชิ้นยืนยันว่าการวางแผนจำหน่าย ช่วยเพิ่มความรู้ ปรับพฤติกรรม และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเบาหวานก่อนจำหน่าย เพื่อให้สามารถควบคุมโรคและดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น [4-8] ดังนั้น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของประเทศไทยที่มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลคำตากล้า จังหวัดสกลนคร เพื่อนำไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

3. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting plasma glucose) ของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

4. เพื่อศึกษาอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการศึกษานี้คือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลคำตากล้า หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร ในระหว่างเดือน มกราคม - เมษายน 2567 จำนวน 245 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และนอนรับการรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลคำตากล้า คำนวณขนาดตัวอย่างใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis) [9] กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) 0.95 ขนาดอิทธิพล (Effect size) d = 0.6 โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 33 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีคุณสมบัติในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยแพทย์ 2) ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) รหัส ICD 10 คือ E11.10 หรือหรือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) รหัส ICD 10 คือ E16.10 3) ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมโปรแกรมวางแผนจำหน่ายได้ 4) ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงอื่นๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อการเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยได้ 2) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจส่งผลกระทบต่อการเข้าร่วมโปรแกรม เช่น ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ 3)ผู้ป่วยที่ย้ายไปโรงพยาบาลอื่นหรือไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมตลอดระยะเวลาที่กำหนดได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ซึ่งใช้กระบวนการตาม D-METHOD

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ใช้เครื่องมือดังต่อไปนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ดังนี้ อายุ, เพศ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, อาชีพ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน, โรคร่วมที่มีอยู่, ประเภทของยาที่ใช้รักษา, ภาวะแทรกซ้อนที่เคยเกิดขึ้น (เช่น Hypoglycemia, Hyperglycemia) ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การมีเครื่องตรวจน้ำตาลที่บ้าน, ผู้ดูแลหลัก

2.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวาน สาเหตุการเกิดโรค การรักษา และการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบ “ถูก” ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบ “ผิด” ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน การแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดย

ประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom [10] ระดับสูง (12-15 คะแนน) ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน) ระดับต่ำ (0-8 คะแนน)

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีข้อคำถาม 20 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การใช้ยาตามแผนการรักษา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และการดูแลรักษาต่อเนื่อง แต่ละข้อคำถามมีคะแนน 1-5 คะแนน ข้อคำถามเชิงบวก ให้ 5 คะแนน เท่ากับปฏิบัติเป็นประจำ และ 1 คะแนน เท่ากับไม่ปฏิบัติ ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้ 5 คะแนนเท่ากับไม่ปฏิบัติ และ 1 คะแนน เท่ากับปฏิบัติประจำ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน ข้อมูลเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Interval scale) แบ่งเกณฑ์ประเมินเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom [10] ระดับดี (80-100 คะแนน) ระดับปานกลาง (60-79 คะแนน) ระดับควรปรับปรุง (20-59 คะแนน)

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือของปิยะนันท์ ศรีทิน [11] ซึ่งทำการวิจัยเรื่อง "ผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร" เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเอง แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน และพยาบาล 2 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ภาพรวมของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเองเท่ากับ 0.89 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ค่า IOC เท่ากับ 0.92

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เนื่องจากอำเภอคำตากล้าและอำเภอเจริญศิลป์เป็นอำเภอในจังหวัดสกลนคร เป็นโรงพยาบาลขนาดเท่ากัน มีขนาดประชากร ลักษณะประชากร และบริบทที่ใกล้เคียงและคล้ายกัน จึงขออนุญาตใช้เครื่องมือของปิยะนันท์ ศรีทิน[4] ซึ่งมีผลการทดสอบ (Try Out) แบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเอง ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.78 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.72 ซึ่งยอมรับได้

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1 เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานจากผู้ป่วย

1.1 เตรียมแบบสอบถาม จัดเตรียมแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง

1.2 คัดเลือกผู้ป่วย เลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

1.3 อธิบายวัตถุประสงค์ อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยให้ผู้ป่วยทราบ และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.4 แจกแบบสอบถาม แจกแบบสอบถามให้ผู้ป่วยกรอกข้อมูลพื้นฐาน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมวางแผนจำหน่ายตามกระบวนการ D-METHOD

2.1 D = Disease ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สาเหตุการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงแนวทางการรักษา

2.2 M = Medication อธิบายการใช้ยา ชื่อยา การออกฤทธิ์ของยา วิธีการใช้ยา ขนาดและปริมาณยา

ข้อควรระวังในการใช้ยา ผลข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนของการใช้ยา

2.3 E = Environment and economic การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสภาพแวดล้อมที่บ้านและในชุมชน รวมถึงการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์

2.4 T = Treatment อธิบายเป้าหมายในการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และทักษะในการดูแลตนเอง การเฝ้าระวังและสังเกตอาการผิดปกติ

2.5 H = Health ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อน

2.6 O = Outpatient อธิบายความสำคัญของการมาตรวจตามที่แพทย์นัดและการดูแลเมื่อเกิดอาการผิดปกติ

2.7 D = Diet ให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกและประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานและข้อจำกัดด้านสุขภาพ

3. ประเมินผลหลังการเข้าร่วมโปรแกรม เก็บข้อมูลหลังเข้าร่วมโปรแกรม ใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบก่อนและหลังโดยความรู้ใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดใช้สถิติ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่ SKN REC 2024-051 วันที่รับรอง 16 มกราคม 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.50 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 60.58 ปี กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 60-69 ปี ร้อยละ 27.27 สถานภาพสมรส อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 66.67 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 75.76 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 57.57 โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 54.55 ดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 39.39 ระยะเวลา การเป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่อยู่ในช่วงน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 42.42 เฉลี่ยระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน 8.15 ปี ยาเบาหวานส่วนใหญ่เป็นยารับประทาน ร้อยละ 63.64 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 36.36 เคยมีภาวะHypoglycemia ร้อยละ 63.64 เคยมีภาวะHyperglycemia ร้อยละ 54.55 ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ร้อยละ 60.61 ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่พบมากที่สุด คือ ไตวายเรื้อรัง ระยะ 4-5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีเครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 96.97 และพบว่าหลังการได้รับโปรแกรมไม่มีกลุ่มตัวอย่างกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนได้รับโปรแกรมวางแผนก่อนจำหน่าย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 48.48 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 27.27 และระดับต่ำ ร้อยละ 24.24 ตามลำดับ หลังได้รับโปรแกรมวางแผนการจำหน่าย พบว่า มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 96.97 มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 3.03 และไม่พบมีความรู้ในระดับต่ำ

ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนรับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานมากขึ้นหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย

ตัวแปร	รูปแบบโปรแกรม	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	P
ความรู้ก่อนได้รับโปรแกรม -	Negative Ranks	33[a]	17.00	561.00	-5.049	.000*
ความรู้หลังได้รับโปรแกรม	Positive Ranks	0[b]	.00	.00		
	Ties	0[c]				
	Total	33				

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 100 และหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.64 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ร้อยละ 36.36

ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย เท่ากับ 70.97 คะแนน (S.D.=5.10) และค่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย เท่ากับ 76.76 คะแนน (S.D.=4.13) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย ด้วยวิธีการทางสถิต Paired t-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นั้นคือกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย ดังตารางที่ 2

ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Plasma Glucose) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการลดระดับน้ำตาลในเลือดแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมวางแผนจำหน่ายช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมวางแผนจำหน่าย

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		df	t-test	p
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	70.97	5.10	76.76	4.13	32	-10.76	.000*
*FPG	195.70	66.86	155.15	38.07	32	3.48	.001**

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยนี้ พบว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ด้วยโปรแกรม D-METHOD มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย รวมถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้าอย่างมีนัยสำคัญ

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังจากผู้ป่วยได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแสดงให้

เห็นว่าโปรแกรม D-METHOD สามารถให้ความรู้ที่ครอบคลุมและเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย การศึกษาของ ศิริมา มณีโรจน์ [8] พบว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสามารถเพิ่มความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของเราที่พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรมการดูแลตนเอง การปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมวางแผนจำหน่ายพบว่า ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามแผนการรักษา การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่บ้าน การเลือกอาหารที่เหมาะสม และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น การศึกษาของ รัตนา นิลเลื่อม และคณะ [5] ยืนยันว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีประสิทธิภาพในการปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสนับสนุนผลการวิจัยของเราที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมวางแผนจำหน่ายต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ การลดระดับน้ำตาลในเลือดแสดงให้เห็นว่าโปรแกรม D-METHOD ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น การศึกษาของ ปิยะนันท์ ศรีทิน [4] พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ซึ่งสนับสนุนผลการวิจัยของเราที่พบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

จากผลการวิจัยนี้สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรม D-METHOD มีประสิทธิภาพสูงในการช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีความรู้และทักษะในการจัดการสุขภาพของตนเองหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการยืนยันความสำคัญของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยด้วยโปรแกรมที่เหมาะสมในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปรับปรุงโปรแกรม

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปรับปรุงโปรแกรม D-METHOD ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละบริบท เช่น ความแตกต่างทางวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสังคม

2. การวิจัยควรครอบคลุมถึงการปรับปรุงเนื้อหาของโปรแกรมให้สอดคล้องกับระดับความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

3. ควรศึกษาผลของการใช้เทคโนโลยีในการสนับสนุนการวางแผนจำหน่าย เช่น การใช้แอปพลิเคชันมือถือหรือแพลตฟอร์มออนไลน์ในการให้ความรู้และติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

4. ควรมีการวิจัยเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของโปรแกรม เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการวางแผนการดูแลตนเอง และการติดตามผลหลังการจำหน่าย

การนำโปรแกรมไปใช้

1. ควรมีการนำโปรแกรมวางแผนจำหน่าย D-METHOD ไปใช้ในโรงพยาบาลอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ได้รับประโยชน์จากโปรแกรมนี้

2. การนำโปรแกรมไปใช้ควรมีการอบรมและฝึกฝนบุคลากรทางการแพทย์ให้เข้าใจและสามารถดำเนินการตามโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรมีการติดตามและประเมินผลการใช้โปรแกรมในโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อปรับปรุงและเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินการ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global report on diabetes [อินเทอร์เน็ต]. 2023 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.who.int/diabetes/global-report/en/
2. Health Data Center. รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2023 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hdc.moph.go.th/
3. โรงพยาบาลคำตากล้า. 3.ฐานข้อมูล HosXp. [อินเทอร์เน็ต]. ตุลาคม 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566].
4. ปิยะนันท์ ศรีทิน. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2566;8(2):240-9.
5. รัตนา นิลเลื่อม, ดวงกมล วัตราดุล, พรทิพย์ สินประเสริฐ, กรองแก้ว ทรัพย์ประเสริฐ, ธิดารัตน์ ขาวเงินยวง และอรทัย บุญชูวงศ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2564, 32(2), 202-215.
6. กนกวรรณ ด้วงกลัด, ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, และณัฐกมล ชาญสาธิตพร. โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2563, 36(1), 66-82.
7. ธีรภาพ เสาทอง, ปาหนัน พิชยภิญโญ และสุนีย์ ละกำปั่น. ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารวิจัยและการพยาบาล 2563, 36(3), 19-32.
8. ศิริมา มณีโรจน์. ผลของโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายโดยใช้ IDEAL Model ต่อความรู้ ระดับน้ำตาลสะสม ความพร้อมในการจำหน่ายและอัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อน. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร 2565, 6(1), 78-91.
9. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. New York: Routledge; 1988.
10. Bloom BS. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Study of Learning. New York: McGraw-Hill; 1971.

ประสิทธิภาพของการส่งเสริมความรู้ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร

The Effectiveness of Promoting Knowledge in Patients as a Preventative Method for Phlebitis from Fluid Infusions via the Peripheral Veins, Emergency Room, Sakon Nakhon Hospital.

(Received: June 14,2024 ; Revised: June 24,2024 ; Accepted: June 25,2024)

ลัดดาวัลย์ นรสาร[1]
Laddawan Norrasan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi– experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The one group pre–test post–test design) เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายระหว่างและหลังการส่งเสริมความรู้เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย และเพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ในผู้ป่วยที่ได้รับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร โดยได้รับการคัดกรองให้นอนสังเกตอาการที่ห้องสังเกตอาการ จำนวน 39 คน และได้รับการรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสกลนคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วยแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย และแบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายประเภทน้ำเกลือ ร้อยละ 71.8 และได้รับการแทงเข็มคาไว้ที่หลอดลือดดำส่วนปลาย ร้อยละ 23.1 จากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ถูกส่งไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรม ร้อยละ 82.06 และได้รับแทงเข็มเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายจำนวน 1 ครั้งเป็นส่วนใหญ่ โดยแทงบริเวณแขนซ้าย แขนขวา ข้อพับแขนซ้ายและข้อพับแขนขวา ร้อยละ 84.6 เมื่อติดตามการเกิด Phlebitis หลังกลุ่มตัวอย่างแอทมิทในหอผู้ป่วยไปแล้ว 72 ชั่วโมง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เกิด Phlebitis แต่มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 รายที่เกิด Phlebitis คิดเป็นร้อยยละ 15.4 โดยเกิดในระดับที่ 1

คำสำคัญ : ภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ, การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

Abstract

This study was a quasi-experimental research with a single group pre-test post-test design to compare the knowledge level of patients receiving intravenous fluids. peripheral venous drainage during and after promoting knowledge to prevent venous inflammation from peripheral intravenous fluid administration and to study the incidence of peripheral venous inflammation. In patients receiving peripheral intravenous fluids who came to receive service at the emergency room of Sakon Nakhon Hospital The sample group consisted of patients receiving services at the emergency department. Sakon Nakhon Hospital Thirty-nine people were screened for observation in the observation room and were admitted for inpatient treatment. Sakon Nakhon Hospital Data were collected using a general information and illness history questionnaire, a knowledge and understanding questionnaire about peripheral intravenous fluid

[1] โรงพยาบาลสกลนคร

administration. and a form recording the incidence of inflammation of the peripheral veins Data were analyzed using descriptive statistics including percentage, mean, and standard deviation.

The results found that the majority of the sample group were most of the sample group received intravenous fluid in the peripheral vein, type saline. 71.8 each and received a needle inserted into the distal venous artery (23.1%). After that, the sample was transferred to the ward, with the majority being sent to the medical ward (82.06%) and Received mostly 1 needle injection to give fluids intravenously to the lower extremities. By stabbing the left arm, right arm, crook of the left arm and crook of the right arm, 84.6 percent. When following up on the occurrence of Phlebitis after 72 hours of admission in the ward, it was found that most of the sample did not develop Phlebitis, but there were 6 samples. Phlebitis cases accounted for 15.4%, occurring at level 1.

Keywords: Phlebitis, Fluid Infusions via the Peripheral Veins

บทนำ

การรักษาผ่านทางหลอดเลือดดำ (Intravenous Therapy) คือการให้สารน้ำ สารอาหาร ยา เลือดและส่วนประกอบของเลือด เพื่อเป็นการรักษาโรคหรือรักษาภาวะสมดุลของการไหลเวียนในร่างกาย ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่รับการรักษาในโรงพยาบาลจะได้รับการให้สารน้ำหรือยาทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาภาวะสมดุลของน้ำ เกลือแร่ และสารอาหารของร่างกาย เพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าวในชีวิตประจำวัน หรือเพื่อให้ยาที่ออกฤทธิ์เร็วหรือยาที่ให้โดยวิธีอื่นไม่ได้ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำสวนปลายเป็นหัตถการลุกล้ำ (invasive procedure) ที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ เช่น การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) ภาวะที่ยาหรือสารน้ำรั่วออกจากหลอดเลือดดำส่วนปลาย (Infiltration/ Extravasation) การบาดเจ็บของเส้นประสาท (Nerve injury) การติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นต้น[1,2,3] จากการศึกษาของเฮอร์แมนและคณะ[4] พบสถิติการเกิดอุบัติการณ์หลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ร้อยละ 5.72 ของตำแหน่งที่แทงเข็มทั้งหมด และจากการศึกษาของกิตติรัตน์[5] พบว่าผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายสูงถึงร้อยละ 76.9 ของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลทั้งหมด ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าในแต่ละปีผู้ป่วยกว่า 200 ล้านคนได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ในจำนวนนี้เกิดภาวะแทรกซ้อนถึงร้อยละ 39.3 โดยพบว่ามีการอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย (phlebitis) ร้อยละ 17.6 การปวดร้อยละ 7.6 การรั่วออกนอกหลอดเลือดร้อยละ 3.9 และเกิด extravasations ร้อยละ 0.5 การเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ (Phlebitis) มักมีอาการปวด บวม แดงร้อน และหรือหลอดเลือดเป็นลำแข็ง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำและหรือยา โดยการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย ซึ่งปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย มีทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมปล่อยให้บริเวณที่คาสายให้สารน้ำถูกน้ำหรือเปียกน้ำ ขยับส่วนที่แทงเข็มให้สารน้ำบ่อยจนสายสวนให้สารน้ำหลุด หักหรือพับงอ เป็นต้น[5] รวมไปถึงอาจเกิดจากการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายด้วย

การบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร เป็นการให้บริการพยาบาลแก่บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บ หรือมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤต ทั้งระบบร่างกายและจิตใจ การประเมินระดับผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินใช้ระบบประเมินระดับวิกฤต MOPH ED Triage ซึ่งแบ่งผู้ป่วยตามความเร่งด่วนในการให้การดูแลรักษาเป็น 5 ระดับคือ ระดับที่ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitation) ระดับที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนมาก (Emergency) ระดับที่ 3

ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (Urgent) ระดับที่ 4 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วน (Semi-Urgent) และระดับที่ 5 ผู้ป่วยทั่วไป (Non-Urgent)[6] โดยการประเมินสภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตัดสินใจให้การปฐมพยาบาล การใช้เครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วย ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจคุกคามชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที โดยให้การพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุและที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก ตลอดจนรับไว้สังเกตอาการเฉพาะหน้า ณ ห้องฉุกเฉินหรือห้องสังเกตอาการ พยาบาลที่ปฏิบัติงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะต้องปฏิบัติโดยใช้ความรู้ ความสามารถและตัดสินใจอย่างเร่งด่วน เพื่อให้บริการพยาบาลมีคุณภาพช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรีบด่วน ปลอดภัยหรือบรรเทาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ ซึ่งจากสถิติผู้รับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร ปี 2564 – 2566 พบว่ามีผู้รับบริการจำนวน 10,429 ราย, 10,066 ราย และ 11,614 ราย ตามลำดับ มีผู้รับบริการที่เข้าเกณฑ์เข้ารับบริการที่ห้องสังเกตอาการและได้รับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในปี 2564-2566 จำนวน 5,601 ราย, 5,920 ราย และ 6,183 รายตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระดับที่ 2-4 เป็นกลุ่มโรคหรืออาการที่ไม่รุนแรง ระยะเวลารักษาไม่เกิน 24 ชั่วโมง ไม่มีระบบการไหลเวียนโลหิตและระบบประสาทที่แนวโน้มแย่ลงตั้งแต่แรกเข้า[7] ทั้งนี้ยังพบว่าขณะที่ผู้ป่วยนอนสังเกตอาการที่ห้องฉุกเฉินและได้รับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายนั้น เสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ (Phlebitis) โดยการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ (Phlebitis) ซึ่งจะเกิดหลังจากให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำมากกว่า 2 วันปฏิทิน ปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบนั้นส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยปฏิบัติตัวขณะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำไม่ถูกต้อง ขยับแขนหรืออวัยวะที่ได้รับการคาเข็มให้สารน้ำบ่อยๆ จนเกิดการเลื่อนหลุดปล่อยให้สายให้สารน้ำพับงอ โดยความรุนแรงที่เกิดจากภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบแตกต่างกันไปตามระดับการประเมินความรุนแรงที่พบได้บ่อยคืออาการปวด บวม แดง ร้อน หรือเห็นลำหลอดเลือดได้ หากมีภาวะรั่วซึมของสารน้ำหรือยาออกนอกหลอดเลือดดำในขณะให้สารน้ำหรือยา จะมีการทำลายเนื้อเยื่อรอบ ๆ บริเวณที่มีการรั่วซึม ซึ่งอาจลุกลามถึงเส้นประสาท เอ็นและข้อต่อของอวัยวะต่าง ๆ นอกจากเกิดจากการให้สารน้ำหรือยาแล้ว ผู้ป่วยอาจมีสาเหตุจากการระคายเคืองของหลอดเลือดดำ เนื่องจากการเสียดสีจากเข็ม การระคายเคืองจากสารน้ำหรือยา การคัน เกาจนเข็มเลื่อนหลุด ดังนั้น ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจึงต้องได้รับการส่งเสริมความรู้ และได้รับข้อมูลการสังเกตความผิดปกติขณะที่ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ (Phlebitis) ได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิภาพของการส่งเสริมความรู้ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย 1) เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายระหว่างและหลังการส่งเสริมความรู้เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย 2) เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi–experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The one group pre–test post–test design) เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายระหว่างและหลังการส่งเสริมความรู้เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วน

ปลาย และเพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ในผู้ป่วยที่ได้รับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม 2567 และได้รับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยสมัครใจดำเนินการศึกษาข้อมูลทั่วไป ประวัติเจ็บป่วย ความรู้ความเข้าใจการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย การดูแลตนเองขณะที่แทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร ในปีงบประมาณ 2567 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร โดยได้รับการคัดกรองให้นอนสังเกตอาการที่ห้องสังเกตอาการ จำนวน 39 คน และได้รับการรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสกลนคร ที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling)

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) 1) เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย 3) สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดโครงการ 4) เป็นผู้ป่วยผู้ป่วยฉุกเฉินที่อยู่ในกลุ่มโรคหรืออาการที่ไม่รุนแรง และไม่มีระบบไหลเวียนโลหิตหรือระบบประสาทที่มีแนวโน้มแย่ลงตั้งแต่แรกเข้า 5) ผู้ป่วยที่ on NSS lock

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดอุดตัน 2) ผู้ป่วยที่เคยได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนปลายมาแล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แผ่นพับการป้องกันการอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย และแผ่นพับการล้างมือ 7 ขั้นตอน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

2.2 แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

2.3 แบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย

ทั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำเครื่องมือไปเสนอแก่ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบแบบสอบถามการวิจัย เพื่อค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC : Index of item objective congruence) ด้วยวิธีการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์อัลฟา (Cronbach,1970) ได้เท่ากับ 0.80 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ 1.00 แสดงว่าแบบสอบถามมีความเชื่อถือ

ขั้นตอนการวิจัยมีดังนี้

1. ศึกษาจากกลุ่มผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร โดยได้รับการคัดกรองให้นอนสังเกตอาการที่ห้องสังเกตอาการ

2. ติดตามการเกิด Phlebitis ณ หอผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างถูกส่งต่อไปรักษาหลังนอนสังเกตุอาการที่ห้องฉุกเฉินแล้ว 72 ชม.

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ขออนุญาตผู้ป่วยและญาติโดยขอความยินยอมด้วยวาจา อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาโดยไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย และผู้ศึกษาเก็บข้อมูลผู้ป่วยเป็นความลับ และการศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่ SKNH REC No.016/2567

ผลการศึกษา

ศึกษาประสิทธิภาพของการส่งเสริมความรู้ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ที่เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร ผู้ศึกษาขอนำเสนอผลการศึกษาดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.4 เพศหญิง ร้อยละ 43.6 มีอายุอยู่ในช่วง 56 ปีขึ้นไป ร้อยละ 64.1 อายุน้อยกว่า 25 ปี ร้อยละ 15.4 อายุ 26-35 ร้อยละ 10.3 อายุ 36-45 ปี และอายุ 46-55 ปี ร้อยละ 5.1 การศึกษาอยู่ที่ระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 59.0 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 25.6 ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง โรคไตเรื้อรัง และเกาท์ ร้อยละ 41.0 รองลงมาคือ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 30.8 ระยะเวลาที่เข้ารับการสังเกตอาการที่ห้องฉุกเฉินมากที่สุดคือ 2-2.99 ชั่วโมง ร้อยละ 53.8 รองลงมาคือ 1-1.99 ชั่วโมง ร้อยละ 28.2

2. ระดับความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายระหว่างและหลังการส่งเสริมความรู้เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายระหว่างและหลังการส่งเสริมความรู้เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

ความรู้ความเข้าใจ	ระหว่างส่งเสริมความรู้	หลังส่งเสริมความรู้
1. ท่านมีความเข้าใจว่าเพราะเหตุใดท่านจึงได้รับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย	1	1
2. เมื่อท่านได้รับการแทงสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลายแล้ว ท่านต้องรักษาความสะอาดบริเวณที่แทงเข็มให้สารน้ำนั้น	1	1
3. ขณะที่พยาบาลแทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ท่านสามารถขยับแขนหรือส่วนที่แทงเข็มได้อย่างอิสระ	0.44±0.50	0.64±0.49
4. อาการแทรกซ้อนจากให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายที่พบบ่อย คือ ปวด บวม บริเวณที่แทงเข็มให้สารน้ำ	0.85±0.36	1
5. ในการดูแลตนเองขณะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายทุกครั้ง ควรคำนึงถึงความสะอาดเป็นลำดับแรก	1	1
6. การล้างมือเป็นการป้องกันการติดเชื้อขั้นต้น	1	1
7. ขณะที่ท่านได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย หากพบอาการผิดปกติเกิดขึ้น ท่านหรือญาติควรแจ้งพยาบาลทันที	0.90±0.30	1
8. ท่านคิดว่าความผิดปกติที่พบส่วนใหญ่เกิดจากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องขณะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของตัวผู้ป่วยเอง	0.72±0.45	0.79±0.41
9. ท่านคิดว่าผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย เมื่อแทงเข็มเสร็จแล้ว ควรพักผ่อนทันที	0.90±0.30	0.97±0.16
10. ท่านคิดว่าปัจจัยหลักของการติดเชื้อ คือ ตัวผู้ป่วยเอง	0.72±0.45	0.85±0.37
11. การที่บริเวณได้รับสารน้ำอาจเปียกชื้นได้บ้าง ไม่ส่งผลต่อการเกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย	0.62±0.49	0.69±0.47

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายระหว่างและหลังการส่งเสริมความรู้เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

ความรู้ความเข้าใจ	ระหว่างส่งเสริมความรู้	หลังส่งเสริมความรู้
12. การลดการขยับส่วนที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ช่วยป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ	0.87±0.34	1
13. การที่เกิดการรั่วซึมของสารน้ำระหว่างให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ไม่ส่งผลต่อการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ	0.79±0.41	0.79±0.41
14. การได้รับข้อมูลในการดูแลตนเอง และสังเกตตนเองขณะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อท่าน	1	1
15. ข้อมูลที่ท่านได้รับจากพยาบาลผู้วิจัย ช่วยให้ท่านป้องกันการเกิดการอักเสบจากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำได้	1	1
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม	12.83±0.17	13.73±0.13

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมความรู้ของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการส่งเสริมความรู้เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายเพิ่มขึ้นคือ คะแนนเฉลี่ยระหว่างส่งเสริมความรู้เท่ากับ 12.83 (S.D.=0.17) คะแนน หลังส่งเสริมความรู้เท่ากับ 13.73 (S.D.=0.13) คะแนน เมื่อแยกเป็นรายข้อพบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างได้รับคะแนนเพิ่มขึ้นหลังการส่งเสริมความรู้ฯ คือ ข้อที่ 4) อาการแทรกซ้อนจากให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายที่พบบ่อย คือ ปวด บวม บริเวณที่แทงเข็มให้สารน้ำ ข้อที่ 7) ขณะที่ท่านได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย หากพบอาการผิดปกติเกิดขึ้นท่านหรือญาติควรแจ้งพยาบาลทันที และข้อที่ 9) ท่านคิดว่าผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายเมื่อแทงเข็มเสร็จแล้ว ควรพักผ่อนทันที

3. การติดตามข้อมูลการเกิด Phlebitis เมื่อกลุ่มตัวอย่างออกจากห้องสังเกตอาการ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายประเภทน้ำเกลือ ร้อยละ 71.8 และได้รับการแทงเข็มคาไว้ที่หลอดลือดดำส่วนปลาย ร้อยละ 23.1 จากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ถูกส่งไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรม ร้อยละ 82.06 รองลงมาคือ หอผู้ป่วยศัลยกรรม ร้อยละ 10.25 พบว่า ขณะรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้รับแทงเข็มเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายจำนวน 1 ครั้งเป็นส่วนใหญ่ โดยแทงบริเวณแขนซ้าย แขนขวา ข้อพับแขนซ้ายและข้อพับแขนขวา ร้อยละ 84.6 และร้อยละ 82.1 ตามลำดับ ยาที่ได้รับเป็นประเภทยา Antibacterial ร้อยละ 30.8 รองลงมาได้รับยากลุ่มวิตามินและเกลือแร่ ร้อยละ 15.4 เมื่อติดตามการเกิด Phlebitis หลังกลุ่มตัวอย่างแอทมิทในหอผู้ป่วยไปแล้ว 72 ชั่วโมง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เกิด Phlebitis แต่มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 รายที่เกิด Phlebitis คิดเป็นร้อยยละ 15.4 โดยเกิดในระดับที่ 1 (แดงรอบรอบเข็ม มีหรือไม่มีอาการปวด) จำนวน 5 ราย ร้อยละ 12.8 และเกิดในระดับที่ 3 (ปวดร่วมกับแดงรอบรอยเข็ม มีรอยแดงเป็นทางคลำได้หลอดเลือดแข็ง) จำนวน 1 ราย ร้อยละ 2.6

สรุปและอภิปรายผล

1. จากการส่งเสริมความรู้เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย แก่ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมความรู้ของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการส่งเสริมความรู้เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้

สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายเพิ่มขึ้นคือ คะแนนเฉลี่ยระหว่างส่งเสริมความรู้เท่ากับ 12.8 (S.D.=0.17) คะแนน หลังส่งเสริมความรู้เท่ากับ 13.73 (S.D.=0.13) คะแนน เมื่อแยกเป็นรายข้อพบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างได้รับคะแนนเพิ่มขึ้นหลังการส่งเสริมความรู้ฯ คือ ข้อที่ 4) อาการแทรกซ้อนจากให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายที่พบบ่อย คือ ปวด บวม บริเวณที่แทงเข็มให้สารน้ำ ข้อที่ 7) ขณะที่ท่านได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย หากพบอาการผิดปกติเกิดขึ้น ท่านหรือญาติควรแจ้งพยาบาลทันที และข้อที่ 9) ท่านคิดว่าผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายเมื่อแทงเข็มเสร็จแล้ว ควรพักผ่อนทันที สอดคล้องกับแนวทางการดูแล Phlebitis และ Extravasation[8] ที่กล่าวถึงภาวะที่เกิดจากการอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย อาจทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ตามมา ได้แก่ ปวด บวม แดง ร้อน หรือคลำเห็นเส้นเลือดได้ ทั้งนี้การรั่วของยาขณะที่มีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย แล้วยาทำลายเนื้อเยื่อบริเวณผู้ป่วยได้รับยา ทำให้ผู้ป่วยปวด แสบ บวม ร้อน เกิดเป็นแผล อาจทำให้เกิดการกระทบต่อระบบเส้นประสาท เอ็น และข้อต่อในบริเวณที่ผู้ป่วยได้รับยาได้ โดยแนะนำผู้ที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายให้สังเกตที่เกิดขึ้น หากมีอาการดังกล่าวข้างต้นให้รีบแจ้งพยาบาลทันที และสอดคล้องกับ[9]การศึกษาหลอดลเอดดำอักเสบจากการได้รับยาทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย เช่น การใช้เข็มไม่เหมาะสม ภาวะการอักเสบที่เกิดจากการไม่ยึดหลักปราศจากเชื้อของตัวผู้ป่วยเอง หรือการอักเสบที่เกิดจากการระคายเคืองของยาที่มีความเป็นกรด-ด่างมากหรือน้อยกว่าเลือด ดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

2. การติดตามข้อมูลการเกิด Phlebitis เมื่อกลุ่มตัวอย่างนอนสังเกตอาการอยู่ในห้องสังเกตอาการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายประเภทน้ำเกลือ ร้อยละ 71.8 และได้รับการแทงเข็มคาไว้ที่หลอดเลือดดำส่วนปลาย ร้อยละ 23.1 สอดคล้องกับการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน[10] ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยชายไทยอายุ 48 ปี มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร มีโรคประจำตัวเป็นโรคตับแข็ง มีประวัติตรวจรักษาที่โรงพยาบาลบ่อยครั้งและนอนโรงพยาบาล 6 ครั้ง ในระยะเวลา 1 ปี ด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน แพทย์ให้การรักษาโดยการใส่สายยางทางจมูกเข้าสู่กระเพาะอาหารเพื่อล้างท้อง จากนั้นล้างด้วยน้ำเกลือสะอาด ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ได้รับยา pantoprazone 80 มิลลิกรัม และยา Oxtreotind 50 ไมโครกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทันที แพทย์วินิจฉัยเป็นภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน และรับไว้เป็นผู้ป่วยใน 9 วัน ระหว่างรักษาตัวในหอผู้ป่วยในผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางหลอดเลือดดำเนื่องจากมีการสอดใส่อุปกรณ์ตลอดเวลา พยาบาลผู้ดูแลให้การพยาบาล ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัว จนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และกลับบ้านได้ จากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยใน พบว่าโดยส่วนใหญ่ถูกส่งไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรม ร้อยละ 82.06 รองลงมาคือ หอผู้ป่วยศัลยกรรม ร้อยละ 10.25 พบว่า ขณะรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้รับแทงเข็มเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายจำนวน 1 ครั้งเป็นส่วนใหญ่ โดยแทงบริเวณแขนซ้าย แขนขวา ข้อพับแขนซ้ายและข้อพับแขนขวา ร้อยละ 84.6 และร้อยละ 82.1 ตามลำดับ ยาที่ได้รับเป็นประเภทยา Antibacterial ร้อยละ 30.8 รองลงมาได้รับยากลุ่มวิตามินและเกลือแร่ ร้อยละ 15.4 เมื่อติดตามการเกิด Phlebitis หลังกลุ่มตัวอย่างแอทมิทในหอผู้ป่วยไปแล้ว 72 ชั่วโมง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เกิด Phlebitis มีเพียง 6 รายที่เกิด Phlebitis คิดเป็นร้อยละ 15.4 โดยเกิดในระดับที่ 1 (แดงรอบรอบเข็ม มีหรือไม่มีอาการปวด) จำนวน 5 ราย ร้อยละ 12.8

และเกิดในระดับที่ 3 (ปวดร่วมกับแดงรอบรอยเข็ม มีรอยแดงเป็นทางคลำได้หลอดเลือดแข็ง) จำนวน 1 ราย ร้อยละ 2.6 สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรั่วซึมของยาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา Norepinephrine[11] ในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 15B โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งยา Norepinephrine เป็นยาที่มีการออกฤทธิ์กระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด ส่งผลให้เพิ่มความดันโลหิตมีผลเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ มีภาวะความเป็นกรดสูง เป็นยาที่ให้ทางหลอดเลือดดำส่วนปลายโดยปัจจัยที่ทำให้เกิดการอักเสบคือการเกิดการรั่วซึมของยาซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนมีโอกาสทำให้เกิดการรั่วซึมของยาแตกต่างกันไป เช่น อายุ ขนาดของหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งมีโอกาสเกิดการรั่วซึมมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็น นอกจากนี้อาจเกิดจากทักษะการแทงเข็มของ บุลากรก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งให้เกิดการรั่วซึมของยาได้ การป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดส่วนปลายอักเสบ ได้แก่ การประเมินหลอดเลือด การตรวจสอบบริเวณที่แทงเข็ม การประเมินการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่แทงเข็มโดยใช้ทักษะทางการพยาบาลแล้ว การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติถึงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยาโดยการสังเกตบริเวณที่ให้ยา และอาการที่บ่งบอกถึงการรั่วซึมของยา เช่น ผิวหนังบริเวณที่ให้ยาซีดลงหรือเปลี่ยนสี เย็น บวม หรือมีอาการปวด กรณีพบอาการให้แจ้งพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการปฏิบัติการพยาบาลและอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการปฏิบัติทางการพยาบาลและอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง แบบทดสอบความรู้ในการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ แบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลในการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงในการป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบสูงกว่าก่อนการทดลอง (t= -1.86, p= 0.04) และมีคะแนนปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t= - 2.06, p= 0.02) และอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบลดลงจาก 11.12 ครั้ง ต่อ 1,000 วันให้ยา เป็น 2.88 ครั้ง ต่อ 1,000 วันให้ยา

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร เป็นบริการที่สำคัญด่านแรกในการให้การรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดฝัน นอกจากผลกระทบที่เกิดทางร่างกายที่อาจมีความรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตแล้ว ยังมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวเช่นกัน พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินนอกจากจะต้องมีความสามารถสูงในการจัดการภาวะวิกฤติที่คุกคามชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ยังต้องมีความสามารถในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ดีต่อผู้ป่วย ครอบครัวและผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงต้องมีเทคนิคการสื่อสารที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงแผนการรักษา การปฏิบัติตัวขณะรับการรักษาเพื่อให้คลายความวิตกกังวลและพึงพอใจในการบริการ

ข้อเสนอแนะ

1.ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเมื่อมาถึงโรงพยาบาล ณ จุดคัดกรองผู้ป่วย (Triage zone) เพื่อให้การให้ข้อมูลการป้องกันการเกิดภาวะ

หลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับมาตรฐานตามที่สำนักการพยาบาลกำหนดและพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการให้ข้อมูลการป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบแก่ผู้ป่วยและญาติในหอผู้ป่วยอื่นๆ ต่อไป

2) พยาบาลผู้ปฏิบัติงานควรปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดแนวทางมาตรฐานในการป้องกันการอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยควรได้รับการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอตลอดจนปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากการอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย

3) ผู้บริหารควรส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานที่มีการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงที่ให้ผ่านหลอดเลือดดำส่วนปลายต่อการเกิดภาวะอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลายในโรงพยาบาลสกลนครและเครือข่ายบริการ เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบได้อย่างครอบคลุม

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาวิจัยผลลัพธ์ของการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในด้านการดูแลตนเองเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเอง รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหากเกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขสกลนคร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร หัวหน้าพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลสกลนคร และผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสามท่านที่ให้ความสนับสนุนในการปฏิบัติการศึกษาวิจัยจนทำให้เกิดความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้ ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณและมอบความดีให้แด่บุพการีที่ได้อบรมสั่งสอน ปลูกฝังความดี ความขยันหมั่นเพียร มานะ อดทนและให้กำลังใจมาเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1.กันยา นภาพงษ์. การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ. วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ . กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2560.

2.มนรดา แข็งแรง และ อัจฉราภรณ พันธุเวียง. การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยวิกฤต. วารสารราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตรสุขภาพ 2564; 2(1) :22-36.

3.นิภาพร พรมดวงดี และ อรัญญา เนียมปาน. คู่มือการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยที่แทงและคาเข็มทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย. งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.

4.Herzberg, F., Mananer, B. and Synyderman, B, The Motivation to Work (New York : John Wiley, 1959)

5. กิตติรัตน์ สวัสดิ์รักษ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย. ชัยภูมิเวชสาร 2561; 38(3) :50-60.

6. วิรัช กลิ่นบัวแย้ม. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทีห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสันป่าตอง. โครงการการพัฒนาระบบบริการเพื่อการดูแลภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างครบวงจร (พบฉ.) . กรุงเทพมหานคร: สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.); 2564.

7.งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. สถิติผู้รับบริการปีงบประมาณ 2564-2566. งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน. สกลนคร: โรงพยาบาลสกลนคร; 2567.

8. คณะกรรมการเภสัชและการบำบัด. แนวทางการดูแล Phlebitis และ Extravasation. นครพนม: โรงพยาบาลนครพนม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม; 2564.

9. กาญจนา อุดมอัษฎาพร และมยุรี พรมรินทร์. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการอักเสบของหลอดเลือดดำและการรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดดำจากการใช้ยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด หอผู้ป่วยหนักหัวใจ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2561; 14(1), 35-45.
10. สุดารัตน์ ทัดมาลา. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน. ฝ่ายการพยาบาลกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล. ขอนแก่น: โรงพยาบาลสิรินธร สำนักการแพทย์; 2562.
11. รุ้งลาวัลย์ พันธวงศ์. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรั่วซึมของยาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา Norepinephrine ในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 15B. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช; 2564.
12. จรีณา คงพันธ์ และผกากรอง พันธ์ไพโรจน์. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการปฏิบัติการพยาบาลและอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2564; 4 (1): 156-169.

ผลของการให้คำปรึกษารายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินรายใหม่

The Effects of case counseling on Self-Care behavior for Type Non-Insulin Dependent II Diabetes.

(Received: June 14,2024 ; Revised: June 24,2024 ; Accepted: June 25,2024)

วาสนา แสนมหาชัย[1]
Wasana Sanmahachai[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The one group pretest-posttest only design) เพื่อเปรียบเทียบผลของพฤติกรรมการดูแลตนเอง และเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษารายกรณี ประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาชนิดรับประทานยา ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสกลนคร โดยกลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการใช้การจัดการรายกรณี เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มประชากร แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับคำปรึกษารายกรณีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่มีคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\leq0.05$) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่หลังได้รับการให้คำปรึกษารายกรณี พบว่า หลังได้รับการให้คำปรึกษารายกรณีพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีมาก ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ พบว่า หลังได้รับการให้คำปรึกษารายกรณีค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ดีขึ้น ทั้งน้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\leq0.05$)

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่, การให้คำปรึกษารายกรณี

Abstract

This study was quasi-experimental research. (The one group pretest-posttest only design) to compare the results of self-care behaviors. and comparing the blood sugar levels of new diabetic patients before and after receiving case counseling. The study population consisted of new diabetic patients receiving oral drug therapy. at the outpatient department Sakon Nakhon Hospital The sample was obtained from specific selection. and the sample group is a single group Measurements were taken before and after the use of case management. The tool used to collect data was a questionnaire about general information and basic information of the population. Diabetes knowledge questionnaire and questionnaire on self-care behavior of diabetic patients Eating Side of taking medicine Exercise aspect and personal hygiene Data were analyzed using descriptive statistics including percentage, mean, and standard deviation.

The results found that the majority of after receiving case counseling, new diabetic patients had a significant increase in the mean overall knowledge level score. Statistically ($p\leq0.05$) self-care behavior of new diabetic patients after receiving case counseling, it was found that after receiving case counseling, it was found that the mean self-care behavior score of the sample group was in the Very good level The health condition of new diabetic patients found that after receiving case-by-case counseling, the average health condition of new diabetic patients improved, including weight, waist circumference, body mass index, blood pressure level, and blood sugar level. Decreased with statistical significance ($p\leq0.05$).

Keywords: new diabetic patient, Case counseling

[1] โรงพยาบาลสกลนคร

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่องค์การสหประชาชาติประกาศให้เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ทุกประเทศทั่วโลกต้องให้ความสำคัญรวมทั้งประเทศไทย ข้อมูลของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation) กล่าวถึงสถานการณ์โรคเบาหวานในโลก โดยคาดว่าประชากรวัยผู้ใหญ่จะเป็นเบาหวานกันเพิ่มขึ้นเป็น 700.1 ล้านคน (10.9% ของประชากรโลก) ภายในปี 2588 จากเดิม 463 ล้านคน (9.3% ของประชากรโลกอายุ 20-79 ปี) ในปี 2562 และจากข้อมูลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่าสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกนั้นมีผู้ป่วยแล้ว 537 ล้านคน มีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุก ๆ 5 วินาที[1,2] สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียนของกระทรวงสาธารณสุข 3.2 ล้านคน ซึ่งก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านสาธารณสุขอย่างมหาศาล เฉพาะโรคเบาหวานเพียงโรคเดียวทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี ทั้งนี้ โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่น ๆ ในกลุ่มโรค NCDs อีกมากมาย อาทิเช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตฯลฯ โรคดังกล่าวนี้ทำให้ภาครัฐสูญเสียงบประมาณในการรักษารวมกันสูงถึง 302,367 ล้านบาทต่อปี[3] ข้อมูลสถิติจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร พบว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ปีงบประมาณ 2563 - ปีงบประมาณ 2565 เท่ากับ 5,633 ราย, 5,927 ราย และ 7,279 ราย ตามลำดับ คิดเป็น 488.39 ราย, 516.77 ราย และ 635.02 รายต่อแสนประชากรตามลำดับ และพบว่าในพื้นที่บริการเครือข่ายของโรงพยาบาลสกลนคร มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ปีงบประมาณ 2563 - ปีงบประมาณ 2565 เท่ากับ 960 ราย, 1,080 ราย และ 1,598 ราย ตามลำดับ คิดเป็น 479.01 ราย, 546.11 ราย และ 809.03 รายต่อแสนประชากรตามลำดับ[4] จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี จากแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องนี้ส่งผลกระทบให้เกิดการเจ็บป่วยที่ต้องดูแลในระยะยาว ส่งผลให้เสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความพิการและตายก่อนวัยอันควร อีกทั้งพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานนั้น ถ้ามีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจะเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาไต เท้า สมอง หัวใจ ด้านการรักษาและปฏิบัติตัวนั้นประกอบไปด้วยการควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพทั่วไป ถ้าหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสมได้รับการดูแลหรือจัดการตนเองตั้งแต่เริ่มต้นเป็นเบาหวาน ก็จะทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับระดับน้ำตาลในเลือดของคนปกติ และหากผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ก็อาจนำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนมากมาย ทั้งยังต้องสิ้นเปลืองทรัพยากร งบประมาณและเวชภัณฑ์ในการรักษา[5]

จากประสบการณ์ของผู้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานแต่ละคนมีปัญหาและความต้องการที่แตกต่างกัน ปัจจุบันคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสกลนคร ใช้ระบบการทำงานเป็นหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรคหรือกลุ่มอาการที่มีลักษณะคล้าย ๆ กัน ไม่มีรูปแบบเฉพาะที่ชัดเจนซึ่งรูปแบบดังกล่าวไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย การจัดการรายกรณีเป็นรูปแบบการบริการพยาบาลแก่ผู้ใช้บริการทางสุขภาพ เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพในการคัดเลือกผู้ป่วย การประเมินสุขภาพและระบุปัญหาของผู้ป่วย การพัฒนาแผนการดูแล การดำเนินการตามแผนการดูแล การประเมินผลการติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องและการสิ้นสุดการจัดการรายกรณีเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความคาดหวังอย่างมีคุณภาพ โดยอาศัยการสื่อสาร การจัดการทรัพยากรที่ดีมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมแบบองค์รวม โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse manager) ทำหน้าที่ติดต่อ

ประสานงาน กำกับดูแลรวมทั้งประเมินผลการปฏิบัติติดตามผลการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายตามแผนการดูแลรักษา[6] ซึ่งผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการจัดการรายกรณีของโพเวล และทาฮาน[7] มาประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานกรณีที่ 2 รายใหม่นั้นแทบจะไม่แสดงอาการของโรคเลย ทำให้ผู้ป่วยขาดความตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดจากการไม่ดูแลตนเอง จนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนมาแอดมิทที่โรงพยาบาลแล้ว ทั้งนี้จะสังเกตได้จากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่เพิ่มจำนวนขึ้นทุกปีดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ผ่านมาจะเป็นการให้คำปรึกษารายกลุ่ม ปัญหาที่ได้จากการสอบถามผู้ป่วยจะได้แบบภาพรวม ซึ่งจะไม่ได้ปัญหาเชิงลึกที่แท้จริง ดังนั้น จึงสนใจนำการศึกษารายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อจะได้ปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยรายนั้นเนื่องจากการศึกษารายกรณีเป็นการให้คำปรึกษารายบุคคล และการให้คำปรึกษารูปแบบนี้จะเริ่มจากการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สร้างความไว้วางใจเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ซึ่งเมื่อผู้ป่วยไม่เกร็งหรือไม่กลัวที่จะตอบคำถามแล้ว ผู้ป่วยจะเล่าปัญหาต่าง ๆ ได้ชัดเจนและครบถ้วนมากยิ่งขึ้น ทำให้การดูแลผู้ป่วย การให้แนวปฏิบัติเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยให้ดูแลตนเองนั้นประสบความสบความสำเร็จและเกิดผลดีกับผู้ป่วยในระยะยาว

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The one group pretest-posttest only design) เพื่อเปรียบเทียบผลของพฤติกรรมการดูแลตนเอง และเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษารายกรณี ประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาชนิดรับประทานยา ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสกลนคร โดยกลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการใช้การจัดการรายกรณี เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ คู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพผู้ป่วย และแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มประชากร แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล โดยประยุกต์จากการศึกษาของนิรนาม[8] และดวงดาว[9]

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พิจารณาจากระดับน้ำตาลในเลือด (FBG) > 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จำนวน 2 ครั้งติดต่อกัน ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2566 โรงพยาบาลสกลนคร

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ จำนวน 65 คน เลือกจากเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก ดังนี้ เกณฑ์คัดเข้า 1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พิจารณาจากระดับน้ำตาลในเลือด (FBG) > 130 mg/dl จำนวน 2 ครั้งติดต่อกัน ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสกลนคร 2) อายุ 35 ปีขึ้นไป 3) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดี 4) เป็นผู้ป่วยที่ยังไม่ได้ฉีดอินซูลิน

เกณฑ์คัดออก 1) อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมรูปแบบการจัดการรายกรณีได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 1 กลุ่ม โดยใช้ค่าเฉลี่ย 2 ค่าเปรียบเทียบกันโดยไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent

groups paired data) วัดผลก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบรายกรณี ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ใช้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 65 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มประชากร

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติญาติสายตรงป่วยเป็นเบาหวาน โรคแทรกซ้อนหรือโรคร่วมอื่น ๆ ระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด

3. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกถูกหรือผิด จำนวน 12 ข้อ ประยุกต์จากการศึกษาของนิรนาม[8] และ ดวงดาว ปิงสุแสน[9] ทั้งนี้ แบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84

ทั้งนี้ การศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินรายใหม่ มีกรอบแนวคิดการศึกษาดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังนี้

1. วิเคราะห์ขอ้ มูลส่วนบุคคลและความรู้เกี่ยวกบั โรคเบาหวานโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ประกอบด้วย ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลีย (Arithmetic Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังการได้รับคำปรึกษารายกรณี โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน Independent T-test

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลสกลนคร เลขที่ SKNH REC No.117/2566

ผลการศึกษา

การศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินรายใหม่ ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.2 เพศชาย ร้อยละ 30.8 มีอายุอยู่ 56 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.8 รองลงมาคือช่วงอายุ 46-55 ปี และช่วงอายุ 36-45 ปี ร้อยละ 30.8 และร้อยละ 12.3 ตามลำดับ การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 72.3 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 16.9 สถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.2 รองลงมาคือสถานภาพหม้าย ร้อยละ 7.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร/ทำนา/ทำไร่ ร้อยละ 66.2 รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 12.3 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 63.1 รองลงมาคือรายได้อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 29.2 ด้านประวัติญาติสายตรงป่วยเป็นเบาหวานพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติมารดาป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 38.5 รองลงมาคือมีพี่น้องร่วมบิดามารดาป่วยเป็นเบาหวาน ร้อยละ 21.5 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคเบาหวานเลย ร้อยละ 29.2 ด้านโรคแทรกซ้อนพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 63.1 รองลงมาคือมีโรคความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 18.5 และร้อยละ 9.2 ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ ร้อยละ 89.2 และร้อยละ 80 ตามลำดับ

2. ระดับความรู้ของผู้ป่วยของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษารายกรณี พบว่า หลังได้รับคำปรึกษารายกรณีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่มีคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้โดยรวมเพิ่มขึ้นจากคะแนนเฉลี่ย 1.62 (S.D.=0.44) เป็นคะแนนเฉลี่ย 1.86 (S.D.=0.23) แสดงว่าผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่มีความรู้ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า หลังได้รับคำปรึกษารายกรณีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่มี

คะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นทุกข้อ และพบว่าข้อที่ 12 ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องดูแลร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเท้าและผิวหนังไม่ให้เกิดบาดแผลเป็นอันขาด กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนเต็ม 2 คะแนน หลังได้รับการให้คำปรึกษารายกรณี คะแนนค่าเฉลี่ยระดับความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษารายกรณี แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความรู้ของผู้ป่วยของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษารายกรณี (n=65)

ความรู้ความเข้าใจ	คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนรับคำปรึกษาฯ	คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังรับคำปรึกษาฯ
1. โรคเบาหวานสามารถรักษาให้หายได้	0.77±0.82	1.43±0.80
2. สาเหตุของโรคเบาหวานเกิดจากกรรมพันธุ์	0.60±0.78	1.31±0.88
3. สาเหตุของโรคเบาหวาน เกิดจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง	1.86±0.42	1.98±0.12
4. การควบคุมโรคเบาหวานที่ดี จะไม่มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อน	1.75±0.56	1.98±0.12
5. การมารับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ต้องงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง	1.94±0.24	1.98±0.12
6. ผู้ป่วยเบาหวานต้องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเป็นประจำ	1.82±0.46	1.98±0.12
7. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง มักมีอาการกระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย	1.71±0.55	1.95±0.21
8. ผู้ป่วยเบาหวานสามารถออกกำลังกายได้ทุกประเภท	1.71±0.52	1.92±0.32
9. ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีผลให้เกิดโรคไต โรคหัว โรคความดันโลหิตสูง	1.80±0.40	1.95±0.21
10. ผู้ป่วยเบาหวานต้องนอนวันละ 6-8 ชั่วโมง	1.77±0.49	1.95±0.21
11. ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรกำหนดเวลารับประทานยาให้ชัดเจนและรับประทานยาตรงเวลาทุกวัน	1.89±0.31	1.98±0.12
12. ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องดูแลร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเท้าและผิวหนังไม่ให้เกิดบาดแผลเป็นอันขาด	1.89±0.31	2.00
คะแนนเฉลี่ยระดับความรู้โดยรวม	1.62±0.44	1.86±0.23

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษารายกรณี พบว่า ก่อนได้รับการให้คำปรึกษารายกรณีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมตนเองโดยรวมเท่ากับ 2.27 (S.D.=0.22) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง หลังได้รับการให้คำปรึกษารายกรณีพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเท่ากับ 2.79 (S.D.= 0.10) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดีมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า หลังได้รับการให้คำปรึกษารายกรณีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่มีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาและด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ เท่ากับ 2.94 (S.D.=0.03) และเท่ากับ 2.82 (S.D.=0.11) ตามลำดับ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษารายกรณี แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ก่อนและหลังได้รับการให้

คำปรึกษารายกรณี (n=65)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่	คะแนนเฉลี่ย ก่อนรับคำปรึกษาฯ	คะแนนเฉลี่ย หลังรับคำปรึกษาฯ
1. ด้านการรับประทานอาหาร	2.20±0.29	2.72±0.13
2. ด้านการรับประทานยา	2.30±0.13	2.94±0.03
3. ด้านการออกกำลังกาย	2.40±0.17	2.71±0.13
4. ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล	2.21±0.25	2.82±0.11
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม	2.27±0.22	2.79±0.10

4. ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ พบว่า หลังได้รับการให้คำปรึกษารายกรณีค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ดีขึ้น ทั้งน้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่นี้ได้รับบริการให้คำปรึกษาตามกระบวนการจัดการรายกรณีเฉพาะรายบุคคลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเริ่มตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย เก็บรวมรวบข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลและหาประเด็นปัญหาของผู้ป่วยนำมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม นำไปสู่การแก้ไขปัญหาสำคัญของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น ค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษารายกรณี แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษารายกรณี (n=65)

ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่	ภาวะสุขภาพเฉลี่ย ก่อนรับคำปรึกษาฯ	ภาวะสุขภาพเฉลี่ย หลังรับคำปรึกษาฯ
1. น้ำหนัก	61.06±9.72	60.97±9.90
2. รอบเอว	87.45±8.11	85.64±8.22
3. ดัชนีมวลกาย (BMI)	25.29±3.83	24.11±3.92
4. ระดับความดันซิสโตลิค	133.42±5.10	125.51±6.79
5. ระดับความดันไดแอสโตลิค	78.29±6.51	77.57±8.38
6. ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS)	196.17±6.04	151.92±6.01

5. ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในการได้รับการบริการด้านสุขภาพหลังได้รับการให้คำปรึกษารายกรณี พบว่า ระดับความพึงพอใจทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด และความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจในการได้รับการบริการด้านสุขภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการให้คำปรึกษารายกรณี จำแนกเป็นรายด้าน และโดยรวม (n=65)

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
1. ด้านการให้ข้อมูล	4.95	0.01	มากที่สุด
2. ด้านการติดต่อประสานงาน	4.90	0.03	มากที่สุด
3. ด้านอัธยาศัยของพยาบาล	4.94	0.01	มากที่สุด
4. ด้านคุณภาพบริการ	4.94	0.03	มากที่สุด
5. ด้านความสะดวก	4.81	0.18	มากที่สุด
6. ความพึงพอใจต่อการได้รับการบริการโดยรวม	4.91	0.06	มากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.2 เพศชาย ร้อยละ 30.8 มีอายุอยู่ 56 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.8 รองลงมาคือช่วงอายุ 46-55 ปี และช่วงอายุ 36-45 ปี ร้อยละ 30.8 และร้อยละ 12.3 ตามลำดับ การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 72.3 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 16.9 สถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.2 รองลงมาคือสถานภาพหม้าย ร้อยละ 7.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร/ทำนา/ทำไร่ ร้อยละ 66.2 รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 12.3 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 63.1 รองลงมาคือรายได้อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 29.2 ด้านประวัติญาติสายตรงป่วยเป็นเบาหวานพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติมารดาป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 38.5 รองลงมาคือมีพี่น้องร่วมบิดามารดาป่วยเป็นเบาหวาน ร้อยละ 21.5 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคเบาหวานเลย ร้อยละ 29.2 ด้านโรคแทรกซ้อนพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 63.1 รองลงมาคือมีโรคความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 18.5 และร้อยละ 9.2 ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ ร้อยละ 89.2 และร้อยละ 80 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ป่วยของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษารายกรณี พบว่า หลังได้รับคำปรึกษารายกรณีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่มีคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้โดยรวมเพิ่มขึ้นจากคะแนนเฉลี่ย 1.62 (S.D.=0.44) เป็นคะแนนเฉลี่ย 1.86 (S.D.= 0.23) แสดงว่าผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่มีความรู้ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษารายกรณี พบว่า ก่อนได้รับการให้คำปรึกษารายกรณีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมตนเองโดยรวมเท่ากับ 2.27 (S.D.=0.22) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง หลังได้รับการให้คำปรึกษารายกรณีพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเท่ากับ 2.79 (S.D.= 0.10) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดีมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า หลังได้รับการให้คำปรึกษารายกรณีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่มีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาและด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ เท่ากับ 2.94 (S.D.=0.03) และเท่ากับ 2.82 (S.D.=0.11) ตามลำดับ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ พบว่า หลังได้รับการให้คำปรึกษารายกรณีค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ดีขึ้น ทั้งน้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่นี้ได้รับบริการให้คำปรึกษาตามกระบวนการจัดการรายกรณีเฉพาะรายบุคคลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเริ่มตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย เก็บรวมรวบข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูล

และหาประเด็นปัญหาของผู้ป่วยนำมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม นำไปสู่การแก้ไขปัญหาสำคัญของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น และจากการสำรวจระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในการได้รับการบริการด้านสุขภาพหลังได้รับการให้คำปรึกษารายกรณี พบว่า ระดับความพึงพอใจทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด และความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้[10] พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนเข้าโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีคะแนนเฉลี่ย 3.22 (SD=0.19) หลังเข้าโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีครบ 12 สัปดาห์ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.35 (SD=0.15) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดก่อนเข้าโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีค่าร้อยละ 8.97 หลังเข้าโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลงเหลือร้อยละ 7.39 ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเท้า สุขภาพเท้าและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด[11] พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้า สุขภาพเท้า และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างก่อนระยะควบคุม หลังระยะควบคุม และหลังระยะทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(2, 52) = 258.13$, $F(1.49, 38.84) = 42.13$, และ $x2 = 29.96$, ตามลำดับ, $p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าของกลุ่มตัวอย่างหลังระยะทดลองสูงกว่าก่อนระยะควบคุมและหลังระยะควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (= 1.66 และ 1.69 ตามลำดับ, $p < .001$) ค่าเฉลี่ยสุขภาพเท้าหลังระยะทดลองสูงกว่าก่อนระยะควบคุมและหลังระยะควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (= .28 และ .22 ตามลำดับ, $p < .001$) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด หลังระยะทดลองต่ำกว่าก่อนระยะควบคุมและหลังระยะควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.05$, $p < .001$ และ $Z = -2.41$, $p < .05$) ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการจัดการรายกรณีต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2[12] เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการรายกรณีครบ 8 สัปดาห์ โปรแกรมการจัดการรายกรณีประกอบด้วยการควบคุมอาหาร การรับประทานยา งดบุหรี่และสุรา ออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์จำนวน 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีติดตามผู้ป่วยทุกสัปดาห์สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติผู้ป่วยได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังเข้าโปรแกรมครบ 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 67.65 ($n = 23$) อายุเฉลี่ย 65.06 ปี ($SD = 5.92$) ระยะเวลาการเป็นเบาหวานเฉลี่ย 9.71 ปี($SD = 5.95$) สำหรับกลุ่มทดลองนั้นเป็นเพศหญิงร้อยละ 67.65 ($n = 23$) อายุเฉลี่ย 64.94 ปี($SD = 5.11$) ระยะเวลาการเป็นเบาหวานเฉลี่ย 10.47 ปี ($SD = 5.28$) หลังทดลองครบ 8 สัปดาห์ ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .03 ($p \leq .05$)

การให้คำปรึกษารายกรณีในผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิค ค่าดัชนีมวลกาย และความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวาน หลังได้รับการให้คำปรึกษารายกรณีดีขึ้นกว่าก่อนได้รับคำปรึกษารายกรณี ดังนั้นรูปแบบการให้คำปรึกษารายกรณีสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่และเพื่อให้การบริการพยาบาลมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1.ผู้บริหารองค์กรควรส่งเสริมให้มีนโยบายสนับสนุนการนำรูปแบบการให้คำปรึกษารายกรณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น โดยส่งเสริมให้พยาบาล

วิชาชีพได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านการให้คำปรึกษารายกรณีและส่งเสริมในการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษารายกรณีและมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน เพื่อให้การบริการพยาบาลมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

2. ควรพัฒนาบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ให้มีความรู้เฉพาะทางในด้านการบริหารจัดการการประสานงาน และความสามารถในการตัดสินใจโดยอิสระ โดยส่งพยาบาลให้เข้ารับการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านการจัดการรายกรณีและส่งเสริมให้พยาบาลทำงานด้านการวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลทางการจัดการรายกรณี เพื่อวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียในการพัฒนาวิธีการดูแลผู้ป่วยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขสกลนคร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร หัวหน้าพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลสกลนคร เครือข่ายบริการทุกท่าน ที่ให้ความสนับสนุนในการปฏิบัติการศึกษาวิจัยจนทำให้เกิดความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้ ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณและมอบความดีให้แด่บุพการีที่ได้อบรมสั่งสอน ปลูกฝังความดี ความขยันหมั่นเพียร มานะ อุตสาหะ อดทนและให้กำลังใจมาเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Economic Forum. สถานการณ์เบาหวาน [อินเตอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงวันที่ 21 ธันวาคม 2565]; จาก https://www.weforum.org/agenda/2021/11/diabetes-burdens-rising-health-global/
2. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์เบาหวาน. [อินเตอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงวันที่ 22 ตุลาคม 2565]; จาก https://ddc.moph.go.th/brc/index.php.
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. อุบัติการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย. [อินเตอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงวันที่ 17 ธันวาคม 2564]; จาก https://ddc.moph.go.th/brc/index.php.
4. กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. (2564). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2564. กลุ่มเทคโนโลยีระบาดวิทยา และมาตรการชุมชน กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
5. อักษรตรี พงศ์นุรักษ์. (2561). การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่มารับบริการในคลินิคเรื้อรัง ของศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลควนขนุน. ศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลควนขนุน อ.ควนขนุน จ.พัทลุง หน้า 1-9.
6. ราตรี โกศลจิต และ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. ประสิทธิผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก. พยาบาลสาร 2560; 44 (1): 26-38.
7. Powell, S.K & Tahan,H.A. (2010). Case management : A practical guide for education and practice. 3nd edition. Philadelphia : F.A Davis company.
8. นิรนาม. (2560). รายงานการวิจัย เรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่เหียะ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. รพ.สต.บ้านท่าข้าม ตำบลแม่เหียะ อำเภอเมือง เชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่.
9. ดวงดาว ปิงสุแสน. (2555). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในตำบลทุ่งกล้วย อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยาจังหวัดพะเยา.
10. อุบลรัตน์ รัตนอุไร และ ประภาส สงบุตร. ผลของโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 28 (พิเศษ): 146-157.
11. นาเดีย รอนิง, ขนิษฐา นาคะ และ ทิพมาส ชิณวงศ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าสุขภาพเท้า และระดับน้ำตาลในเลือดในผู้สูงอายุมุสลิมโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2564; 41 (1): 74-87.
12. อรุณี ไชยฤทธิ์. โปรแกรมการจัดการรายกรณีต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2. วารสารพยาบาลทหารบก 2563; 21 (2): 213-221.

ประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้นในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาชนิดกินต่อการเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ในโรงพยาบาลปะทิว จังหวัดชุมพร

Effects of intensive weight reduction Program in type 2 diabetes patients treated with oral antidiabetic drugs to diabetes remission, Pathiu Hospital, Chumphon Province.

(Received: May 10,2024 ; Revised: May 28,2024 ; Accepted: May 29,2024)

ลำเนาว์ ใจโต[1]
Lamnoew Jaito[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้นในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาชนิดกินต่อการเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ในโรงพยาบาลปะทิว จังหวัดชุมพร ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน 2567 ศึกษาผู้ป่วย จำนวน 98 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ paired samples t - test

ผลการศึกษา: พบว่า การพัฒนาโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้น ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาชนิดกินต่อการเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โดยใช้กระบวนงาน PDCA โปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้นดำเนินการ 5 ครั้ง ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพ 2) ติดตามสภาวะผู้ป่วย 3) การสื่อสารสร้างแรงจูงใจ 4) คงกิจกรรมทางกาย 5) ระยะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผลของการจัดโปรแกรมได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น 2) ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดี และ 3) การประเมินผล ภาวะโรคเบาหวานของผู้ป่วย พบว่า หลังพัฒนาผู้ป่วยส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยภาวะโรคเบาหวาน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต โปรตีนในปัสสาวะ serum-creatinine Cholesterol, LDL, HDL, HbA1C และอัตราการกรองไต หลังพัฒนาผู้ป่วยโดยรวมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-12.736, p<0.001) และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมตามโปรแกรมเพิ่มขึ้น (t=-8.798, p<0.001)

คำสำคัญ: โปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคเบาหวานระยะสงบ

Abstract

This research quasi-experimental research aimed to study effects of intensive weight reduction program in type 2 diabetes patients treated with oral antidiabetic drugs to diabetes remission, Pathiu Hospital, Chumphon Province. Between February and April 2024, 98. Data were analyzed using descriptive statistics and paired samples t-test.

Results: found that developing intensive weight loss program in patients with type 2 diabetes who use oral medications to enter remission of diabetes. Using PDCA process. Intensive weight reduction program, 5 actions as follows: 1) build relationships 2) monitor patient conditions 3) communicate to create motivation 4) maintain physical activity 5) period to be able to change behavior. Results of organizing program include 1) patients increased knowledge about complications, 2) patients practice health behaviors well, and 3) evaluation. Diabetes patient status found that after developing, most patients had average diabetes status decreased with statistical significance (p-value<0.001) including body mass index, blood pressure, protein in urine, serum-creatinine, Cholesterol, LDL, HDL, HbA1C and glomerular filtration rate. After development, overall patients had statistically significant increase in mean behavior to prevent risk of complications (t=-12.736, p<0.001) and average behavior in participating program increased (t=-8.798, p<0.001)

Keywords: Intensive Weight Reduction Program, Type 2 Diabetes, Diabetes Remission

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปะทิว จังหวัดชุมพร

บทนำ

ประมาณการความชุกของโรคเบาหวานในระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศสำหรับปี 2564 และการคาดการณ์สำหรับปี 2588 ความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกในคนอายุ 20-79 ปีในปี 2564 อยู่ที่ 10.5% (536.6 ล้านคน) คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 12.2% (783.2 ล้านคน) ในปี 2588 ความชุกของโรคเบาหวานมีความคล้ายคลึงกันในผู้ชายและผู้หญิง และสูงที่สุดในผู้ที่มีอายุ 75 ปี –79 ปี ความชุก (ในปี 2564) คาดว่าจะสูงกว่าในเมือง (12.1%) มากกว่าพื้นที่ชนบท (8.3%) และในพื้นที่ที่มีรายได้สูง (11.1%) เมื่อเทียบกับประเทศที่มีรายได้ต่ำ (5.5%) ความชุกของโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้นอย่างมากระหว่างปี 2564 ถึง 2588 คาดว่าจะเกิดขึ้นในประเทศรายได้ปานกลาง (21.1%) ประเทศรายได้สูง (12.2%) และประเทศรายได้ต่ำ (11.9%)[1]

ในคนไทยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด เป็นผลจากการมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ร่วมกับความบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสม มักพบในคนอายุ 30 ปีขึ้นไป รูปร่างท้วมหรืออ้วน (ดัชนีมวลกายในคนเอเชีย 23 กก./ม.2) อาจไม่มีอาการผิดปกติหรืออาจมีอาการของโรคเบาหวานได้ อาการมักไม่รุนแรงและค่อยเป็นค่อยไป มักมีประวัติโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในครอบครัว ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้พบมากเมื่อมีอายุสูงขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น การขาดการออกกำลังกาย และพบมากขึ้นในหญิงที่มีประวัติการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ นอกจากนี้ ควรควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ส่งเสริมการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรังจากเบาหวานให้ได้ตามเป้าหมายหรือใกล้เคียงที่สุด[2]

การศึกษาประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับเอวันซีได้โดยสามารถหยุดรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ในการจัดการทางการรักษา ได้แก่ ปรับปริมาณอาหารตามระดับน้ำตาลในเลือด เรียนรู้ปรับพฤติกรรม และ รู้ว่ามาถูกทางเมื่อน้ำหนักลดลง[3] ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาโรงพยาบาลมีน้ำหนักเฉลี่ยลดลงเมื่อหกเดือน[4] การดำเนินงานตามกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ภาวะ “Remission” พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ ร้อยละ 10.6 มีผลเลือดอยู่ในเกณฑ์ และ ได้รับการปรับลดยาลง ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น[5]และผลของการเข้าค่ายเบาหวานแบบค้างแรมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง[6] การศึกษาในประเทศอินเดียเรื่องนิยามใหม่ของการลดโรคเบาหวานประเภท 2 ระยะสงบ มีลักษณะเฉพาะคือต้องบรรลุ HbA1c ต่ำกว่าระดับเป้าหมาย 7.0% คงที่ไว้อย่างน้อย 6 เดือน และไม่ต้องรักษาด้วยยา[7] ผลการรับประทานอาหารแคลอรี่ต่ำเพื่อบรรเทาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบระดับ HbA1c คงที่น้อยกว่า 6.5% เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือนหลังจากหยุดยาเบาหวาน[8] ผลของโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้นเพื่อบรรเทาอาการโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยโปรแกรมการรับประทานอาหารแคลอรี่ต่ำ 3 เดือนร่วมกับกิจกรรมโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้นและยาควบคุมเบาหวานในระยะเวลาเริ่มแรก 8 สัปดาห์ ถึง 16 สัปดาห์ พบว่ามีน้ำหนักลดลงระดับปานกลางได้ร้อยละ 5%[9]

แนวคิดการลดน้ำหนักแบบเข้มข้นในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (diabetes remission) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อาจไม่สามารถเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้ทุกรายและบางส่วนมีการกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นการสื่อสารกับผู้ป่วยถึงโอกาสสำเร็จ และการกลับเป็นซ้ำ เป็นสิ่งสำคัญ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดเพื่อนำไปสู่โรคเบาหวานระยะสงบ จะเน้นที่การจัดการด้านการบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม ร่วมกับการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกาย เป็นเวลา 3 ถึง 6 เดือน มีเป้าหมายลดน้ำหนักลง ร้อยละ 10-15 โดยปัจจุบันมีหลากหลายแนวทางที่มีหลักฐานทาง

วิชาการว่าสามารถช่วยให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้ โดยจะกล่าวถึง อาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำ อาหารพลังงานต่ำ อาหารจากพืช และการอดอาหารเป็นช่วงเวลา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด นี้ควรอยู่ในการดูแลของทีมแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร และสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ[10]

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลสำรวจการเข้าถึงบริการและการคัดกรองโรคเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 11 จังหวัดชุมพร ปีงบประมาณ 2566 การคัดกรองประชากร 35 ปีขึ้นไป พบผู้ที่ไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวานรวม 24,524 คน (83.07%) โรงพยาบาลปะทิว มีจำนวน 901 คน (91.57%) การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเบาหวาน รวม 3,464 คน (83.71%) โรงพยาบาลปะทิว มีจำนวน 114 คน (80.85%) ผู้รับบริการผู้ป่วยนอกด้วยโรคเบาหวาน รวม 26,121 คน (92,216 ครั้ง) โรงพยาบาลปะทิว มีจำนวน 1,299 คน (7,756 ครั้ง)[11] ดังนั้น โรงพยาบาลปะทิว ในปีงบประมาณ 2566 ได้มีการดำเนินงานโครงการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการควบคุมโรคเบาหวานให้อยู่ในระยะสงบ โดยเฉพาะการทำงานในลักษณะการติดตามผู้ป่วยเชิงรุกเพื่อดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มุ่งเน้นความสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวานโดยใช้โปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้นให้อยู่ในระยะสงบและมีการใช้ยาเบาหวานลดลง เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลให้ทำการวิจัยเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้นในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาชนิดกินต่อการเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลปะทิว จังหวัดชุมพร ครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้นในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาชนิดกินต่อการเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลปะทิว จังหวัดชุมพร

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้นในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาชนิดกินต่อการเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลปะทิว จังหวัดชุมพร

วิธีการศึกษา

รูปแบบ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปะทิว จังหวัดชุมพร ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน 2567

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคโรคเบาหวาน จำนวน 98 คน คำนวณจากสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย[9]

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 20 ปีขึ้นไป ขึ้นทะเบียนผู้รับบริการผู้ป่วยนอกด้วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลปะทิว รักษามากกว่าหรือเท่ากับ 12 เดือนขึ้นไป ที่มีค่า HbA1c มากกว่าระดับเป้าหมาย (>7.0%) ทั้งเพศชายหรือหญิง มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยการลงนามในเอกสารขอความยินยอมจากอาสาสมัครก่อนเริ่มกระบวนการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคแทรกซ้อนร้ายแรง ที่ทำให้ปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองประจำวันไม่ได้ อยู่ในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ เช่น มีภาวะไตวายระยะสุดท้าย มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานและต้องได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม มีภาวะตั้งครรภ์ หรือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

1. โปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้นในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาชนิดกินต่อการเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลปะทิว จังหวัดชุมพร กิจกรรมตามโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้นในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาชนิดกินต่อการเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลปะทิว จังหวัดชุมพร ดำเนินกิจกรรม 5 ครั้ง (5 สัปดาห์) ประยุกต์ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นของ ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย[10]ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพ 2) ติดตามสภาวะผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 3) การสื่อสารสร้างแรงจูงใจ 4) คงกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 5) ระยะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เป็นแบบสอบถามดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของผู้ป่วย ประยุกต์จากการศึกษาของ Murphy และคณะ[12] ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ได้แก่ ลักษณะผู้ป่วย น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต systolic ความดันโลหิต diastolic โปรตีนในปัสสาวะ cholesterol ไขมัน LDL, HDL น้ำตาลเฉลี่ยสะสม (hemoglobin: HbA1c) และอัตรากรองไต (GFR: glomerular filtration rate)

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การออกกำลังกาย (อ.1) การบริโภคอาหาร (อ 2) การส่งเสริมสุขภาพจิต (อ 3) การสูบบุหรี่ (ส 1) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ส 2) คำตอบเป็น rating scale 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 นาน ๆ ครั้ง ถึง 5 ปฏิบัติทุกวัน การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 100 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[14] คือ 0.00-33.33 ระดับต่ำ, 33.34-66.67 ระดับปานกลาง, 66.67-100.0 ระดับสูง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมตามโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้นในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาชนิดกินต่อการเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การปรับเปลี่ยนอาหาร การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย การติดตามจากเจ้าหน้าที่และการตรวจตามนัด เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ[13] ตั้งแต่ 1 นาน ๆ ครั้ง ถึง 5 ปฏิบัติทุกวัน การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 100 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[14] คือ 0.00-33.33 ระดับต่ำ, 33.34-66.67 ระดับปานกลาง, 66.67-100.0 ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย หาค่าความเที่ยง (validity) ทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของภาษา ความเข้าใจของผู้ตอบ และตรวจสอบโดยผู้รอบรู้เฉพาะทาง จำนวน 3 ท่าน เลือกใช้คำถามรายข้อที่มีค่า CVI = 1 ทุกประเด็น คือ ข้อมูลทั่วไปและลักษณะของผู้ป่วย หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญและมีการหาค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร จำนวน 30 คน นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบราค (Cronbrach's alpha coefficient) ได้ค่าเชื่อมั่น (alpha) ดังนี้ พฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เท่ากับ 0.84, พฤติกรรมการมีส่วนร่วมตามโปรแกรม เท่ากับ 0.87

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยนักวิจัยจะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยตรงจะอธิบายวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล 1-2 นาที ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10 นาที ในกรณีที่เกิดปัญหาระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้ช่วยนักวิจัยหรือผู้ตอบคำถามสามารถสอบถามนักวิจัยทางโทรศัพท์ได้ตลอดเวลา

2. เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาลงรหัส ควบคุมคุณภาพของการบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ประมวลผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา และ paired samples T-Test สำหรับวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ ได้แก่ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมตามโปรแกรม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ รหัสโครงการ CPH-EC-007/2567 ลงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการศึกษา

1. การพัฒนาโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้น ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาชนิดกินต่อการเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลปะทิว จังหวัดชุมพร โดยใช้คุณภาพกระบวนงาน PDCA 4 ขั้นตอน ดังนี้ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Do) สังเกตผลการปฏิบัติการ (Check) การประเมินผลการปฏิบัติตามแผน (Action) โปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้นในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลปะทิว จังหวัดชุมพร ประยุกต์ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ของ ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย[10] มีกิจกรรมการดำเนินการ 5 ครั้ง ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพ 2) ติดตามสภาวะผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 3) การสื่อสารสร้างแรงจูงใจ 4) คงกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 5) ระยะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผลของการจัดโปรแกรมมีดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น 2) ผู้ป่วยมีการฝึกการประกอบอาหารของตัวเอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติได้ดี และ 3) มีระบบติดตามประเมินผล

2. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการภาวะโรคเบาหวานของผู้ป่วย พบว่า หลังพัฒนาผู้ป่วยส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยภาวะโรคเบาหวาน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (t=7.064, p<0.001) ความดันโลหิตบน (t= 7.000, p <0.001) ความดันโลหิตล่าง (t=7.667, p <0.001) Serum-creatinine (t=1.433, p <0.001) Cholesterol (5.826, p <0.001) LDL-cholesterol (t=5.728, p <0.001) HDL-cholesterol (t=4.893, p <0.001) HbA1C (t=6.396, p <0.001) อัตรากรองไต GFR (t=5.194, p <0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะโรคเบาหวานของผู้ป่วย ระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา (n=98)

ผลตรวจ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	df	t	P-value
	Mean±SD	Mean±SD			
ดัชนีมวลกาย	30.17±5.91	34.03±9.29	97	7.064	<0.001*
ความดันโลหิตบน	138.69±18.18	128.47±5.34	97	7.000	<0.001*
ความดันโลหิตล่าง	81.23±5.69	78.65±3.66	97	7.667	<0.001*
Serum-creatinine	223.19±75.00	206.12±55.33	97	1.433	<0.001*
Cholesterol	204.65±49.17	189.05±33.57	97	5.826	<0.001*
LDL-cholesterol	114.86±55.60	99.26±33.21	97	5.728	<0.001*
HDL-cholesterol	63.12±20.96	57.92±12.74	97	4.893	<0.001*
HbA1C	9.60±2.94	8.32±1.59	97	6.396	<0.001*
อัตรากรองไต (GFR)	107.03±15.83	103.60±11.58	97	5.194	<0.001*

*p-value< 0.05, paired samples t-test

3. พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน พบว่า หลังพัฒนาผู้ป่วยโดยรวมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-12.736, p<0.001) โดยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อ.2 (t=-10.783, p<0.001) รองลงมาคือด้านพฤติกรรมทางอารมณ์ อ.3 (t=-7.392, p<0.001) และน้อยที่สุดคือด้านพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส.2 (t=-11.438, p<0.001) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=98)

ปัจจัย	ก่อน	หลัง	df	t	P-value
	Mean±SD	Mean±SD			
พฤติกรรมการออกกำลังกาย อ.1	12.48±4.77	13.69±6.02	97	-7.018	<0.001*
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร อ.2	25.58±3.17	28.61±2.75	97	-10.783	<0.001*
พฤติกรรมทางอารมณ์ อ.3	12.38±1.44	14.15±1.23	97	-7.392	<0.001*
พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ส.1	5.35±1.35	6.00±1.49	97	-7.573	<0.001*
พฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส.2	5.78±0.83	6.42±1.06	97	-11.438	<0.001*
เฉลี่ย	**61.56±5.66**	**68.88±7.75**	**97**	**-12.736**	<0.001*

*p-value< 0.05, paired samples t-test

ระดับพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน พบว่า หลังพัฒนาผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 81.6 เป็นร้อยละ 94.8 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=98)

ระดับพฤติกรรมเสี่ยง	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนรวม 100 คะแนน				
0.00-33.33 ระดับต่ำ	0	0.0	0	0.0
33.34-66.67 ระดับปานกลาง	80	81.6	93	94.8
66.67-100.0 ระดับสูง	18	18.4	5	5.1

4. พฤติกรรมการมีส่วนร่วมตามโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้น พบว่า หลังพัฒนาผู้ป่วยโดยรวมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมตามโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้น เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-8.798, p<0.001) โดยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมตามโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้นเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือด้านการปรับเปลี่ยนอาหารที่รับประทาน (t=-8.821, p<0.001) รองลงมาคือด้านการติดตามจากเจ้าหน้าที่และมาตรวจตามนัด (t=-9.120, p<0.001) และน้อยที่สุดคือด้านการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (t=7.018, p<0.001) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการมีส่วนร่วมตามโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้นระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=98)

พฤติกรรมการปฏิบัติ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	df	t	P-value
	Mean±SD	Mean±SD			
การปรับเปลี่ยนอาหารที่รับประทาน	32.46±3.78	35.96±5.99	97	-8.821	<0.001*
การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย	12.53±2.08	13.63±2.37	97	-5.188	<0.001*
การติดตามจากเจ้าหน้าที่และมาตรวจตามนัด	17.45±1.77	18.81±1.26	97	-9.120	<0.001*
บุหรี่	1.92±1.15	1.16±0.79	97	7.670	<0.001*
สุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	1.44±0.65	1.10±0.52	97	7.018	<0.001*
ค่าเฉลี่ย	**65.80±5.75**	**70.66±8.78**	**97**	**-8.798**	**<0.001***

*p-value< 0.05, paired samples t-test

ระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมตามโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้น พบว่า หลังพัฒนาผู้ป่วยมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมตามโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้นโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 65.3 เป็นร้อยละ 82.7 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้นระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=98)

ระดับพฤติกรรม	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนรวม 100 คะแนน				
0.00-33.33 ระดับต่ำ	**0**	**0.0**	**0**	**0.0**
33.34-66.67 ระดับปานกลาง	34	34.7	17	17.3
66.67-100.0 ระดับสูง	64	65.3	81	82.7

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนาโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้น ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาชนิดกินต่อการเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลปะทิว จังหวัดชุมพร โดยใช้คุณภาพกระบวนงาน PDCA 4 ขั้นตอน ดังนี้ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Do) สังเกตผลการปฏิบัติการ (Check) การประเมินผลการปฏิบัติตามแผน (Action) โปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้นในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลปะทิว จังหวัดชุมพร ประยุกต์ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ของ ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย[1] มีกิจกรรมการดำเนินการ 5 ครั้ง ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพ 2) ติดตามสภาวะผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 3) การสื่อสารสร้างแรงจูงใจ 4) คงกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 5) ระยะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผลของการจัดโปรแกรมมีดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น 2) ผู้ป่วยมีการฝึกการประกอบอาหารของตัวเอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติได้ดี และ 3) มีระบบติดตามประเมินผล อธิบายได้ว่า การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน โดยต้องเริ่มจำกัดอาหารโปรตีน ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ รวมทั้งการตรวจเลือดเพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นทั้งจากโรคและผลข้างเคียงของยาอาจเกิดภาวะไตเสื่อมและเกิดภาวะไตวายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลดาวัลย์ มาลัยเจริญ[15] ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่า ภายหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้แถบสีสื่อสาร มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นและแตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดลดลง[16]

2. ภาวะโรคเบาหวานของผู้ป่วย พบว่า หลังพัฒนาผู้ป่วยส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยภาวะโรคเบาหวานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตบน ความดันโลหิตล่าง โปรตีนในปัสสาวะ serum-creatinine cholesterol LDL-cholesterol HDL-cholesterol HbA1C และ อัตราการกรองไต ทั้งนี้อาจเนื่องจากการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้นของผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย จากโรคเบาหวานได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรินทร์ เชื่อมทองและคณะ[17]ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมใน

เลือดในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าโปรแกรมดีกว่า ก่อนเข้าโปรแกรม และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงหลังเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ศศิธร ดวนพล และคณะ[18]ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ ระยะเวลาการป่วย และพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังด้านการจัดการความเครียด

3. พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน พบว่า หลังพัฒนาผู้ป่วยโดยรวมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อ.2 รองลงมาคือด้านพฤติกรรมทางอารมณ์ อ.3 และน้อยที่สุดคือด้านพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส.2 ระดับพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน พบว่า หลังพัฒนาผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้นของผู้ป่วยเบาหวานครั้งนี้ ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ การควบคุมระดับไขมันในเลือด โดยควบคุมอาหารไขมัน หรือยาลดไขมันในเลือด เป้าหมายของระดับไขมันในเลือดในผู้ป่วยที่ไม่เสี่ยงต่อโรคหัวใจ งดสูบบุหรี่ ลดการรับประทานเนื้อสัตว์ โดยกินอาหารที่มีโปรตีนน้อยกว่า 0.8 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กก. ต่อวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โสภา ไชยแก้ว[19]ศึกษาการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยอาศัยกระบวนการสร้างแรงจูงใจการมีส่วนร่วม มีค่าความดันโลหิตตัวบนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 3 และ 6 เดือน และการศึกษาของ อุบลรัตน์ รัตนอุไร และ ประภาส สงบุตร[20]ศึกษาผลของโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยเบาหวานหลังเข้าโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณี ครบ 12 สัปดาห์ มีพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้น และมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลง และการศึกษาของ บดินทร์ จักรแก้ว[21]การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า กลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตได้เป็น 3.99 เท่า

4. พฤติกรรมการมีส่วนร่วมตามโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้น พบว่า หลังพัฒนาผู้ป่วยโดยรวมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมตามโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้น เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมตามโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้นเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือด้านการปรับเปลี่ยนอาหารที่รับประทาน รองลงมาคือด้านการติดตามจากเจ้าหน้าที่และมาตรวจตามนัด และน้อยที่สุดคือด้านการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยทำให้ผู้ป่วยหลังพัฒนามีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมตามโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้นโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญลักษณ์ ตั้งธรรมพิทักษ์[22]ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมผู้ป่วยสามารถชะลอภาวะไตเสื่อมโดยมีอัตราการกรองไตลดลง การศึกษาของ วสันต์ พนธารา[23] ศึกษาผลการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังเข้าโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงหลังเข้าโปรแกรม และการศึกษาของ วิรยุทธ สนธิเมือง[24]ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย ระดับการศึกษา อายุ โรคประจำตัว การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านการบริหารจัดการ ควรมีการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่ชุมชน ตามแผนการรักษาที่ตกลงร่วมกับผู้ป่วย คำนึงถึงระยะเวลาการป่วยของโรคเบาหวาน โดยการเฝ้าระวังโรคตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก การตรวจคัดกรอง การสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง รวมทั้งจัดการด้านความเครียด

2. ด้านระบบบริการ เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกเบาหวานสามารถนำการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้นของผู้ป่วยเบาหวาน ไปประยุกต์เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวาน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงจะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม

3. ด้านการพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน ควรส่งเสริมสนับสนุนชมรมผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง ประสานเชื่อมโยงชุมชนเพื่อแสวงหาทรัพยากรสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน รวมทั้งการรณรงค์กระตุ้นสร้างความตระหนักให้เครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน

ข้อเสนอแนะการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อให้ทราบรายละเอียดของปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน และศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังอื่นๆ ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยภายในบริบทตามทุนทางสังคมนั้นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Sun H, Saeedi P, Karuranga S, et al. IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. Diabetes Research and Clinical Practice. 2022;183:109119. doi:10.1016/j.diabres.2021.109119
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. กรุงเทพมหานคร: ร่มเย็นมีเดีย, 2560.
3. นวรัตน์ ชุติปัญญาภรณ์, นงนุช โอบะ. ประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับเอวันซีได้โดยสามารถหยุดรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด. NU วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2565;16(2): 81-95.
4. ชนาภา ภัทรฐิตินันท์, วีระศักดิ์ ศรินนภากร. เปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ระหว่างกลุ่มที่มารับยาที่โรงพยาบาลและกลุ่มที่รับยาทางไปรษณีย์ในช่วงที่มีโรคติดเชื้อโควิด-19. วารสารกรมการแพทย์ 2566; 48(3): 75-82.
5. คมกริช ฤทธิ์บุรี. กลยุทธ์ในการขับเคลื่อนงานเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ภาวะ “Remission”: กรณีศึกษา กลยุทธ์การขับเคลื่อนอำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2566; 5(1): 123-29.
6. พัฒนพร อุ่นวงศ์, มยุรี บุญศักดิ์. ผลของการเข้าค่ายเบาหวานแบบค้างแรมโรงพยาบาลเขื่องในต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา 2566; 3(1): 44-62.
7. Holst JJ, Madsbad S. What is Diabetes Remission? Diabetes Ther. 2021; 12(3): 641-46.
8. Yang X, Zhou J, Shao H, et al. Effect of an Intermittent Calorie-restricted Diet on Type 2 Diabetes Remission: A Randomized Controlled Trial. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2023; 108(6): 1415-24.
9. Axelsen M, Jansson L, Svanqvist L. Effect of Intensive Weight Loss Programs on Diabetes Remission in Newly Diagnosed Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review. Journal of Clinical Nutrition & Dietetics. 2018;4(2). doi:10.4172/2472-1921.100067
10. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร, 2565.
11. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC). [อินเตอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 24 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th

12. Murphy ME, Byrne M, Galvin R, Boland F, Fahey T, Smith SM. Improving risk factor management for patients with poorly controlled type 2 diabetes: a systematic review of healthcare interventions in primary care and community settings. BMJ Open 2017; 7: 135-61.
13. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son, 1967.
14. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc., 1977.
15. ลดาวัลย์ มาลัยเจริญ. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้แถบสีสื่อสารต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1 – 3a. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2564; 4(3): 109-22.
16. สลิดา รันนันท์, พาพร เหล่าสีนาท. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2562; 16(3): 138-48.
17. พัชรินทร์ เชื่อมทอง, นิภา กิมสูงเนิน, รัชนี นามจันทรา. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2563; 43(1): 78-86.
18. ศศิธร ดวนพล, ธีรศักดิ์ พาจันทร์, พิทยา ศรีเมือง. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านข่าใหญ่ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9; 2563; 14(34): 142-57.
19. โสภา ไชยแก้ว. การเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่; 2562: 18-22.
20. อุบลรัตน์ รัตนอุไร, ประภาส สงบุตร. ผลของโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562;28: 146-51.
21. บดินทร์ จักรแก้ว. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอเขตกึ่งเมืองของจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2565; 18(1): 16-30.
22. ธัญลักษณ์ ตั้งธรรมพิทักษ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่ วยเบาหวานในชุมชนบ้านหนองนาสร้าง จังหวัดร้อยเอ็ด. ศรีนครินทร์เวชสาร 2562; 34(3): 243-48.
23. วสันต์ พนธารา. ผลการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลตากฟ้า. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร 2563;17(2): 43-51.
24. วิรยุทธ สนธิเมือง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มชาวเลอูรักลาโว้ย อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร 2565; 5(2): 68-78.

ผลของโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

Effects of risk management program for falling among elderly in Tungtago Hospital, Chumphon Province.

(Received: May 11,2024 ; Revised: May 26,2024 ; Accepted: May 27,2024)

อมาวสี ทองโมทย์[1]
Amawasri Thongmote[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร ระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 52 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ได้แก่ สมรรถภาพทางกาย ความกลัวในการหกล้ม ความสามารถในการทรงตัว และพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ใน 8 สัปดาห์ คือ สัปดาห์ที่ 1 ชี้แจงการจัดกิจกรรม สัปดาห์ที่ 2 การจัดการความเสี่ยง สัปดาห์ที่ 3 วิธีการออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 4-6 การฝึกออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 7 การปรับสิ่งแวดล้อม สัปดาห์ที่ 8 ประเมินผล พบว่า หลังได้รับโปรแกรมผู้สูงอายุมีสมรรถภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= -8.231, df=51, p<0.001) มีความสามารถในการทรงตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= -7.524, df=51, p<0.001) มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-8.363, df=51,p<0.001) มีความกลัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 6.651, df=52, p<0.001) และไม่มีการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 36.5 เป็นร้อยละ 63.5

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการความเสี่ยง, การพลัดตกหกล้ม, ผู้สูงอายุ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study effects of risk management program for falling among elderly in Tungtago Hospital, Chumphon Province. Between January to March 2024, sample group consisted of 52 elderly people aged 60 years and over. Research instrument was questionnaires, including physical fitness, fear of falling, balance ability, and fall prevention behavior. Data were analyzed using Descriptive statistics and Paired t-test.

Results: found that risk management program for falling among elderly, in 8 weeks: Week 1: clarifying activities; Week 2: risk management; Week 3: exercise methods; Weeks 4-6: exercise training; Week 7: improving environment; Week 8: evaluate. Health status of the elderly found that after receiving program, elderly's overall fitness increased at statistically significant (t= -8.231, df =51, p<0.001). There was significantly greater increase in balance ability (t= -7.524, df =51, p<0.001), significantly increased fall prevention behavior (t=-8.363, df =51, p<0.001), statistically significant reduction in fear (t= 6.651, df =52, p<0.001), and had no falls, increasing from 36.5% to 63.5%.

Keywords: Risk Management Program, Falling, Elderly

บทนำ

สถานการณ์ประชากรสูงอายุในโลก ประชากรโลกกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2021 มีประชากรรวมทั่วโลก 7,875 ล้านคน ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด “ผู้สูงอายุวัยปลาย” ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากถึง 151 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อย

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลทุ่งตะโก อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

ละ 2 ของประชากร ทั้งหมดในปี 2021 ทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้ว คือมีอัตราผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป สูงกว่าร้อยละ 20 ทวีปอื่น ๆ เป็นสังคมสูงอายุทั้งหมด ยกเว้นแอฟริกาทวีปเดียวที่ยังเป็นสังคมเยาว์วัย คือมีอัตราผู้สูงอายุไม่ถึงร้อยละ 10 ประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ญี่ปุ่น ร้อยละ 35 อิตาลี ร้อยละ 30 และโปรตุเกส ร้อยละ 30 ประชากรสูงอายุในประเทศไทย ในปี 2564 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.7 ล้านคน ประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวน ขึ้นอย่างเร็วมาก เมื่อ 50 ปีก่อน มีผู้สูงอายุไม่ถึง 2 ล้านคน แต่ในปี 2564 จำนวนผู้สูงอายุ เพิ่มเป็น 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด[1]

โดยทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในปี พ.ศ. 2545 ประมาณ 391,000 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 424,000 คน ในปี พ.ศ. 2555 (เฉลี่ยวันละ 1,160 คน) จากการคาดการณ์ในภาพรวมของประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 จะมีผู้สูงอายุพลัดตกหกล้ม จำนวน 3,030,900 - 4,714,800 คน และระหว่างปีพ.ศ. 2560 - 2564 มีผู้สูงอายุพลัดตกหกล้ม ปีละประมาณ 3,030,900 - 5,506,000 คน ซึ่งในจำนวนนี้จะมีผู้เสียชีวิต จำนวน 5,700 - 10,400 คนต่อปี การพลัดตกหกล้มมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับประเทศไทยมีผู้สูงอายุเสียชีวิตกว่า 1,000 คน หรือเฉลี่ยวันละ 3 คน[2] ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ ประกอบกับปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในระยะ 10 ปี มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึง 2,500,000 คน และคาดการณ์ว่าจะสูงถึงร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2568[3] จากการศึกษาความชุกของการพลัดตกหกล้มพบว่าเพศหญิงมักจะหกล้มในตัวบ้านและบริเวณรั้วบ้าน เช่น ห้องนอน ห้องครัว และห้องน้ำ เป็นต้น ส่วนเพศชาย จะพบหกล้มบริเวณนอกบ้านขณะเดินทาง และในสถานที่ทำงาน นอกจากนี้ การบาดเจ็บภายหลังการพลัดตกหกล้ม มีตั้งแต่อาการเล็กน้อย เช่น อาการฟกช้ำ แผลถลอก กระดูกหัก จนถึงขั้นรุนแรงและเสียชีวิตได้[4] เมื่อพิจารณาตามเขตสุขภาพ พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ ในเขตสุขภาพที่ 1, 5, 2, 11, 10 และ 6 ตามลำดับ[5] ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในประชากรสูงอายุทั่วประเทศดำเนินการโดยกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค ในปี พ.ศ. 2566 พบว่า เคยพลัดตกหกล้มในรอบ 1 ปี ร้อยละ 12.60 หรือ 339 คน ได้รับบาดเจ็บ ร้อยละ 60.18 บาดเจ็บจนต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ร้อยละ 20.10 และ ได้รับบาดเจ็บจนกระดูกหัก ร้อยละ 9.80ผู้ที่เคยหกล้มมีความกังวลกลัวหกล้ม ไม่กล้าทำกิจวัตรประจำวันที่เคยทำได้หรือไม่ออกไปร่วมกิจกรรมสังคมนอกบ้าน ร้อยละ 34.81[6] และการหกล้มและจำนวนครั้งที่หกล้มมีความสัมพันธ์สอดคลองกับอายุที่เพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุวัยปลายเคยหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุวัยกลางและวัยต้น คือ ร้อยละ 8.9 สำหรับวัยปลาย ร้อยละ 7.1 สำหรับวัยกลางและร้อยละ 5.5 สำหรับวัยต้นตามลำดับ[7]

แนวคิดการจัดการความเสี่ยงภาวะหกล้มของผู้สูงอายุ ให้คำนึงถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและด้านสังคม ความเสี่ยงและการบาดเจ็บจากภาวะหกล้มเกิดจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยที่เป็นระดับบุคคล ระดับชุมชน และระดับประเทศ การป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุจึงต้องประเมินอย่างเป็นระบบในปัจจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับมาตรการป้องกันและรักษาภาวะหกล้มของผู้สูงอายุ เน้นความสำคัญใน 4 เรื่องหลัก ดังนี้ 1) การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัว และการเดิน 2) ตรวจวัดสายตาและการมองเห็น รวมถึงระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม 3) ตรวจสอบการใช้ยาและแก้ไขหากมีปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือมีการใช้ยาที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหกล้ม 4) ประเมินสภาพแวดล้อมและปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม ควรวางแผนร่วมมือเป็นทีมหมอครอบครัวเพื่อการ

ประเมินและใช้มาตรการป้องกันร่วมกันทั้งหมดโดยหวังผลให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด และตรงกับปัญหาของผู้สูงอายุเฉพาะแต่ละบุคคล[8]

จังหวัดชุมพร ในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 86,697 คน จากการรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินตามความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL) พบว่ามีกลุ่มติดสังคม 75,909 คน กลุ่มติดบ้าน 2,134 คน กลุ่มติดเตียง 552 คน รวม 78,595 คน คิดเป็นร้อยละ 90.65 (เป้าหมายร้อยละ 80) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลทุ่งตะโก มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 1,033 คน จำแนกออกเป็นกลุ่ม ตามจำนวนผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง พบว่ามีกลุ่มติดสังคม 989 คน กลุ่มติดบ้าน 18 คน กลุ่มติดเตียง 4 คน รวม 1,011 คน คิดเป็นร้อยละ 97.87 และกลุ่มที่ยังไม่ได้รับการคัดกรอง 22 คน ผลการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Basic/Community Screen STEP) ในเขตโรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร ปีงบประมาณ 2566 ต่อการพลัดตกหกล้ม คัดกรอง จำนวน 1,030 คน ร้อยละ 99.71 ไม่เสี่ยง 902 เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 128 คน ในส่วนการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน จาก API คัดกรอง 1,121 คน ร้อยละ 100 ต่อการพลัดตกหกล้ม ปกติ 938 คน เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 183 คน ผู้สูงอายุที่พบสภาวะทดถอยจากการคัดกรองโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหรือประเมินซ้ำ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Confirm STEP2) โรงพยาบาลทุ่งตะโก ปีงบประมาณ 2566 จำนวนผู้สูงอายุ 1,033 คน จำนวนผู้สูงอายุที่พบความผิดปกติ จำนวน 274 คน ร้อยละ 26.52 มีความเสี่ยงต่อพลัดตกหกล้ม จำนวน 131 คน ร้อยละ 12.68 และได้รับการจัดทำ care plan และให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ (STEP3 Big Rock 4) ร้อยละ 100[9]

ทั้งนี้ โรงพยาบาลทุ่งตะโก ได้มีการพัฒนาและการจัดกิจกรรมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลทุ่งตะโก ภายใต้โครงการชุมพรเมืองน่าอยู่ สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพัฒนามาจากแนวความคิดของ โรเซนสต๊อก[10] และทฤษฎีความสามารถแห่งตน[11] ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการสอนเป็นกลุ่มย่อยในชมรมผู้สูงอายุ เริ่มตั้งแต่ในปีงบประมาณ 2565-2566 เพื่อจะเป็นประโยชน์ที่สำคัญยิ่งต่อการนำข้อมูลการวิจัยไปประกอบการวางแผนและกำหนดแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ อันจะส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มและผู้สูงอายุมีความสามารถในกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้น ดังนั้น จึงเป็นเหตุผลให้ผู้วิจัยทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร ระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีผลตรวจ ADL ≥ 12 คะแนน ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 52 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน[12] ดังนี้

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma_d^2}{(\mu_d)^2}$$

เมื่อ Z_α = ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.96, Z_β = กำหนดค่า Power of Test เท่ากับ 80 มีค่าเท่ากับ 0.84, σ^2_d = ค่าความแปรปรวนร่วม, μ_d =ผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังทดลอง อ้างอิงการศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน[13] พบว่าอัตราการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรม (mean= 1.04, SD = 0.40) ภายใน 90 วัน ต่ำกว่าก่อนที่ยังไม่ได้รับโปรแกรม (mean = 1.20, S.D = 0.21) แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(1.96 + 0.84)^2 \times 4.78}{(0.40+.021)^2} = 40.13 \text{ คน}$$

หลังจากแทนค่าในสูตรได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 41 คน และผู้วิจัยปรับขนาดตัวอย่างเผื่อข้อมูล drop out 20% ของกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวน 52 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลทุ่งตะโก เครื่องมือวิจัยนี้ผู้วิจัยสร้างเองโดยประยุกต์มาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนามาจากแนวความคิดของ โรเซนสต๊อก[10] และทฤษฎีความสามารถแห่งตน[11] ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการสอนเป็นกลุ่มย่อยในชมรมผู้สูงอายุเป็นกลุ่มย่อยในชมรมผู้สูงอายุ ดำเนินการใน 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงการจัดกิจกรรมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ สัปดาห์ที่ 2 การจัดการความเสี่ยง สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 4-6 การฝึกออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 7 การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะสุขภาพโดยรวม ได้แก่ โคเลสเตอรอล ความดันโลหิต การออกกำลังกาย และ การพลัดตกหกล้ม

ส่วนที่ 2 สมรรถภาพทางกายผู้สูงอายุ เครื่องมือวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ[8] ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และสมรรถภาพทางกายผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 ความกลัวในการหกล้ม จำนวน 15 ข้อ เครื่องมือวิจัยนี้ผู้วิจัยประยุกต์มาจากสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ[8] คำถาม เช่น ความกลัวในการหกล้มเกี่ยวกับ การทำความสะอาดบ้าน ใส่หรือถอดเสื้อผ้า รับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเกิดการกำเริบของโรค หุงข้าวทำกับข้าวอย่างง่าย การอาบน้ำ เป็นต้น การตอบมี 1-5[14] คือ 1=น้อยที่สุด ถึง 5=มากที่สุด การแปลผลรวม 75 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[15] คือ 1.00-25.00 ระดับต่ำ, 25.01 – 50.00 ระดับปานกลาง, 50.01 – 75.00 ระดับสูง

ส่วนที่ 4 ความสามารถในการทรงตัว โดยวิธี Berg Balance Scale 14 ข้อ เครื่องมือวิจัยนี้ผู้วิจัยประยุกต์มาจาก ทิวาพร ทวีวรรณกิจ และคณะ[16] เกี่ยวกับความสามารถด้านการลุกขึ้นยืน พยายามไม่ใช้มือยัน การยืนนิ่ง 2 นาทีโดยไม่จับสิ่งของใด ๆ การนั่งไม่พิงพนักเก้าอี้มือทั้งสองกอดอก 2 นาที เป็นต้น การให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนน คือ 0 = ทำไม่ได้, 1 = ทำได้น้อยที่สุด ถึง 5 = ทำได้มากที่สุด การแปลผลคะแนนรวม 56 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[15] คือ 1.00-18.66 ระดับต่ำ, 18.67-37.33 ระดับปานกลาง, 37.34-56.00 ระดับสูง

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ เครื่องมือวิจัยนี้ผู้วิจัยประยุกต์มาจาก ทิวาพร ทวีวรรณกิจ และคณะ[16] เกี่ยวกับการกระทำหรือการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ได้แก่ การไปรับการตรวจวัดสายตาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง กรณีที่มีปัญหาทางสายตา เช่น สายตายาว ท่านรับการตรวจรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาทางสายตา รับประทานยา การตอบเป็นระดับพฤติกรรม 1-5[14] คือ 1=น้อยที่สุด ถึง 5=มาก

ที่สุด การแปลผลคะแนนรวม 50 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[15] คือ 1.00 – 16.66 = ระดับต่ำ, 16.67 – 33.33 = ระดับปานกลาง, 33.34 – 50.00 = ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การหาค่าความเที่ยง (content validity index: CVI) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสำหรับข้อมูลทั่วไป โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เลือกใช้คำถามรายข้อที่มีค่า CVI = 1 ทุกประเด็น คือ ข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุ การหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ในเขตอำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ปรากฏค่าเชื่อมั่น alpha ของแบบสอบถามดังนี้ สมรรถภาพทางกายผู้สูงอายุ .87 ความกลัวการหกล้ม = .81 ความสามารถในการทรงตัว = .84 และพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ = .86

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ระยะก่อนการทดลอง เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยวิจัย ชี้แจงให้วัตถุประสงค์ของการวิจัย และการสอนเป็นกลุ่มย่อยในชมรมผู้สูงอายุ

ระยะทดลอง ดำเนินการจัดกิจกรรม 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 Pre-test (ก่อนการจัดกิจกรรม) กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงการจัดกิจกรรมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้ในการจัดการความเสี่ยงหลายอย่างร่วมกันครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ ที่จะมีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยโปรแกรมการให้ความรู้การออกกำลังกาย และการให้คำปรึกษาแนะนำในการใช้ยา กิจกรรมการให้ความรู้

สัปดาห์ที่ 3 ให้ความรู้วิธีออกกำลังกาย เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ ได้จัดกิจกรรมการออกกำลังกายออกเป็น 2 กิจกรรมหลัก ได้แก่ กิจกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว ให้กับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม โดยการสาธิตการออกกำลังกาย ประกอบสื่อวีดีทัศน์การฝึกการออกกำลังกาย และให้การบ้านเป็นตารางออกกำลังกายด้วยตนเองต่อเนื่องที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 4-6 การฝึกออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เนื้อหากิจกรรม ได้แก่ 1) ท่ายืดกล้ามเนื้อและฝึกความยืดหยุ่นของข้อ 4 ท่า 2) ท่าฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 4 ท่า 3) ท่าฝึกการเดินและการทรงตัว 7 ท่า

สัปดาห์ที่ 7 การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม เกี่ยวกับการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน ได้แก่ ลักษณะที่อยู่อาศัย พื้นบ้าน ขอบธรณีประตู/พื้นต่างระดับ แสงสว่างภายในบ้าน บันได ห้องน้ำ ห้องส้วม การจัดวางสิ่งของ พรมเช็ดเท้า สัตว์เลี้ยง และบริเวณรอบ ๆ บ้าน

สัปดาห์ที่ 8 การสรุปและประเมินผลผู้เข้าร่วมโปรแกรมตอบแบบสอบถาม (post-test)

3. ระยะหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 8 (2 ชั่วโมง) การสรุปและประเมินผล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงของผู้สูงอายุต้นแบบสมรรถภาพดี พร้อมทั้งประเมินผลหลังเข้าร่วมกิจกรรมครบ 8 สัปดาห์ ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมตอบแบบสอบถาม (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ สถิติเชิงอนุมาณ วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างตัวแปรเปรียบเทียบ 1 กลุ่ม (one group measured) ระหว่างก่อน-หลังพัฒนา โดยใช้ Paired t-test ได้แก่ สมรรถภาพระบบหายใจและหลอดเลือด ความกลัวในการหกล้ม ความสามารถในการทรงตัว พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ และ การพลัดตกหกล้ม

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการ

พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เอกสารรับรองเลขที่ 005/2567 ลงวันที่ 2 มกราคม 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.4 อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 46.2 และภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.5

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพปกติเพิ่มขึ้น ได้แก่ ระดับ cholesterol จากร้อยละ 21.2 เป็นร้อยละ 78.8 systolic blood pressure จากร้อยละ 40.4 เป็นร้อยละ 51.9 diastolic blood pressure จากร้อยละ 40.4 เป็นร้อยละ 96.2 ออกกำลังโดยการเดินจากร้อยละ 63.5 เป็นร้อยละ 73.1 และผู้สูงอายุไม่มีการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 36.5 เป็นร้อยละ 63.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n= 52)

ภาวะสุขภาพ	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ Cholesterol				
ปกติ (<200 มก./ดล.)	11	21.2	41	78.8
ผิดปกติ (≥ 200 มก./ดล.)	41	78.8	11	21.2
Systolic blood pressure				
ปกติ ต่ำกว่า 130 mmHg	21	40.4	27	51.9
ผิดปกติ 130 mmHg ขึ้นไป	31	59.6	25	48.1
Diastolic blood pressure				
ปกติ ต่ำกว่า 90 mmHg	21	40.4	50	96.2
ผิดปกติ 90 mmHg ขึ้นไป	31	59.6	2	3.8
การออกกำลังกาย				
ไม่มี	13	25.0	3	5.8
เดิน	33	63.5	38	73.1
เต้น	3	5.8	3	5.8
แกว่งแขน	2	3.8	7	13.5
ทำสวน	1	1.9	1	1.9
จำนวนครั้งที่พลัดตกหกล้ม				
ไม่มี	19	36.5	33	63.5
1 ครั้ง	10	19.2	15	28.8
2 ครั้งขึ้นไป	23	44.2	4	7.7

สมรรถภาพทางกายผู้สูงอายุ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= -8.231, df=51, p<.001) มีสมรรถภาพเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ การเดินย่ำก้าว 2 นาที จาก 53.60 เป็น 66.21 รองลงมาคือ ลุกยืนจากเก้าอี้ จาก 6.85 เป็น 10.29 และมีสมรรถภาพเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดคือ นั่งเก้าอี้ยื่นแขนแตะปลายเท้า จาก 0.85 เป็น 1.10 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางร่างกายผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=52)

สมรรถภาพ	ก่อน	หลัง	t	df	*p*-value
	เฉลี่ย	เฉลี่ย			
1. ดัชนีมวลกาย (กก./ม.^{2})	24.72	22.86	5.212	51	<.001*
2. เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)	88.67	86.06	4.691	51	<.001*
3. เดินย่ำก้าว 2 นาที (ครั้ง)	53.60	66.21	-8.006	51	<.001*
4. ลุกยืนจากเก้าอี้ (ครั้ง)	6.85	10.29	-9.108	51	<.001*
5. งอแขนพับศอก (ครั้ง)	10.56	13.63	-9.758	51	<.001*
6. นั่งเก้าอี้ยื่นแขนแตะปลายเท้า แตะได้ (นิ้ว)	0.85	1.10	-2.897	51	.006*
7. การเอื้อมแขนแตะมือด้านหลัง แตะได้ (นิ้ว)	2.26	3.06	-6.412	51	<.001*
8. การลุกเดินจากก้าวอี้ไปและกลับ ทำได้ (วินาที)	6.10	7.87	-6.329	51	<.001*
เฉลี่ย	**193.60**	**211.09**	**-8.231**	**51**	**<.001***

**p*-value <.05, Paired t-test

ความสามารถในการทรงตัว พบว่าหลังได้รับโปรแกรมผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการทรงตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= -7.524, df=51, p<0.001) ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทรงตัวเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ยืนนิ่ง 2 นาทีโดยไม่จับสิ่งของ จาก 3.23 เป็น 3.90 รองลงมาคือ ลุกขึ้นยืน พยายามไม่ใช้มือยัน จาก 3.23 เป็น 3.81 และผู้สูงอายุมีความสามารถในการทรงตัวเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดคือ ยืนเท้าชิดกัน 2 ข้างโดยไม่ยึดเกาะสิ่งใด จาก 2.87 เป็น 3.06 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการทรงตัว ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=52)

ความสามารถในการทรงตัว	ก่อน	หลัง	t	df	*p*-value
	เฉลี่ย	เฉลี่ย			
1. ลุกขึ้นยืน พยายามไม่ใช้มือยัน	3.23	3.81	-6.872	51	<.001*
2. ยืนนิ่ง 2 นาทีโดยไม่จับสิ่งของ	3.23	3.90	-8.299	51	<.001*
3. นั่งไม่พิงพนักเก้าอี้มือทั้งสองกอดอก 2 นาที	3.27	3.87	-7.554	51	<.001*
4. เปลี่ยนจากยืนเป็นนั่งเอง	3.10	3.63	-7.178	51	<.001*
5. เคลื่อนย้ายตัวเองจากเก้าอี้ไปอีกเก้าอี้หนึ่ง ทำสลับกัน โดยครั้งแรกให้นั่งเก้าอี้มีที่พัก แขนและอีกเก้าอี้หนึ่งไม่มีที่พักแขน	3.21	3.60	-5.236	51	<.001*
6. ยืนหลับตานิ่งๆ 10 นาที	1.90	2.23	-4.977	51	<.001*
7. ยืนเท้าชิดกัน 2 ข้างโดยไม่ยึดเกาะสิ่งใด	2.87	3.06	-3.120	51	.003*
8. ยกแขนขึ้นด้านหน้าขนานกับพื้น (90 องศา) เอนไปข้างหน้าให้มากที่สุด	2.46	2.88	-5.684	51	<.001*
9. หยิบรองเท้าที่วางอยู่ด้านหน้าของเท้า	3.13	3.56	-4.790	51	<.001*
10. หมุนตัวไปทางซ้ายให้มากที่สุด พยายามมองสิ่งที่อยู่ด้านหลัง และทำซ้ำทางด้านขวา	2.96	3.40	-3.655	51	.001*
11. หมุนตัวกลับ 360 องศา โดยหมุนไปทางซ้ายให้ครบแล้วหมุนกลับไปทางขวา	2.88	3.37	-3.868	51	<.001*

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการทรงตัว ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=52)

ความสามารถในการทรงตัว	ก่อน	หลัง	t	df	*p*-value
	เฉลี่ย	เฉลี่ย			
12. วางเท้าบนตั่ง (ม้าเตี้ย) ทีละข้างสลับกัน ทำซ้ำข้างละ 4 ครั้ง	3.15	3.67	-6.137	51	<.001*
13. วางเท้าข้างหนึ่ง ให้อยู่ด้านหน้าเท้าอีกข้างหนึ่ง	3.06	3.40	-4.804	51	<.001*
14. ยืนขาข้างเดียวได้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยไม่มีการยึดวัตถุ	1.79	2.06	-3.675	51	.001*
ค่าเฉลี่ย	**40.25**	**46.44**	**-7.524**	**51**	<.001*

**p*-value <.05, Paired t-test

พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-8.363, df=51, p<0.001) ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ เมื่อมีปัญหาทางสายตาจะไปการตรวจรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาทางสายตาทันที จาก 3.25 เป็น 4.98 รองลงมาคือ ไปรับการตรวจวัดสายตาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จาก 3.73 เป็น 4.96 และผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดคือ ได้รับบริการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงภาวะหกล้มทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จาก 4.67±0.47 เป็น 5.00±0.00 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=52)

พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม	ก่อน	หลัง	t	df	*p*-value
	เฉลี่ย	เฉลี่ย			
1. ไปรับการตรวจวัดสายตาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	3.73	4.96	-9.223	51	<.001*
2. เมื่อมีปัญหาทางสายตาจะไปการตรวจรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาทางสายตาทันที	3.25	4.98	-8.339	51	<.001*
3. รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง	4.00	5.00	-7.141	51	<.001*
4. ท่านปรึกษาแพทย์ทุกครั้งเมื่อมีปัญหาเรื่องการรับประทานยาหรือผลข้างเคียงของยา เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ฯลฯ	4.40	5.00	-8.677	51	<.001*
5. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	4.02	4.83	-6.570	51	<.001*
6. จะพยายามช่วยตนเองในการป้องกันภาวะหกล้ม	4.12	4.83	-5.892	51	<.001*
7. ครอบครัวและผู้ดูแลในครอบครัว ให้การดูแลเพื่อป้องกันการหกล้ม	4.13	4.90	-5.646	51	<.001*
8. ได้รับบริการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงภาวะหกล้มทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	4.67	5.00	-4.977	51	<.001*
9. มีการออกกำลังกายตามความเหมาะสม	2.96	3.94	-5.683	51	<.001*
10. ในบ้านมีการป้องกันภาวะหกล้ม เช่น มีราวจับตามทางเดินหรือในห้องน้ำ	3.35	3.88	-6.741	51	<.001*
ค่าเฉลี่ย	**38.63**	**47.33**	**-8.363**	**51**	<.001*

**p*-value <.05, Paired t-test

สรุปและอภิปรายผล

1. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพปกติเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นตามสมมติฐาน ได้แก่ ระดับ cholesterol, systolic blood pressure, diastolic blood pressure ออกกำลังโดยการเดิน ออกกำลังกาย 5 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ[17] พบว่า โปรแกรมป้องกันการหกล้มนี้สามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการศึกษาของปริศนา รถสีดา[18] การศึกษาการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน: บทบาทพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน พบว่า แนวทางการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลชุมชนในการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่ การประเมินผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลการรับประทานยารักษาโรค อาหาร การปรับสิ่งแวดล้อม และการส่งเสริมการออกกำลังกาย

2. สมรรถภาพทางกาย หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ การเดินย่ำก้าว 2 นาที รองลงมาคือ ลุกยืนจากเก้าอี้ และมีสมรรถภาพเพิ่มขึ้นในการนั่งเก้าอี้ยื่นแขนแตะปลายเท้า ตามลำดับ ซึ่งเป็นตามสมมติฐาน สอดคล้องกับการศึกษาการป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง พบว่าการสร้างเสริมความตระหนักถึงความต้องการของผู้รับบริการเป็นสำคัญและกระตุ้นการมีส่วนร่วมให้เกิดความเข้าใจและรู้สึกเป็นเจ้าของในกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อให้ผู้สูงอายุมีการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว[19]

3. ความสามารถในการทรงตัว หลังได้รับโปรแกรมผู้สูงอายุมีความสามารถในการทรงตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า หลังได้รับโปรแกรมทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทรงตัวเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ การยืนนิ่ง 2 นาทีโดยไม่จับสิ่งของ ลุกขึ้นยืนพยายามไม่ใช้มือยัน และผู้สูงอายุมีความสามารถในการทรงตัวยืนเท้าชิดกัน 2 ข้างโดยไม่ยึดเกาะสิ่งใดๆ ได้ ตามลำดับ จึงมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทรงตัวเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นตามสมมติฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรพัฒน์ นาวารัตน์และคณะ[20] ศึกษาค่าจุดตัดความเร็วในการเดินสำหรับทำนายการกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า ความเร็วในการเดินสามารถนำมาใช้ฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดเพื่อเพิ่มความสามารถในการทรงตัวได้ และการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มมี 3 อย่าง ได้แก่ โรคทางระบบประสาท การใช้ยา และความสามารถในการทรงตัว[21]

3. พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า หลังได้รับโปรแกรมทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ เมื่อมีปัญหาทางสายตาจะไปการตรวจรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาทางสายตาทันที จะไปรับการตรวจวัดสายตาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในการได้รับบริการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงภาวะหกล้มทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตามลำดับ และผู้สูงอายุไม่มีการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 36.5 เป็นร้อยละ 63.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่าหลังทดลองผู้สูงอายุสามารถป้องกันการหกล้มแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทำให้ผู้สูงอายุมีการเตรียมความพร้อมในการ

ป้องกันการหกล้มได้มากขึ้น[22] การศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า ป่วยสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มดีกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรม[23] การศึกษาของ จรัญญา ส่งเสริม[13] ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า หลังได้รับโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มผู้สูงอายุในชุมชนมีพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและอัตราการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมภายใน 90 วัน ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรม และการศึกษาที่พบว่า สมรรถภาพด้านการทรงตัวและด้านการใช้ยามีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[24]
สรุปผล โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุนี้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทรงตัว มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มและมีสมรรถภาพโดยรวมดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านนโยบาย จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ประกอบในการพัฒนานโยบายในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุต่อเนื่องไปยังชุมชน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการหกล้มและอัตราการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

2. ด้านการปฏิบัติ จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้บริการสามารถนำโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานการส่งเสริมและป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุต่อไป โดยสามารถนำความรู้และกิจกรรมโปรแกรมไปต่อยอดหรือนำไปใช้ในการเพิ่มสมรรถนะของผู้สูงอายุ รวมทั้งสามารถนำไปพัฒนาแกนนำในชุมชนขยายผลนำไปใช้ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากผู้วิจัยพัฒนากิจกรรมและศึกษาในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร เท่านั้น ดังนั้นควรศึกษาและพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมและป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนอื่น ๆ ในวงกว้างจะเป็นประโยชน์ต่อทั้งผู้สูงอายุ และให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่ออายุสูงขึ้นไปในระยะยาวจะสามารถช่วยลดภาระการดูแลของญาติได้

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Thailand’s leadership and innovations towards healthy ageing. [Internet]. 2023. [Cited 2023 June 2]. Available from: https://www.who.int/thailand
2. Odasso MM, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. [Internet]. 2022. [Cited 2023 May 2]. Available from: https://academic.oup.com/ageing/article/51/9/afac205/6730755
3. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. บทความเรื่อง สังคมผู้สูงอายุ : นัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ. [อินเตอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 17 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงจาก http://www.stou.ac.th/stouonline/lom/data/sec/Lom 12/05-01.html.
4. สำนักระบาดวิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2560. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. [อินเตอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 17 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงจาก http://www.boe.moph.go.th/Annual
5. นิพา ศรีช้าง, วิตรา กำวี. รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้ม ของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 – 2564. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. [อินเตอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 17 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงจาก http://www.thaincd.com

6. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. รายงานสรุปผลการประเมินความรอบรู้การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2566. [อินเตอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 17 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงจาก https://ddc.moph.go.th/uploads/files/37140202309190758
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2564. นนทบุรี: กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565.
8. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. [อินเตอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 17 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงจาก: http://agingthai.dms.go.th/agingthai
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร. ข้อมูลจาก HDC จังหวัดชุมพร. [อินเตอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงจาก: http://www.cmpo.moph.go.th/cmpo
10. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs 1974; 2: 328-35.
11. Bandura. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company, 1997.
12. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์, 2557.
13. จรัญญา ส่งเสริม. ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารโรงพยาบาลนครพนม 2564; 8(1): 73-83.
14. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son, 1967.
15. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc., 1977.
16. ทิวาพร ทวีวรรณกิจ, สุกัลยา อมตฉายา, พรรณี ปึงสุวรรณ, ลักขณา มาทอ. การทรงตัว การล้ม และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวและไม่เคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำ. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2553; 22(3): 271-79.
17. กาญจนา พิบูลย์. โครงการวิจัยเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2562.
18. ปริศนา รถสีดา. การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน: บทบาทพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน. วารสารพยาบาล สภากาชาดไทย 2561; 11(2): 15-25.
19. ญาดานุช บุญญรัตน์. การป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง. ลำปางเวชสาร 2561; 39(1): 41-43.
20. จิรพัฒน์ นาวารัตน์, มูรณีย์ ดารามัน, วันวิสาข์ สุตระ, จุฬาลักษณ์ จิตรสว่าง, อรพรรณ มีเงิน. ค่าจุดตัดความเร็วในการเดินสำหรับทำนายการกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ 2561; 21(3): 317-24.
21. Emerson PN. Fall-Risk Assessment and Intervention to Reduce Fall-related Injuries and Hospitalization among Older Adults. The Journal for Nurse Practitioners. 2023; 19(1): 104397. doi:10.1016/j.nurpra.2022.07.005
22. ธีรภัทร อัตวินิจตระการ, ชวนนท์ อิ่มอาบ. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมและป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารแพทย์เขต 4-5, 2562; 38(4): 288-98.
23. มานิตา รักศรี, นารีรัตน์ จิตรมนตรี, เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ. ผลของโปรแกรมการปรับความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย 2562; 12(2): 134-50.
24. Karpusenko T, Alfonsi M, Cirino NT de O, et al. Factors associated with unrecovered falls among older adults. Geriatric Nursing. 2023; 51: 323-29.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน

Development of nursing model for stroke patients in mission of nursing group Lamphun Hospital

(Received: June 25,2024 ; Revised: June 28,2024 ; Accepted: June 29,2024)

วัชราพร ดวงแก้ว[1], อรทัย ธรรมป๊อก[1], ธนิตา จิตนารินทร์[1], อัญชลี ศรีสุตา[1], มาลีวรรณ เกษตรทัต[1]
Watcharaporn Daungkaew[1], Orathai Thummapok[1], Thanita Jitnarin[1], Anchalee Srisuta[1], Maleewan Kasettath[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและใช้รูปแบบพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน ทำการศึกษาในช่วงเดือนพฤษภาคม 2566 -พฤษภาคม ปี 2567 รวมระยะเวลา 12 เดือน กลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 19 คน และ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในโรงพยาบาลลำพูน จำนวน 223 คน รวม 2 กลุ่ม 242 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาล แบบสัมภาษณ์เชิงคุณภาพเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ มัธยฐาน และเชิงคุณภาพในการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า 1. การพัฒนา ประกอบด้วย 11 มาตรการสำคัญ ดังนี้ 1) การลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) การเพิ่มจำนวนเตียง ด้วยประชุมทีมผู้ดูแลผู้ป่วย Stroke นำข้อมูลผู้ป่วย มาคำนวณจำนวนเตียงเพื่อให้เพียงพอต่อการรองรับผู้ป่วยที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล 3) การลดระยะเวลา Door to Operation time, Door to needle time 4) การพัฒนาสมรรถนะโรงพยาบาลอำเภอชุมชน 5) การพัฒนาระบบนิเทศทางคลินิก 6) การพัฒนาระบบการประเมินผู้ป่วยในโรงพยาบาล 7) การพัฒนาระบบแจ้งเหตุและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 8) การพัฒนาระบบส่งต่อในชุมชน 9) การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 10) กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ 11) พัฒนาระบบเซ็นยินยอมของญาติเพื่อการรักษา และทำหัตถการที่รวดเร็ว 2. คะแนนสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 12.06) 3. เวลาเฉลี่ย Door-to-needle พบว่าระยะก่อนพัฒนามีความสัมพันธ์กับ Door-to-needle ระยะหลังพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (χ^2=3.91)

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, การดูแลผู้ป่วย, การพยาบาล

Abstract

This research is an action research aim to developing and using a nursing model for stroke patients of nursing mission group Lamphun Hospital. conducted during May 2023 - May 2024, a total of 12 months, sample group of stroke patient care staff 19 and stroke patients 223 people, totaling 2 groups of 242 people. Tools used consisted of a nurse competency assessment form. Qualitative interview form for staff and patients in the care of stroke patients. Data were analyzed using descriptive statistics, percentages, medians, and qualitative content analysis.

Results: 1. Development consists of 11 important measures as follows: 1) Reducing the death rate of stroke patients 2) Increasing the number of beds. By meeting with the team caring for stroke patients, bringing patient information Let's calculate the number of beds to be sufficient to accommodate patients admitted to the hospital. 3) Reducing Door to Operation time, Door to needle time 4) Developing the

[1] โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน

competency of community district hospitals 5) Developing a clinical supervision system. 6) Developing a hospital patient assessment system 7) Developing a system for notifying and caring for stroke patients in the community 8) Developing a referral system in the community 9) Providing knowledge about stroke in the community 10) Process of caring for stroke patients with a multidisciplinary team 11) Develop a system for signing relatives' consent for treatment. 2. The competency scores of professional nurses in nursing stroke patients after the development increased significantly at the .05 level (t = 12.06). 3. The average door-to-needle time It was found that the pre-development period was related to Door-to-needle The latter period developed with statistical significance at the .05 level (χ^2=3.91).
Keywords: stroke, patient care, nursing

บทนำ

ปัญหาโรคหลอดเลือดสมองนั้นเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกพบอุบัติการณ์มากกว่า 15 ล้านคนต่อปี[1] ประเทศไทยพบผู้เสียชีวิตโดยประมาณสามแสนรายต่อปี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 และนับว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการและนับว่าเป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ[2] ลักษณะทางคลินิกของโรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือดเฉียบพลันบริเวณหลอดเลือดขนาดใหญ่ของสมองใหญ่ทำให้มีการสูญเสียเซลล์ประสาท [3] การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ทางหลอดเลือดดำโดยเร็วเพื่อให้ระบบประสาทมีการฟื้นตัว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและความพิการหลงเหลืออยู่สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ[4]

กลุ่มภารกิจพยาบาลมีความสำคัญในการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทบทวนองค์ความรู้ ให้นโยบายกำกับดูแลแต่ละแผนก การอบรม ถ่ายทอด มอบบทบาทสำคัญโดยตรงในการดูแลตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล สิ่งสำคัญคือต้องมีการจัดการระบบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยา rt-PA อย่างรวดเร็วการดำเนินงานที่ผ่านมาของทีมในระบบช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชนิดเฉียบพลัน (Stroke fast track) และต้องพัฒนาต่อไปในระบบชุมชน จนครบวงจรการรักษา และใช้ชีวิตต่ออย่างปกติสุขเมื่อทำการรักษาหาย[5] องค์กรหน่วยงานบริการพยาบาลต่าง การเทียบเคียงคุณภาพการพยาบาลเพื่อให้ได้มาซึ่งวิธีปฏิบัติการพยาบาล เกณฑ์คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลและเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการปฏิบัติและนวัตกรรมอย่างกว้างขวาง ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา Best Practices ทางการพยาบาล อันจะนำไปสู่คุณภาพบริการพยาบาลต่อไป[6]

โรงพยาบาลลำพูน ตั้งเป้าหมายในการลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 7 และดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยให้สามารถได้รับการรักษาใน (Stroke unit) ให้ครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 80 การดูแลผู้ป่วยในต้องมีเตียงรองรับผู้ป่วย 8 เตียง ปัจจุบันโรงพยาบาลลำพูนมีซึ่งจำนวนเตียงมีแค่ 4 เตียง การพัฒนา Door to Operation time และ Door to needle time มีเป้าหมายให้น้อยกว่า 45 นาที ปัจจุบันโรงพยาบาลลำพูนอยู่ที่ 60 นาที สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากญาติผู้ป่วยตัดสินใจช้า เนื่องจากกลัวและไม่เข้าใจแผนการรักษามีการให้ข้อมูลโดยแพทย์และพยาบาลซ้ำซ้อนกันหลายครั้งรูปแบบการให้ข้อมูลเป็นการให้ด้วยวาจา ไม่มีแนวทางที่ชัดเจน เป็นไปตามประสบการณ์และความรู้ของแต่ละบุคคล ระยะเวลาการให้ยาที่ล่าช้าส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตสูงร้อยละ 7.26 อัตราการเกิด IICP และเลือดออกในสมองสูงถึงร้อยละ 10.03 จึงเป็นภาพสะท้อนให้เห็นว่าการบริหารจัดการในการดูแลผู้ป่วยยังไม่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีเท่าที่ควร[7]

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นว่า การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพัฒนาระบบการดูแลรักษาในชุมชน โรงพยาบาล และคืนผู้ป่วยสู่ชุมชนแบบครบวงจร และสามารถเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้กับโรงพยาบาลอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลลำพูน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลลำพูน
3. เพื่อใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลลำพูน

วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระยะเวลาในการศึกษาและติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการเป็นระยะ 12 เดือน ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2566 – พฤษภาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลำพูน ที่รับผิดชอบงานโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 19 คน และ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในโรงพยาบาลลำพูน ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2566 – พฤษภาคม 2567 รวม 12 เดือน จำนวน 1,690 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 19 คน และคำนวณกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คำนวณสูตรประมาณค่าสัดส่วน ได้ผู้มารับบริการจำนวน 223 คน รวม 2 กลุ่ม 242 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมการศึกษาบริบทและการพัฒนารูปแบบ กระบวนการเชิงคุณภาพการพัฒนาการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม การจัดกระบวนการกลุ่ม การรวบรวมและวิเคราะห์ปัญหาการประเมินผู้ป่วย การกำหนดมาตรการ การประชาคม กระบวนการกลุ่มในการกำหนดบทบาทภาคีเครือข่าย กระบวนการกลุ่มถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข การประชาคม และกระบวนการกลุ่มในการปรับปรุงมาตรการ กิจกรรม และบทบาทภาคีเครือข่ายให้สอดคล้องกับแนวทางแก้ไขที่ได้จากการถอดบทเรียน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบเก็บข้อมูล และ แบบสัมภาษณ์

2.1) แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาล จำนวนทั้งหมด 21 ข้อ สำหรับประเมินสมรรถนะพยาบาล 19 คน ที่รับผิดชอบงานบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คะแนน เริ่มตั้งแต่ 1 (ต้องปรับปรุง) ถึง 5 (ดีมาก) แบ่งระดับสมรรถนะ เป็น 4 ระดับ: ต้องปรับปรุง (1.00-1.99), พอใช้ (2.00-2.99), ดี (3.00-3.99), ดีมาก (4.00-5.00)

2.2) แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทางคลินิกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 223 คน จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ โรคร่วม ผลลัพธ์ทางคลินิก ผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA Door-to-needle ภายใน 60 นาที หรือ Door-to-needle มากกว่า 60 นาที มีภาวะเลือดออกในสมองหลังได้รับยาหรือ ไม่มีภาวะเลือดออกในสมองหลังได้รับยา

ขั้นตอนของการดำเนินงาน

ระยะที่ 1 (เดือนแรก) ศึกษาบริบท ปัญหาพัฒนาการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสู่ความเป็นเลิศ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน รวบรวมและ

วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กำหนดมาตรการกิจกรรมในการแก้ไขปัญหา สถานการณ์ การบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะที่ 2 (เดือนที่ 2-4) การออกแบบพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การกำหนดบทบาทหน้าที่ในทีมสหวิชาชีพ ระยะที่ 3 (เดือนที่ 5-12) นำรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปใช้ดำเนินการตามมาตรการ/กิจกรรมและบทบาทระยะที่ 4 (เดือนที่ 1) ติดตามประเมินผล และถอดบทเรียนทุก 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ และแบบเก็บข้อมูลมาแจกแจงและนำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรม R-studio คำนวณ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูล เพศ อายุ โรคร่วม ผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA Door-to-needle ภายใน 60 นาที หรือ Door-to-needle มากกว่า 60 นาที มีภาวะเลือดออกในสมองหลังได้รับยา หรือ ไม่มีภาวะเลือดออกในสมองหลังได้รับยา สมรรถนะทางการพยาบาล ด้วยความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนหลังพัฒนาโดยใช้สถิติ Paired t-test

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำพูน เลขที่ Ethic LPN 0112/2566 อนุมัติเมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม 2566 โดยคำนึงถึงจริยธรรมทางการวิจัยในการศึกษาตลอดเวลาและให้ความสำคัญในทุกด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นส่วนตัว (privacy) ด้านการรักษาความลับ (confidentiality) และด้านการยินยอมพร้อมใจ (informed consent)

ผลการวิจัย

1.สถานการณ์ ปัญหา ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 ลักษณะทางประชากรกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ให้บริการการพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 19 คน ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 18 คน คิดเป็น ร้อยละ 94.74 เพศชาย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5.26 ตามลำดับ ด้านอายุส่วนมาก อายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 11คน ร้อยละ 57.89 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 7 คน ร้อยละ 31.84 และ อายุระหว่าง 21-30 ปี จำนวน 1 คน ร้อยละ 5.26 ตามลำดับ (Mean ± SD = 34.43 ± 6.22 ปี) ส่วนมากมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่าง 6-10 ปี จำนวน 17 คน ร้อยละ 89.47 รองลงมาคือมากกว่า 1-5 ปี ร้อยละ 10.53 ตามลำดับ เฉลี่ย 7.34 ปี (Mean ± SD = 7.34 ± 2.21 ปี) การผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามมาตรฐาน NCS ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาในพยาบาลวิชาชีพส่วนมากเคยเข้ารับการอบรม จำนวน 10 คน ร้อยละ 52.63 ไม่เคยเข้ารับการอบรม จำนวน 9 คน ร้อยละ 47.37 ตามลำดับ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนมากเป็นเพศชาย จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 54.71 รองลงมาเป็นเพศหญิง จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 45.29 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนมากอยู่ในช่วงอายุ 61-70 ปี จำนวน 72 คน ร้อยละ 32.29 รองลงมาคือ 51-60 ปี ปี จำนวน 49 คน ร้อยละ 21.97 และ 71-80 ปี จำนวน 48 คน ร้อยละ 21.52 (Mean ± SD = 64.66 ± 12.81 ปี) ตามลำดับ สิทธิการักษา ส่วนมากเป็นบัตรทอง UC ในพื้นที่จำนวน 186 คน ร้อยละ 83.34 รองลงมา สิทธิข้าราชการ จำนวน 21 คน ร้อยละ 9.42 และ ประกันสังคม จำนวน 12 คน ร้อยละ

5.38 ตามลำดับ การเดินทางมารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนมาก ส่งตัวมารักษาต่อ จำนวน 108 คน ร้อยละ 48.43 รองลงมาคือ เดินทางมาเอง จำนวน 74 คน ร้อยละ 33.18 และรถกู้ชีพฉุกเฉินไปรับ EMS จำนวน 41 คน ร้อยละ 18.39 โรคร่วมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนมากเป็น โรคไขมันในเลือดสูง (DLP) จำนวน 101 คน ร้อยละ 45.29 รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 97 คน ร้อยละ 43.50 และ โรคเบาหวาน จำนวน 44 คน ร้อยละ 19.73 ตามลำดับ

1.2 สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การวิเคราะห์ รูปแบบเดิม และปัญหาที่พบต่อการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลลำพูน สามารถพบปัญหา ดังนี้ การลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังไม่มีประสิทธิภาพ เป็นการดำเนินงานในระบบงานประจำ ขาดการบูรณาการ พบการค้นหาล่าช้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระบบการเข้าถึง Stroke unit ตามเกณฑ์ยังต่ำอยู่ ยังคงพบcomplication ขณะนอน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCD) มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิด Stroke การค้นหาคัดกรอง ควบคุมอาการผู้ป่วย NCD ได้ช้า ไม่ทันท่วงที การเข้าถึง Stroke unit ตามเกณฑ์ยังต่ำอยู่ และโรงพยาบาลลำพูนยังขาดการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นแนวทางปัจจุบันเพื่อป้องกันการเกิด complication ขณะนอนโรงพยาบาลทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิต การเพิ่มจำนวนเตียง ยังล่าช้า เนื่องจากขาดการประชุมพิจารณาอย่างต่อเนื่อง จำนวนเตียงในการดูแลผู้ป่วย Stroke ไม่เพียงพอต่อการรองรับผู้ป่วยที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล การลดระยะเวลา Door to Operation time, Door to needle time ขาดการประชุมอย่างต่อเนื่อง ขาดการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยเข้าถึงโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว ขาดการประชุมติดตามตัวชี้วัด และขาดแนวทาง fast past การ CT brain ใน ผู้ป่วยที่ refer มาจากโรงพยาบาลชุมชนอำเภอ ที่ทันสมัยและเป็นปัจจุบัน ขาดการประชุมทบทวน case ในการประชุมทีมผู้ดูแลผู้ป่วย Stroke โรงพยาบาลลำพูน ขาดการประชุมอย่างต่อเนื่อง ไม่บูรณาการ นำข้อมูล ปัญหา การไม่ได้ปฏิบัติตามตัวชี้วัด feedback หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการแก้ไข โรงพยาบาลลำพูนยังขาดการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจเรื่องโรค หลอดเลือดสมอง โดยจัดโครงการให้ความรู้เรื่องการมาถึงโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด ขาดการทบทวนแนวทางการปฏิบัติให้ครบถ้วนตามตัวชี้วัด ทุกเดือน การแก้ไขปัญหาร่วมกันและ ขาดการพัฒนาแนวทางการ fast past การ CT brain ใน ผู้ป่วยที่ refer มาจากโรงพยาบาลชุมชนอำเภอ ที่ทันสมัยและเป็นปัจจุบัน การพัฒนาสมรรถนะโรงพยาบาลอำเภอยังขาดความสามารถในการ การเป็น node การให้ยา rt-PA ขาดแหล่งฝึก ดูงาน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และโรงพยาบาลอำเภอขาด node การให้ยา rt-PA เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยา rt-PA เพิ่มขึ้นขาดการสนับสนุนทีม ในการเป็นแหล่งฝึกดูงาน และพัฒนาสมรรถนะ พยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนอำเภอ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย Stroke การนิเทศทางคลินิก ยังขาดประชุมทีมบริหาร ปรับปรุง ขาดแผนพัฒนา competency พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย Stroke ที่เป็นแนวทางร่วมกัน ขาดการประชุมทีมบริหารปรับปรุง จัดทำแผนพัฒนา competency พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย Stroke และขาดการจัดทำแผนนิเทศ ติดตาม การปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วย Stroke และนำไปปฏิบัติ ให้ครอบคลุมถึงทุก โรงพยาบาลชุมชนอำเภอ และระบบการประเมินผู้ป่วยในโรงพยาบาลลำพูน ยังขาดการทบทวนความรู้ที่ทันสมัย ขาดประชุมวิชาการให้ความรู้บุคคลากรเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินอาการทางระบบประสาทที่สำคัญอย่างเป็นประจำ แนวปฏิบัติในดูแลผู้ป่วย Stroke in hospital ยังไม่ทันสมัย ขาดการทบทวนแนวปฏิบัติอย่างเป็นประจำ ระบบแจ้งเหตุและดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ยังไม่รวดเร็ว ขาดประสิทธิภาพขาดการประชุมทบทวน ความรู้ให้กับโรงพยาบาลชุมชน ขาดโครงการให้ความรู้แก่ประชาชน การเข้าถึงบริการ เป็นประจำทุกปี ขาดนวัตกรรมการให้ความรู้แก่ประชาชน ทั้งออนไลน์และออฟไลน์ ระบบเทคโนโลยีส่งต่อในชุมชนยังไม่มีประสิทธิภาพ ขาดการพัฒนาระบบการลงโปรแกรม COC IMC ให้มีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนยังไม่ทั่วถึง ขาดการจัดโครงการให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปและประชาชนที่มีความเสี่ยงเรื่อง Stroke กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ขาดมาตรฐานแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่เป็นที่ยอมรับ และใช้ร่วมกันการใช้เวลาคิดตัดสินใจยังช้าอยู่ หากต้องได้รับการรักษาโดยยา rt-PA หรือการผ่าตัดขาดระบบ Advice ญาติผู้ป่วยที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมอง โดย Advice ญาติตั้งแต่ โรงพยาบาลชุมชนอำเภอ หรือขณะ refer เพื่อมีเวลาคิดตัดสินใจหากต้องได้รับการรักษาโดยยา rt-PA หรือการผ่าตัด

2. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน สามารถ สรุปมาตรการสำคัญได้ 11 มาตรการดังนี้

1) การลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองผู้ป่วย NCD ลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิด Stroke ถ้าสามารถค้นหา คัดกรอง ควบคุมอาการผู้ป่วย NCD ได้ การเพิ่มเข้าถึง Stroke unit ตามเกณฑ์ การพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยตามมาตรฐานเพื่อป้องกันการเกิด complication ขณะนอนโรงพยาบาล Service plan กำหนดนโยบาย การดูแลผู้ป่วย NCD เป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดโรค PCT med กำหนดนโยบายการดูแลผู้ป่วย ตาม service plan การพยาบาล OPD รพ.สต. ดูแล คัดกรอง ให้สุขศึกษา ติดตาม การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย NCD ให้สามารถควบคุมอาการได้ การกำหนดเกณฑ์การเข้า Stroke unit ติดตามผลการดำเนินการโดยพยาบาล Case manager Stroke ทุกเดือน และการมอบหมายหัวหน้าตึกนิเทศ ติดตาม ประเมินการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางที่กำหนด

2) การเพิ่มจำนวนเตียง โรงพยาบาลลำพูน มีการประชุมทีมผู้ดูแลผู้ป่วย Stroke นำข้อมูลผู้ป่วย มาคำนวณจำนวนเตียงเพื่อให้เพียงพอต่อการรองรับผู้ป่วยที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล แพทย์พยาบาล service plan Stroke นำข้อมูลที่วิเคราะห์ เสนอในที่ประชุมโรงพยาบาล และที่ประชุมจังหวัด

3) การลดระยะเวลา Door to Operation time, Door to needle time การประชุม ทบทวน case ในการประชุมทีมผู้ดูแลผู้ป่วย Stroke โรงพยาบาลลำพูนทุกเดือน นำข้อมูล ปัญหา การไม่ได้ปฏิบัติตามตัวชี้วัด feedback หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการแก้ไข การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจเรื่องโรค โดยจัดโครงการให้ความรู้ทุกปี เน้นการมาถึงโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด เพื่อประโยชน์ ต่อการรักษา การให้ทีมดูแลทบทวนแนวทางการปฏิบัติให้ครบถ้วนตามตัวชี้วัด ทุกเดือน แต่ละแผนกที่มีปัญหา ให้นำข้อมูลไปปรับปรุง แก้ไข การพัฒนาแนวทางการ fast past การ CT brain ใน ผู้ป่วยที่ refer มาจากโรงพยาบาลชุมชนอำเภอ จัดให้พยาบาล Case manager Stroke นำทีมทบทวน วิเคราะห์ข้อมูล สรุปแนวทางแก้ไขปัญหา นำเสนอผลการทบทวนรายงานผู้บริหารรับทราบ การดูแลการดำเนินการจัดทำโครงการ Stroke day ทุกปี เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคให้แก่ประชาชน เพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยทีมผู้ดูแล และในกรณี case SFT พยาบาล refer จากโรงพยาบาลชุมชนอำเภอส่งผู้ป่วย CT brain ก่อนนำส่งผู้ป่วยใน ER เพื่อให้ได้ผล CT ที่รวดเร็วขึ้น

4) การพัฒนาสมรรถนะโรงพยาบาลอำเภอชุมชน การสนับสนุนการเป็น node การให้ยา rt-PA ของ รพ.ป่าซางและ รพ.ลี้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยา rt-PA เพิ่มขึ้น และสนับสนุนทีม ในการเป็นแหล่งฝึก ดูงาน และพัฒนาสมรรถนะ พยาบาลของ โรงพยาบาลชุมชนอำเภอ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย Stroke CM และทีม Stroke ช่วยประเมินความพร้อมในการเป็นลูกข่ายในการให้ยา rt-Pa เพื่อมีการให้เตรียมความพร้อมในการประเมิน และหลังจากผ่านการประเมิน ได้เข้าไปช่วยสนับสนุนในการวางแนวทาง ระบบในการดูแลผู้ป่วย SFT นิเทศการปฏิบัติการ และให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย SFT

5) การพัฒนาระบบนิเทศทางคลินิก มีการประชุมทีมบริหาร ปรับปรุง จัดทำแผนพัฒนา competency พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย Stroke การจัดทำแผนนิเทศ ติดตาม การปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วย Stroke และนำไปปฏิบัติ ให้ครอบคลุมถึงทุก โรงพยาบาลชุมชนอำเภอนิเทศ ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Stroke โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย ทุกเดือน ติดตามโดยทีมบริหารทุก 6 เดือน โดยนิเทศ ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Stroke โดยทีม service plan Stroke ในแต่ละ โรงพยาบาลชุมชนอำเภอ เป็นประจำทุกปี โรงพยาบาลลำพูน อำนวยความสะดวกทุกช่องทาง ได้แก่ แอปพลิเคชัน ไลน์ หมายเลขโทรศัพท์ Stroke unit ในการประสานความร่วมมือ ปรึกษา การดูแลผู้ป่วย Stroke ทั้งในโรงพยาบาล และจาก โรงพยาบาลชุมชนอำเภอ

6) การพัฒนาระบบการประเมินผู้ป่วยในโรงพยาบาล ประชุมวิชาการให้ความรู้บุคคลากรเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการประเมินอาการทางระบบประสาทที่สำคัญ เช่น GCS NIHSS การพัฒนาแนวปฏิบัติในดูแลผู้ป่วย Stroke in hospital เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมิน และได้รับการรักษาตามแนวทางอย่างถูกต้องรวดเร็ว Implement ทุกหอผู้ป่วย มีการทบทวนแนวปฏิบัติ หลังการ Implement เพื่อนำปัญหา มาปรับปรุงแก้ไข การสนับสนุนการจัดประชุมวิชาการโรคหลอดเลือดสมองเป็นประจำทุกปี CM มีการทบทวนเคส พบว่า case Stroke in hospital ได้รับการประเมิน และ activate SFT ที่ล่าช้า ไม่ปฏิบัติตาม flow ที่มีอยู่ จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติ โดยมีการเพิ่มแบบฟอร์ม check list เพื่อใช้เป็นแนวทาง และติดตามผลลัพธ์ในการพัฒนาต่อไป

7) การพัฒนาระบบแจ้งเหตุและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน การจัดโครงการวิชาการโรคหลอดเลือดสมองสัญจร ทั้งจังหวัดลำพูน (โรงพยาบาลชุมชนอำเภอ 7 แห่ง) ดำเนินการจัดโครงการให้ความรู้แก่ประชาชน เป็นประจำ ทุกปี เพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องโรค และการเข้าถึงบริการ 1669 โดยเน้นความสำคัญและความจำเป็นในการประสาน 1669 เพิ่มช่องทางการให้ความรู้แก่ประชาชน โดย มีการสื่อสารหลายช่องทาง ทั้ง การจัดบอร์ดนิทรรศการ จัดทำการให้ความรู้เสียงตามสายในโรงพยาบาล Facebook live แจกแผ่นพับ โดยเน้นให้ผู้ให้บริการ เพิ่มการให้ข้อมูลแก่ประชาชน ทั้งในโรงพยาบาล และ โรงพยาบาลชุมชนอำเภอเรื่อง Stroke Alert Stroke Awareness ทีม service plan Stroke จัดโครงการวิชาการโรคหลอดเลือดสมองสัญจร ทีม service plan Stroke ขออนุมัติจัดทำโครงการให้ความรู้ เรื่องโรคหลอดเลือดสมองประจำปี ประสานความร่วมมือระหว่าง CM ทีม Stroke nurse รวมทั้งพยาบาลในหอผู้ป่วยใน ในการจัดทำโครงการ และประสานทีม HHC ขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลเพื่อสื่อสารแก่ประชาชนในชุมชน เน้นย้ำเรื่องการเข้าถึงบริการโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป อย่างรวดเร็วเพื่อให้ผู้ป่วย Stroke ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ลดอัตราการเกิดความพิการ

8) การพัฒนาระบบส่งต่อในชุมชน พัฒนาระบบการลงโปรแกรม COC IMC มีการประชุมทบทวนเรื่องการลงโปรแกรม COC ล่าช้าทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน เนื่องจากพยาบาลหอ

ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ลงโปรแกรม ซึ่งภาระงานมาก ไม่สามารถลงได้ทันทีเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย CM และทีม Stroke จึงได้ประชุมหาแนวทางพัฒนาโดยทีมเยี่ยมบ้าน จะเป็นผู้ลง COC ให้ในผู้ป่วยที่ต้องการให้เยี่ยมภายใน1-2 อาทิตย์ (บ้านสีแดง บ้านสีเหลือง)โดยพยาบาลหอผู้ป่วยให้โทรแจ้ง ทีมเยี่ยมบ้านก่อนจำหน่ายกลับ ส่วนผู้ป่วยบ้านสีเขียวให้ ward เป็นผู้ลงเอง ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการลงโปรแกรม COC ทุกราย

9) การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จัดโครงการให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปและประชาชนที่มีความเสี่ยงเรื่อง Stroke เนื่องในวันสำคัญต่างๆเช่น World Stroke day, เดินวิ่งปั่นป้องกันอัมพาต, วันพยาบาลสากล ทีม service plan Stroke ขออนุมัติจัดทำโครงการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ประจำปี และประสานขอความร่วมมือ จากพยาบาล รพ.สต. ผ่านทีม HHC เพื่อช่วยประชาสัมพันธ์โครงการ และนำข้อมูล ความรู้ที่ได้ สื่อสารให้ประชาชน ได้รับทราบอย่างทั่วถึง

10) กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ใช้ care map Stroke เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลโดยทีม สหสาขาวิชาชีพ ในการใช้ care map จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบถ้วนตามมาตรฐานที่ต้องได้รับ พัฒนา ปรับปรุง care map Stroke โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนากร เป็นต้น ใช้ โดยการใช้ care map Stroke เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย Stroke ทั้งโรงพยาบาล และมีการสื่อสารในทีม service plan Stroke เพื่อนำไปปรับใช้ในแต่ละ โรงพยาบาลชุมชนอำเภอ

11) พัฒนาระบบเซ็นยินยอมของญาติเพื่อการรักษาและทำหัตถการที่รวดเร็ว เพิ่มการพัฒนาการ Advice ญาติผู้ป่วยที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมอง โดย Advice ญาติตั้งแต่ โรงพยาบาลชุมชนอำเภอ หรือขณะ refer เพื่อมีเวลาคิดตัดสินใจหากต้องได้รับการรรักษาโดยยา rt-PA หรือการผ่าตัด CM ได้ทำแนวทางการอธิบายอาการและแผนการรักษาของผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองที่ refer มาแบบ SFTเพื่อให้พยาบาล โรงพยาบาลชุมชนอำเภอ Advice ญาติตั้งแต่ โรงพยาบาลชุมชนอำเภอ หรือขณะ refer

3. ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน

ผลการพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน รายข้อของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน ตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ 7 ด้าน พบว่าระยะก่อนพัฒนาค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะรวมอยู่ในระดับดี เท่ากับ 4.36 1) ด้านการประเมินและคัดกรองผู้ป่วย เท่ากับ 4.42 2) ด้านการจัดการอาการรบกวนต่างๆ เท่ากับ 4.36 3) ด้านการดูแลความปลอดภัย เท่ากับ 4.42 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล เท่ากับ 4.32 5) การให้การดูแลต่อเนื่อง เท่ากับ 4.33 6) การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว เท่ากับ 4.25 7) การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติ เท่ากับ 4.42 ตามลำดับ ภายหลังการพัฒนาค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะรวมอยู่ในระดับดี เท่ากับ 4.78 แยกเป็นรายด้านได้ดังนี้ 1) ด้านการประเมินและคัดกรองผู้ป่วย เท่ากับ 4.78 2) ด้านการจัดการอาการรบกวนต่างๆ เท่ากับ 4.83 3) ด้านการดูแลความปลอดภัย เท่ากับ 4.83 (SD=0.76) 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล เท่ากับ 4.66 5) การให้การดูแลต่อเนื่อง เท่ากับ 4.75 6) การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว เท่ากับ 4.73 (SD=0.70) 7) การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติเท่ากับ 4.83 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนา มีค่า 4.36 คะแนน (SD =

0.14 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยหลังการอบรม มีค่า 4.78 คะแนน (SD = 0.10 คะแนน) ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าคะแนนสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 12.06) ดังแสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลวิชาชีพ (n=19)

รายการ	จำนวนข้อ	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	t	p-value
ก่อนพัฒนา	21 ข้อ (7 ด้าน)	4.36	0.14	12.06	<.001*
หลังพัฒนา	21 ข้อ (7 ด้าน)	4.78	0.10		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เวลาเฉลี่ย Door-to-needle ในระยะก่อนพัฒนา ผู้ป่วยได้รับ Door-to-needle ภายใน 60 นาที จำนวน 19 คน ร้อยละ 45.23 ภายหลังการพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยได้รับ Door-to-needle ภายใน 60 นาที เพิ่มขึ้นเป็น 28 คน ร้อยละ 66.66 การทดสอบความสัมพันธ์ พบว่าระยะก่อนพัฒนามีความสัมพันธ์กับ Door-to-needle ระยะหลังพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (χ^2=3.91) โดย Door-to-needle ภายใน 60 นาทีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยา rt-PA มีโอกาสเสี่ยงน้อยกว่า 1.53 เท่าของ Door-to-needle มากกว่า 60 นาที ดังแสดงในตาราง 4

ตารางที่ 2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ในปัจจัย Door-to-needle โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน (n=42)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนพัฒนา (n=42)		หลังพัฒนา (n=42)		RR	χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. Door-to-needle มากกว่า 60 นาที	23	54.76	14	33.34	1.53	3.91	0.047*
2. Door-to-needle ภายใน 60 นาที	19	45.23	28	66.66			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ให้บริการในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลลำพูนส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 31-40 ปี ส่วนมากมีประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่าง 6-10 ปี และผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามมาตรฐานในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเป็นประจำมากกว่าครึ่งหนึ่งของเจ้าหน้าที่ทั้งหมด ผู้มารับบริการในโรงพยาบาลลำพูนส่วนมากเป็น เพศชาย อายุในช่วงอายุ 61-70 ปี สิทธิการักษาส่วนมากเป็นบัตรทอง UC ในพื้นที่ การเดินทางมารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนมากส่งตัวมารักษาต่อ เดินทางมาเอง และรถกู้ชีพฉุกเฉินไปรับ (EMS) โรคร่วมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนมากเป็น โรคไขมันในเลือดสูง (DLP) โรคความดันโลหิตสูง และ โรคเบาหวาน ตามลำดับ เนื่องจากผู้ประกอบอาชีพส่วนมากในโรงพยาบาลลำพูนเป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งส่วนมากเป็นเพศหญิง มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเนื่องจากอยู่ในวัยทำงาน และผ่านการอบรมตามมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่เป็นประจำทุกปี มากเกินครึ่งของบุคลากรทั้งหมดและมีประสบการณ์ในการ

ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 6 ปีขึ้นไป ในขณะที่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลลำพูน ซึ่งส่วนมากเป็นเพศชาย ที่สูงอายุแล้ว ในกลุ่มผู้ป่วยเพศชายมักมีปัจจัยเสี่ยงมากกมายต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ หรือแม้กระทั้งการทำงาน และการดูแลสุขภาพตนเองยังไม่ดีพอ ผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นคนในพื้นที่เป็นส่วนมาก ที่ใช้สิทธิบริการบัตรทองเข้ามารับการรักษา เพราะโรงพยาบาลลำพูนเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดของคนในพื้นที่ และเป็นที่นิยม และมีความเชื่อถือจากภาครัฐ โรคร่วมส่วนมากของผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการรับประทานอาหารและวิถีชีวิต ซึ่งปัจจัยเสี่ยงการเสียชีวิตมาจากโรคร่วมเป็นสำคัญร่วมด้วย สอดคล้องกับ อาคม รัฐวงษา และ อรสา กงตาล[8]

ปัญหารูปแบบเดิมก่อนการพัฒนา ที่พบคือ การลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการดำเนินงานในระบบงานประจำ ขาดการบูรณาการ พบการค้นหาล่าช้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระบบการเข้าถึง Stroke unit ตามเกณฑ์ยังต่ำอยู่ ยังคงพบ complication ขณะนอน การเพิ่มจำนวนเตียง ยังล่าช้า เนื่องจากขาดการประชุมพิจารณาอย่างต่อเนื่อง การประชุมลดระยะเวลา Door to Operation time, Door to needle time ขาดการประชุมอย่างต่อเนื่อง ขาดการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยเข้าถึงโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว ขาดการประชุมติดตามตัวชี้วัด และขาดแนวทาง fast past การ CT brain ใน ผู้ป่วยที่ refer มาจาก โรงพยาบาลชุมชนอำเภอ ที่ทันสมัยและเป็นปัจจุบัน การพัฒนาสมรรถนะโรงพยาบาลอำเภอยังขาดความสามารถในการ การเป็น node การให้ยา rt-PA ขาดแหล่งฝึก ดูงาน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การนิเทศทางคลินิกยังขาดประชุมทีมบริหาร ปรับปรุง ขาดแผนพัฒนา competency พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย Stroke ที่เป็นแนวทางร่วมกันระบบการประเมินผู้ป่วยในโรงพยาบาลลำพูน ยังขาดการทบทวนความรู้ที่ทันสมัย ระบบแจ้งเหตุและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ยังไม่รวดเร็ว ขาดประสิทธิภาพ ระบบเทคโนโลยีส่งต่อในชุมชนยังไม่มีประสิทธิภาพการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนยังไม่ทั่วถึง กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ การใช้เวลาคิดตัดสินใจยังช้าอยู่ หากต้องได้รับการรักษาโดยยา rt-PA หรือการผ่าตัด จะเห็นว่าปัญหาส่วนมากของโรงพยาบาลลำพูนจะเป็นปัญหาเชิงระบบบริการ ขาดแนวทางร่วมกัน แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ทันสมัย ให้ปลอดภัย การบูรณาการงาน การประสานงาน และการบริการผู้ป่วยเป็นสำคัญ เนื่องจากทักษะดังกล่าว เป็นทักษะที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติมนอกเหนือจากวิชาชีพ และต้องปรับให้ทันสมัยตลอดเวลา สอดคล้องกับ สุดศิริ หิรัญชุณหะ และ คณะ[9]

การพัฒนา ประกอบด้วย 11 มาตรการสำคัญ ดังนี้ 1) การลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) การเพิ่มจำนวนเตียง ด้วยประชุมทีมผู้ดูแลผู้ป่วย Stroke นำข้อมูลผู้ป่วย มาคำนวณจำนวนเตียงเพื่อให้เพียงพอต่อการรองรับผู้ป่วยที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล 3) การลดระยะเวลา Door to Operation time, Door to needle time 4) การพัฒนาสมรรถนะโรงพยาบาลอำเภอชุมชน 5) การพัฒนาระบบนิเทศทางคลินิก 6) การพัฒนาระบบการประเมินผู้ป่วยในโรงพยาบาล 7) การพัฒนาระบบแจ้งเหตุและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 8) การพัฒนาระบบส่งต่อในชุมชน 9) การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 10) กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ 11) พัฒนาระบบเซ็นยินยอมของญาติเพื่อการรักษา และทำหัตถการที่รวดเร็ว จะเห็นว่ามาตรการส่วนมากในการพัฒนาของโรงพยาบาลลำพูน จะเน้นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ปลอดภัย ส่งเสริมพัฒนาทักษะการบริการพัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่และบุคลากร ส่งเสริมศักยภาพโรงพยาบาลชุมชน พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ ให้เข้าถึงระบบการรักษาให้เร็ว

ที่สุด เพื่อลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ได้มากที่สุด สอดคล้องกับ ณีรนุช วงค์เจริญ ทัศนมินทร์ รัชตาธนรัชต์ และ พิสิษฐ์ สมงาม[10]

ถอดบทเรียน ในช่วงแรก โรงพยาบาลลำพูน มีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน การกำหนดแนวทางและวางมาตรการร่วมกับฝ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนระบบงานและขั้นตอนปฏิบัติของหน่วยงานที่รับผิดชอบ การทำงานในรูปแบบทีมจะช่วยในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดี การกำหนดบทบาทร่วมกัน การประสานกันในทางตรง และทางอ้อม พยายามปรับการดำเนินการตามนโยบายใหม่ ข้อกฎหมาย และนโยบายที่ทางผู้วิจัยกำหนดมีนโยบายมาใหม่เสมอ ผู้ปฏิบัติงานมีความตื่นตัวพอสมควร แต่ยังขาดความเป็นเจ้าของ ตามนโยบายการคัดแยกผู้ป่วย และปฏิบัติงานเหมือนงานประจำตามคุ้นชิ้นบ้าง การดำเนินการตามมาตรการ มาประยุกต์ร่วมกับบริบทของโรงพยาบาลลำพูน จึงได้ปรับให้มีการอบรม เดือนละ 1 ครั้ง ตามกระทรวงสาธารณสุข ตามสมรรถนะของพยาบาล การดำเนินการดำเนินการนโยบายตามแนว ยังคงพบปัญหาการใช้แนวทาง ยังพบปัญหาการประสานงานระหว่างสายงานสหวิชาชีพอื่น จึงได้ทำการประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับการประเมินผลความพึงพอใจในทีมผู้ปฏิบัติงาน และผู้ป่วยร่วมด้วย ได้ผลลัพธ์น่าพึงพอใจ ในเดือนสุดท้าย จากการประเมินพบว่า การลดความผิดพลาดจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลงได้ บุคลากรควรได้รับการอบรม ฝึกทักษะอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งการมีแนวทางเป็นปัจจุบันทันสมัยตามมาตรฐานจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญทำให้งานสำเร็จ เนื่องจากการถอดบทเรียนเป็นการพัฒนาให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ และเป็นหัวใจของการวิจัยเชิงพัฒนา ช่วยให้เรียนรู้จากประสบการณ์ตรง และแก้ไขปัญหา และวางแผนการแก้ไขปัญหาบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ในอนาคต สอดคล้องกับ อภันตรี กองทอง[11]

ผลการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะรวมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยหลังการอบรม มี การทดสอบคะแนนในภาพรวมจากการทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าคะแนนสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 12.06) เนื่องจากการเพิ่มศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองช่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย สร้างความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับ ยุวดี ผงสา[12]

การพัฒนาทางคลินิกในการพัฒนา Door-to-needle ในระยะก่อนพัฒนา ผู้ป่วยได้รับ Door-to-needle ภายใน 60 นาที ภายหลังการพัฒนาพบว่า ทันเวลาเพิ่มขึ้น การทดสอบความสัมพันธ์ พบว่าระยะก่อนพัฒนามีความสัมพันธ์กับ Door-to-needle ระยะหลังพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ต่อภาวะเลือดออกในสมองหลังได้รับยา ภายหลังการพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยไม่มีภาวะเลือดออกในสมองหลังได้รับยา เพิ่มขึ้นแต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ เนื่องจากการพัฒนาอย่างจริงจังของโรงพยาบาลลำพูน ในการกำชับ และติดตามนิเทศ สอดคล้องกับ ศีล เทพบุตร์[13]

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลลำพูน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลใกล้เคียงกันได้ ผู้นำไปใช้ต้องปรับให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลตนเอง โดยสนับสนุนทักษะการดูแลของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานจึงจะสำเร็จได้

2. ควรมีการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลการพยาบาล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องจึงจะประสบผลสำเร็จได้

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อให้ทราบถึงความแตกต่าง และหาแนวทางการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและบุคลากร ในโรงพยาบาลลำพูนที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. World stroke day. 2010.

2.Burden of Disease Research Program Thailand, International Health Policy Program, Ministry of Public Health. Disability Adjust Life Year: DALY. Nonthaburi province, Thailand; 2014.

3.Saver JL. Time is brain: Quantified. Stroke 2006; 37(2): 263-266.

4.Tiamkao S. Stroke fast track. North-Eastern Neuroscience Association. Khon Kaen: Klungnana¬tham; 2012; 50-55.

5.ไพรวัลย์ พรมที. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น. Journal of Nursing and Health Care. หน้าปีที่ 39 ฉบับที่ 1 : มกราคม - มีนาคม 2564 หน้า 128-137.

6.Techaatik P, Wunsupon S, Sumritrin S. Effectiveness of implementing evidence-based practice for traumatic patients at out-patient of the accident and emergency unit. Journal of Nursing Science & Health 2011; 34(3): 65-74.

7.รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง.กลุ่มการพยาบาล. โรงพยาบาลลำพูน. 2567.

8.อาคม รัฐวงษา และ อรสา กงตาล. การพัฒนาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย. วารสารมหาวิทยาลัยขอนแก่น หน้า 670-680.

9.สุดศิริ หิรัญชุณหะ และ คณะ. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจและการมีส่วนร่วม ของครอบครัวและชุมชนต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษา ตำบลบ้านพร้าว อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2564 หน้า 115-127.

10.ณีรนุช วงค์เจริญ ทัศนมินทร์ รัชตาธนรัชต์ และ พิสิษฐ์ สมงาม. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 6 ฉบับที่ 04 (2563): ตุลาคม – ธันวาคม. หน้า 61-71.

11.อภันตรี กองทอง. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 2 พิษนุโลกปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (2566): ตุลาคม – ธันวาคม. หน้า 1-11.

12.ยุวดี ผงสา ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น วารสาร สสจ. ขอนแก่น ปีที่ 2ฉบับที่ 2กรกฎาคม –ธันวาคม2563 หน้า 139-153.

13.ศีล เทพบุตร์ ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 ก.ย.-ธ.ค. 63 122-124.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย

The development of care model in patients with multiple trauma at emergency department Nongkhai hospital.

(Received: June 16,2024 ; Revised: June 24,2024 ; Accepted: June 25,2024)

วไลพร หงส์พันธ์[1]
Walaiporn Hongphan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย โดยดัดแปลงจากแนวคิดของแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (ATLS) กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ จำนวน 13 คนและผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ จำนวน 30 คน.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบและพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ 2) แบบประเมินความยาก-ง่ายและความเป็นไปได้ของกิจกรรม 3) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ 5) แบบบันทึกผลลัพธ์ของผู้ป่วยจากการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบเป็นลักษณะแบบบันทึกเพื่อใช้ในการประเมินเบื้องต้นและการคัดกรอง ประเมินและการช่วยเหลือระยะแรก ประเมินและการช่วยเหลือระยะที่สอง และระยะเตรียมจำหน่าย/Admit ภายหลังนำรูปแบบไปใช้ พบว่า ส่วนใหญ่แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นมีระดับความยาก-ง่ายและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับง่ายที่สุด และพยาบาลสามารถทำตามแนวปฏิบัตินี้ได้ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 88.90 เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในระดับมาก ร้อยละ 84.6 และระดับปานกลาง ร้อยละ 15.4 การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ทุกตัวชี้วัด

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแล,ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ,ห้องฉุกเฉิน

Abstract

Action Research aimed to develop and evaluate the use of a multi-system model of care for trauma patients in the accident and emergency department. Nong Khai Hospital. It is adapted from the concept of Advanced Trauma Life Support (ATLS) guidelines. The sample group is Nurses caring for 13 multi-system injury patients and 30 multi-system injury patients. Tools used to collect data include:1) Form for recording personal information of patients with multi-system injuries and nurses caring for patients with multi-system injuries. 2) Form for assessing the difficulty - ease and feasibility of activities. 3) Assessment of ability to follow guidelines. 4) Questionnaire on nurses' satisfaction with the use of the format 5) a form to record patient outcomes from using a multi-system model of care for trauma patients. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results of the study found that the multi-system trauma care model is a record type for use in initial assessment and screening. Assessment and assistance in the first phase, assessment and assistance in the second phase and preparation for discharge/Admit phase. After applying the model, it was found that most of the guidelines created had a level of difficulty - ease and feasibility of use. At the simplest level and nurses were able to follow this guideline at the highest level, 88.90 percent. Clinical outcome assessments achieve the goals set for every indicator. Results of this study shows that A

[1] แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย

multi-system model of care for injured patients has been developed. It is possible to put it into practice. and can increase the quality of care for injured patients in many systems as well

Keywords: care model, multisystem trauma patient, emergency room

บทนำ

การบาดเจ็บหลายระบบ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว จากระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบประสาท ทำงานล้มเหลวอย่างเฉียบพลัน หรือจากการติดเชื้อ สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ได้รับบาดเจ็บเสียชีวิต คือ การเสียเลือด การมีทางเดินหายใจอุดกั้น หรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ สมองได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง เป้าหมายในการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ คือ การช่วยให้รอดชีวิตโดยเร็วที่สุด ด้วยการประเมินสภาพและการให้การรักษาเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ[1] จากการศึกษาพบว่า อัตราการเสียชีวิตมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการบาดเจ็บ ซึ่งมีอยู่ 3 ระยะ คือ 1) ผู้บาดเจ็บจะเสียชีวิตทันที หรือภายใน 2- 3 นาที หลังเกิดอุบัติเหตุประมาณร้อยละ 50.0 สาเหตุจากการฉีกขาดของสมอง ไขสันหลัง หัวใจ หรือหลอดเลือดแดงใหญ่ 2) เสียชีวิตภายใน 2- 3 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอุบัติเหตุ ประมาณร้อยละ 30.0 สาเหตุจากภาวะขาดออกซิเจน การเสียเลือดตามส่วนต่างๆของร่างกายทั้งภายในและภายนอก และ 3) เสียชีวิตหลังเกิดอุบัติเหตุแล้วหลายวันหรือเป็นสัปดาห์ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ประมาณ ร้อยละ 20.0 สาเหตุมักเกิดจากภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อและการทำงานของอวัยวะล้มเหลว การเสียชีวิตในช่วงหลังเกิดอุบัติเหตุนี้ มีความสัมพันธ์กับการรักษาเบื้องต้น การช่วยชีวิตและการประเมินสภาพผู้ป่วยที่รวดเร็ว ถูกต้องและครอบคลุม จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีอัตราการวินิจฉัยผิดพลาดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในระยะ 24 ชั่วโมงแรก ประมาณร้อยละ 0.4-6.5 สาเหตุเกิดจากช่วงเวลาดังกล่าวผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เฉพาะเจาะจงล่าช้าเกิดภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตได้[2]

ในการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบในโรงพยาบาลหนองคาย พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ โดยเฉลี่ยประมาณ 20-30 ราย/เดือน ซึ่งจัดอยู่ 1 ใน 5 โรคที่พบได้บ่อยและเสียชีวิตสูงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านสุขภาพ และค่าใช้จ่ายต่างๆ ในปัจจุบันการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย ยังไม่มีความเฉพาะเจาะจง มีแนวปฏิบัติที่ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้ในบางครั้งการประเมินสภาพผู้ป่วยทำได้ไม่ครอบคลุม ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาไม่ครบถ้วนเหมาะสม เช่น แบบประเมินสภาพทั่วไปที่ใช้ในปัจจุบันไม่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ และบุคลากรส่วนมากจะปฏิบัติตามความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ที่มีอยู่ของแต่ละบุคคลทำให้มีการปฏิบัติที่หลากหลายไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ดังนั้น พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ในทีมสุขภาพที่รับผู้ป่วยตั้งแต่แรกและมีความสำคัญในการประเมินสภาพผู้ป่วย ตั้งแต่ระยะแรกรับจนถึงการดูแลส่งผู้ป่วยถึงหอผู้ป่วย พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ที่ถูกต้อง และครอบคลุมในการประเมินสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ หากหน่วยงานมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจนในการประเมินสภาพแรกรับของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบตั้งแต่เริ่มแรกและวางแผนตัดสินใจให้การพยาบาลที่เหมาะสม จะส่งผลให้ความรุนแรงที่เกิดขึ้นลดลงและช่วยลดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้[3]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดยนำแนวคิดของแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (ATLS) ซึ่งผ่านการทดสอบคุณภาพทางคลินิกมาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ในการประเมินสภาพแรกรับและการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองคาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองคาย

2. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองคายที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา(R&D) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยดัดแปลงจากแนวคิดของแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (ATLS) ระหว่างเดือนมกราคม 2566 - เดือนมีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ คือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการและระดับชำนาญการที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองคาย

2. กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการทั้งหมดมีจำนวน 13 คน คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคายมาแล้วอย่างน้อย1 ปี ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 13 คน สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดย สมัครใจ และกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ จำนวน 30 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการทั้งหมดมีจำนวน 13 คน คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคายมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 2) กลุ่มผู้ป่วยโดยเลือกศึกษาข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยทางอิเล็กทรอนิกส์การให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินหลายระบบหลายระบบที่เข้ารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) 1) กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาหรือทำแบบสอบถามไม่ครบทั้ง 2 ครั้ง 2) กลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบตามตัวแปรที่กำหนดไว้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม หลักฐานเชิงประจักษ์และการประชุมระดมสมองของทีมพัฒนา อ้างอิงการประเมินผู้ป่วยตามหลัก ATLS แบ่งการประเมินและให้การดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ คือ1) ระยะการประเมินและการช่วยเหลือระยะแรก 2) การช่วยเหลือระยะที่สอง 3) ระยะเตรียมจำหน่าย/Admit

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามความยาก-ง่ายและความเป็นไปได้ของกิจกรรม 2) ความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่พัฒนาขึ้น

4) แบบประเมินผลผลลัพธ์ทางคลินิกภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและหาความเที่ยง โดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ดังนี้ 1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองคายมีค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.96 ความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบไปทดลอง (Try out) ใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ จำนวน 10 คนที่มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิอัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89 2) แบบประเมินประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.90 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่พัฒนาขึ้น ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 และค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.91 4) แบบประเมินผลผลลัพธ์ทางคลินิกภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบได้ค่า CVI เท่ากับ 0.93 และค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.87

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

การวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ มี 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์จากแหล่งข้อมูล คือ 1) องค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายราย 2) ประชุมระดมสมองกับทีมแพทย์และพยาบาล 3) สังเกตการณ์ปฏิบัติ/ นิเทศทางคลินิก และประสบการณ์เชิงวิชาชีพ และ 4) ทบทวนเวชระเบียน เพื่อกำหนดขอบเขตของปัญหา ให้มีความชัดเจนและร่างรูปแบบ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ในห้องฉุกเฉิน โดยการสืบค้นวิเคราะห์ สังเคราะห์ หลักฐานเชิงประจักษ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาสรุปข้อค้นพบ โดยใช้แนวคิด การแปลความรู้ ลงสู่การปฏิบัติ เพื่อกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และใช้แนวปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บขั้นสูง(ATLS) และรูปแบบการมอบหมายงานทีมพยาบาล ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ มีขั้นตอนการปฏิบัติ เพื่อทดสอบความเป็นไปได้และเตรียมความพร้อมก่อนนำไปใช้จริง ดังนี้

1. นำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ จำนวน 10 ราย ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ร่วมดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

2. ประเมินความยากง่ายและความเป็นไปได้ ของการนำไปใช้ในการปฏิบัติ โดยสอบถามความคิดเห็นของพยาบาล หลังนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบไปทดลองใช้ พบว่า พยาบาลทั้งหมดเห็นว่า "ทุกกิจกรรมสามารถนำสู่การปฏิบัติได้" แนวปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้สามารถประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมประเด็นสำคัญ

3. เตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะของพยาบาล ในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในห้องฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นโดยจัดหลักสูตรอบรมเชิงปฏิบัติการมีกิจกรรมการให้ความรู้ในช่วงเวลาหลังส่งเวรของทุกวัน เป็นเวลา 5 วัน

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดยการนำไปใช้จริงในหน่วยงานติดตามผลในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 13 ราย และกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 30 ราย ติดตามผลด้านคลินิก กระบวนการ และองค์กร

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอเค้าโครงการวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลหนองคาย ได้รับอนุมัติใน วันที่ 1 ธ.ค. 2566 เลขที่ 40/2567

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย เป็นลักษณะแบบบันทึกที่ใช้เป็นแนวทางการประเมินและช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ประกอบด้วย 4 ประเด็นสำคัญคือ 1) แนวทางการประเมินเบื้องต้นและการคัดกรอง 2) การประเมินและการช่วยเหลือระยะแรก 3) การประเมินและการช่วยเหลือระยะสอง 4) ระยะเตรียมจำหน่าย/Admit

2. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในห้องฉุกเฉิน

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล พยาบาลในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 13 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.2 มีอายุอยู่ระหว่าง 21-30 ปี และ 51-60 ปี ร้อยละ 46.2 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 38.5 อายุระหว่าง 41-50 ร้อยละ 15.4 ประวัติการอบรมเฉพาะทางอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านการอบรม ร้อยละ 69.2 ผ่านการอบรม ร้อยละ 30.8 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เฉลี่ย 10 ปี น้อยที่สุด 1 ปี และมากที่สุด 27 ปี ระยะเวลาทำงานในหน่วยงานเฉลี่ย 8 ปี น้อยที่สุด 1 ปี มากที่สุด 16 ปี

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 86.7 เพศหญิง ร้อยละ 13.7 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 58 – 67 ปี ร้อยละ 26.7 รองลงมามีอายุอยู่ระหว่าง 18 - 27 ปี ร้อยละ 20.0 ,48 – 57 ปี ร้อยละ 16.7 ตามลำดับ และการเข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย ส่วนใหญ่มาด้วยระบบส่งต่อมากถึง ร้อยละ 60 รองลงมาคือมาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 26.7 และมาเอง ร้อยละ 13.3

การประเมินความยากง่าย ความเป็นไปได้ ของการใช้รูปแบบและความสามารถในการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ผลการประเมินความยากง่ายของการนำรูปแบบไปใช้ พบว่า

1) การประเมินเบื้องต้นและการคัดกรอง มีความง่ายมากพบ ร้อยละ 53.8, 53.8,84.6,69.2,และ 53.8 ตามลำดับ

2) การประเมินและการช่วยเหลือระยะแรก พบว่า

การประเมินทางเดินหายใจ/จัดท่านอนและการดามกระดูกสันหลังส่วนคอ/Long spinal (Airway) มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 61.5 และ 53.8 ตามลำดับ รองลงมาคือระดับง่าย ร้อยละ 38.5 และ 30.8 ตามลำดับ ส่วนความสามารถในการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ ในหัวข้อประเมินทางเดินหายใจ/จัดท่านอนและดามกระดูกสันหลังส่วนคอ / Long spinal board มีความสามารถในการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ อยู่ในระดับทำได้มากที่สุด ร้อยละ 100 และ 84.7 ตามลำดับ

การประเมินการหายใจ / Monitor O2 saturation, การดูแลให้ออกซิเจน (Breathing) มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับง่ายที่สุด ร้อยละ 53.8, 53.8 ตามลำดับ รองลงมาอยู่ในระดับง่าย ร้อยละ 30.8 และ 38.5 ตามลำดับ ส่วนการจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา (กรณีไม่มีข้อบ่งชี้) มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้อยู่ในระดับง่ายที่สุด ร้อยละ 100 ส่วนความสามารถในการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ อยู่ในระดับทำได้มากที่สุด ร้อยละ 100

การประเมินสัญญาณชีพ (T, PR, RR, BP) (Circulation) ทุก 5 นาที มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับง่ายที่สุด ร้อยละ 84.6 ส่วนความสามารถในการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ อยู่ในระดับทำได้มากที่สุด ในหัวข้อการประเมินสัญญาณชีพ (T, PR, RR, BP) ทุก 5 นาทีและการห้ามเลือด (stop

bleeding)/suture ยกส่วนที่เลือดออกให้สูงขึ้น (กรณีไม่มีข้อบ่งชี้) ร้อยละ 100

การประเมิน Capillary refill ส่วนใหญ่มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับง่ายที่สุดและง่ายอยู่ในระดับเท่ากันคือ ร้อยละ 38.5 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ23.1 ส่วนความสามารถในการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ อยู่ในระดับทำได้มากที่สุด ร้อยละ84.6 และระดับทำได้ ร้อยละ 15.4 ตามลำดับ ในหัวข้อห้ามเลือด (stop bleeding)/suture ยกส่วนที่เลือดออกให้สูงขึ้น (กรณีไม่มีข้อบ่งชี้) มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับง่าย ร้อยละ 61.5 รองลงมาอยู่ในระดับง่ายที่สุด ร้อยละ 38.5 ส่วนความสามารถในการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ อยู่ในระดับทำได้มากที่สุด ร้อยละ 100

การบันทึก GCS/Pupil/extremities movement (Disability) ทุก 5-10 นาที และการดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับง่าย ร้อยละ 61.5 และ 38.5 ตามลำดับ รองลงมาคือระดับง่ายที่สุด ร้อยละ 38.5และ 38.5 ตามลำดับ ส่วนความสามารถในการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ อยู่ในระดับทำได้มากที่สุด ร้อยละ 100, 76.9 ตามลำดับ

การถอดเสื้อผ้าตรวจร่างกาย Head to toe (Exposure) หาความผิดปกติของร่ายกายอย่างคร่าว, การ Log roll เวลาพลิกตัว มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้เท่ากันคือส่วนใหญ่อยู่ในระดับง่าย ร้อยละ 61.5 การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย (keep warm) อยู่ในระดับง่ายที่สุด ร้อยละ 69.2 ส่วนความสามารถในการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ อยู่ในระดับทำได้มากที่สุด ร้อยละ 100, 76.9, 100 ตามลำดับ

3) การประเมินและการช่วยเหลือระยะสอง พบว่าการซักประวัติด้วยหลัก AMPLE มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.8 ,การตรวจร่างกาย (ศีรษะ, คอ, หู, จมูก, ปาก, ตา) อยู่ในระดับง่าย ร้อยละ 61.5, การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการบาดระยะที่ 2 อยู่ในระดับง่ายที่สุด ร้อยละ 38.5, การเตรียมและส่งตรวจวินิจฉัยอยู่ในระดับง่ายที่สุดร้อยละ 69.2 ส่วนความสามารถในการนำไปใช้ ส่วนใหญ่ทำได้มากที่สุด ร้อยละ 84.6, 100, 76.9 และ 100 ตามลำดับ

4) ระยะเตรียมจำหน่าย/Admit ผลการศึกษาพบว่า การ ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติตามหลัก D-METHODและการประเมินและบันทึกV/S, GCS, Pulpil/extremities movement ก่อนจำหน่ายออกจาก ER ส่วนใหญ่ ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้อยู่ในระดับง่าย ร้อยละ 61.5 การตรวจสอบเอกสาร เวชระเบียน การประสานงานส่งต่อข้อมูล การนำส่งผู้ป่วยอยู่ในระดับง่ายที่สุด ร้อยละ 38.5 ส่วนความสามารถในการนำไปใช้อยู่ในระดับทำได้มากที่สุด ร้อยละ 100,100,69.2, 69.2, และ 100 ตามลำดับ

การประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบไปใช้ ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบไปใช้มีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 84.6 และระดับปานกลาง ร้อยละ 15.4 ตามลำดับ

3.ผลลัพธ์ของผู้ป่วยจากการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

1. ผู้ป่วยได้รับการคัดแยกระดับความรุนแรง (Triage) ภายใน 2 นาที ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ศึกษา(N30) ทั้งหมดได้รับการคัดแยกระดับความรุนแรง (Triage) ภายใน 2 นาที ร้อยละ 100 เวลาเฉลี่ย 2 นาที

2. ปฏิบัติตามกระบวนการดูแลตามรูปแบบการประเมินเบื้องต้นเพื่อค้นหาภาวะคุกคามชีวิต (ภายใน 10 นาที) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ศึกษา (N30) ทั้งหมดได้รับการปฏิบัติตามกระบวนการดูแลตามรูปแบบการประเมิน เบื้องต้น เพื่อค้นหาภาวะคุกคามชีวิต (ภายใน 10 นาที) ร้อยละ 100 เวลาเฉลี่ย 2 นาที

3.ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัว น้อยกว่า (GSC) 9 คะแนน ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทันที ภายในเวลาไม่เกิน 5 นาที ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ศึกษา(N30) ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัว น้อยกว่า (GSC) 9 คะแนน ทั้งหมดได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทันที ภายในเวลาไม่เกิน 5 นาที ร้อยละ 100 โดยใช้เวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจทันที น้อยสุด 2 นาที และใช้เวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจทันที มากสุด 4 นาที ค่าเฉลี่ยเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจทันที 2.83 (Std 0.747)

4. ผู้ป่วยได้รับเลือดด่วน ภายใน 30 นาที ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ศึกษา(N30) ผู้ป่วยที่ไม่มีความจำเป็นต้องได้รับเลือดด่วน ร้อยละ 46.7 และผู้ป่วยต้องได้รับเลือดด่วน ภายใน 30 นาที ร้อยละ 53.3 โดยใช้เวลาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับเลือดด่วน น้อยสุด 10 นาที ใช้เวลามากสุด 28 นาที โดยมีค่าเฉลี่ยเวลาในการให้ผู้ป่วยได้รับเลือดด่วน 18 นาที (Std 9.874)

5 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ศึกษา(N30) ผู้ป่วยมีระดับออกซิเจนปลายนิ้ว แรกรับเฉลี่ย 93.03 ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว ระหว่างการดูแลเฉลี่ย 97.03 และระดับออกซิเจนปลายนิ้วก่อนจำหน่าย/Admit 96.60

6. ผลของความดันโลหิตแรกรับ ค่า(SBP)เฉลี่ย 151.23 ค่า(DBP)เฉลี่ย 88.80 ความดันโลหิตระหว่างการดูแล ค่า(SBP)เฉลี่ย 139.00 ค่า(DBP)เฉลี่ย 81.66 และความดันโลหิตก่อนจำหน่าย/Admit ค่า(SBP)เฉลี่ย 133.86 ค่า(DBP) เฉลี่ย 79.33

7 ผลความดันโลหิตเฉลี่ย (MAP) ค่า(MAP) เฉลี่ยแรกรับ 110.83 ค่า(MAP) เฉลี่ยระหว่างการดูแล 100.30 และค่า(MAP) เฉลี่ยก่อนจำหน่าย/Admit 96.70

8. ผลการประเมินระดับความรู้สึกตัว แรกรับเฉลี่ย 7.80 ระหว่างการดูแลเฉลี่ย 6.93) และก่อนจำหน่าย/Admit เฉลี่ย 6.90

9. ผลการประเมินดัชนีภาวะช็อค แรกรับเฉลี่ย 0.59 ระหว่างการดูแลเฉลี่ย 0.67 และก่อนจำหน่าย/Admit เฉลี่ย 0.723

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบเพื่อการแก้ปัญหาการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพและเพิ่มความปลอดภัย พัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้ที่ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (ATLS) ซึ่งมีความเฉพาะเจาะจงในการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบและเป็นแนวทางปฏิบัติที่มีความน่าเชื่อถือตามเกณฑ์การประเมินคุณค่าทางคลินิก สามารถประเมินปัญหาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ได้อย่างครอบคลุมครบถ้วน โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (R&D)และการเปลี่ยนแปลงความรู้ไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ร่วมกับภาวะผู้นำในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การพัฒนาผ่านการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบโดยการสังเคราะห์ และบูรณาการองค์ความรู้เพื่อออกแบบปรับปรุง และพัฒนารูปแบบใหม่ ผลลัพธ์ที่ได้ 1) รูปแบบการประเมินและการดูแลผู้บาดเจ็บหลายระบบผ่านรูปแบบของแบบบันทึกการประเมินและการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เป็นมาตรฐาน และช่วยชี้นำในการปฏิบัติในทุกขั้นตอนและครอบคลุมประเด็นสำคัญ โดยปรับปรุง/ประยุกต์ เป็นแนวทางการปฏิบัติที่ง่ายต่อการใช้ในบริบทที่ต้องใช้ทั้งความรวดเร็ว เร่งด่วน ทันเวลาและความถูกต้อง[4]

นอกจากนี้ เนื้อหาของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์เกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบมีความเห็นตรงกันว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ มีความเป็นไปได้ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงอีกทั้งมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บหลายระบบมากกว่าแบบประเมินสภาพที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ดังนั้น รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่พัฒนาขึ้น จึงมีความถูกต้องครอบคลุม ในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ[5]

ความยากง่ายและความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ผลการประเมินความยากง่ายของการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในห้องฉุกเฉินไปใช้ในการปฏิบัติ พบว่า ประเด็นด้านการคัดแยกระดับความรุนแรง การประเมินเบื้องต้น และการคัดกรองเพื่อหาภาวะคุกคามต่อชีวิตมีความง่ายมากในการนำไปใช้ทั้งนี้เนื่องจากในการพัฒนารูปแบบครั้งนี้ ผู้วิจัยพยายามให้กลุ่มผู้ที่มีส่วนร่วม ในการศึกษาเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติโดยการร่วมประชุมเสวนาเป็นระยะๆ ตลอดกระบวนการทำวิจัย เพื่อให้กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของแนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวโดยเชื่อว่าความสามารถในการเรียนรู้ขึ้นอยู่กับความอยากรู้อยากเรียน และการมีส่วนร่วม ถ้าบุคคลมีความอยากรู้อยากเรียน และมีส่วนร่วม ความสามารถในการเรียนรู้ก็จะมีมากขึ้น[6]และส่งผลถึงความสามารถในการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติการทำได้มากที่สุด จึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาเกิดความพึงพอใจ ต่อการใช้รูปแบบอยู่ในระดับพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 84.6 โดยไม่พบกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการศึกษารายใดที่ไม่พึงพอใจในการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

จากการเสวนากลุ่มพบว่าปัญหาและอุปสรรคที่พบในการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นส่วนใหญ่เกิด ในประเด็นเนื้อหาของแนวปฏิบัติเนื้อหาของการประเมินมีมากและการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ทำได้ยาก

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาว เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางด้านผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

2. ควรศึกษาความพึงพอใจในกลุ่มผู้ป่วยและญาติต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล

3. ควรพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เชื่อมโยงไปสู่โรงพยาบาลในเครือข่ายทุกโรงพยาบาลและประเมินประสิทธิผลให้ครอบคลุม ทั้งการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลขณะนำส่งโรงพยาบาล

4. ควรมีการทำวิจัยต่อยอดเป็นวิจัยเชิงทำนายหรือพัฒนาการวิจัยให้มีความเฉพาะเจาะจงกับการบาดเจ็บหลายระบบในระยะวิกฤตมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลหนองคาย คณะกรรมการจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลหนองคาย หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อนร่วมปฏิบัติงาน และสหสาขาวิชาชีพ ที่ให้ความร่วมมือช่วยเหลือในการทำวิจัย ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กาญจนา เซ็นนันท์, อรพรรณ โคสิงห์, และศิริอร สินธุ. (2551). **การช่วยชีวิตของผู้บาดเจ็บในระยะเร่งด่วนฉุกเฉิน**: การวิเคราะห์วรรณกรรม. วารสารสภาการพยาบาล.

2. กรองได อุณหสูต และเครือข่ายการพยาบาลอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย. (2559). **การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย Multiple Injury ตามแนวทางการจัดการผู้ป่วย Multiple ตามหลักฐานเชิงประจักษ์.** การประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่2/2559. กรุงเทพมหานคร.

3. กันยารัตน์ เกิดแก้ว, นิตยา สินเธาว์. (2563). **ศึกษา (Case study) แนวทางการพัฒนาคุณภาพการ ให้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุคไทยแลนด์ 4.0 ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.** วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.

4. Tachino J, Katayama Y, Kitamura T, et al. (2021). **Assessment of the interaction effect between injury regions in multiple injuries in Japan**. J Trauma Acute Care Surg.
5. มะลิสา โรจนหิรัณย์. (2563). **ประสิทธิผลการใช้แนวทางปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลอุดรธานี.** วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี.
6. จารุพักตร์ กัญจนิตานนท์, สุชาตา วิภวกานต์, รัตนา พรหมบุตร. (2562). **การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้บาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ โรงพยาบาลกระบี่.** Journal of The Royal Thai Army Nurses.

การประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Application of self-management support concepts to delay kidney deterioration in patients with type 2 diabetes

(Received: June 16,2024 ; Revised: June 24,2024 ; Accepted: June 25,2024)

บุญญพร เหล่าสุวรรณ[1]
Boonyaporn Laosuwan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและผลการประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนาทม จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 40 คน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราค เท่ากับ 0.79 การวิเคราะห์ข้อมูล: ข้อมูลทั่วไปใช้ค่าจำนวน ร้อยละ พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกโดยใช้ค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบก่อน-หลัง ร่วมกิจกรรมโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการศึกษา ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 7.7% เป็น 7.2%, อัตราการกรองไตมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 87.9 เป็น 96.2 ml/min/1.73m^2/yr, ระดับไขมันไตรกลีเซอร์ไรด์ ค่าเฉลี่ยลดลงจาก 177 mg/dl เป็น 152 mg/dl, ระดับไขมันเลว มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 97 mg/dl เป็น 102 mg/dl, เปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C), อัตราการกรองไต (eGFR) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระดับไขมันไตรกลีเซอร์ไรด์และไขมันเลวไม่แตกต่างกันทางสถิติ ด้านพฤติกรรมสุขภาพก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าการบริโภคอาหารมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=37.93, SD=4.554) เป็นระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=43.10, SD=3.128), การออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$=12.70, SD=2.544) เพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง ($\bar{X}$=16.88, SD=3.368) การใช้ยามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=18.72, SD=2.396) เป็นระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=24.05, SD=2.229) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ การสนับสนุนการจัดการตนเอง, ภาวะไตเสื่อม, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This action research aimed to develop the model and results of applying the concept of self-management support to delay kidney deterioration in patients type 2 diabetes, Diabetes Clinic. Nathom Hospital Nakhon Phanom Province. The sample group consisted of 40 patients type 2 diabetes selected Purposive Sampling and specified criteria. The tools used to collect data include a health behavior questionnaire. The Cronbrach's alpha coefficient reliability was obtained as 0.79, Data analysis: General data using numbers and percentages. Health behavior and clinical results using numbers, percentages, averages, and standard deviations. Compare before-after Participate in activities using paired t-test statistics.

Results of the study: Before and after participating in the activity, the average blood sugar level (A1C) decreased from 7.7% to 7.2%, the average glomerular filtration rate increased from 87.9 to 96.2 ml/min/1.73m2/yr., triglyceride levels The average dropped from 177 mg/dl to 152 mg/dl, LDL levels. The average increased from 97 mg/dl to 102 mg/dl, Comparing Hemoglobin A1C, glomerular filtration rate (eGFR), the differences were statistically significant at the .05, triglyceride and LDL cholesterol were not statistically different. Health behavior before and after participating in the activity It was found that food consumption had an average score of high ($\bar{X}$=37.93,

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาทม จังหวัดนครพนม

SD=4.554) to the highest level ($\bar{X}$=43.10, SD=3.128), exercise had an average score of low ($\bar{X}$=12.70, SD=2.544) increasing to moderate level ($\bar{X}$=16.88, SD=3.368). Drug use has an average score at a high level ($\bar{X}$=18.72, SD=2.396) increasing to highest level ($\bar{X}$=24.05, SD=2.229) and were significantly different at the .05 level.
Keywords: Self-management support, Renal insufficiency, Type 2 diabetes patients

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลกโดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหนึ่งในห้าของการเสียชีวิตทั้งหมด ปัจจุบันประเทศไทยมีความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีความชุกร้อยละ 9.5 ข้อมูลจากองค์กรอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า จำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 108 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2563 เป็น 422 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2567 คาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปีพ.ศ. 2583 ซึ่งหากดูแลรักษาได้ ไม่ดีอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไตและการถูกตัดเท้าหรือขา (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข , 2560) เขตบริการสุขภาพที่ 8 มีผู้ป่วยเบาหวานในปีพ.ศ. 2564-2566 จำนวน 312,860, 331,805 และ 345,683 คน ตามลำดับ จังหวัดนครพนมมีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 37,444, 39,000 และ 40,736 คน ตามลำดับ (HDC: กระทรวงสาธารณสุข) จากรายงานตัวชี้วัดผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ในปีพ.ศ. 2564-2566 ร้อยละ 3.55, 4.44 และ 5.64 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จังหวัดนครพนมมีผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ ร้อยละ 2.68, 2.66 และ 4.29 ตามลำดับ และอำเภอนาทมมีผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ ร้อยละ 1.67, 0.98 และ 2.74 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพื่อขึ้นในปี 2566 เช่นเดียวกับระดับจังหวัด[1]

ภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน (Diabetic nephropathy)เป็นความผิดปกติของหลอดเลือดแดงฝอยในโกลเมอรูลัสของไต ซึ่งผลจากการเป็นเบาหวานระยะเวลานานทำให้ประสิทธิภาพการกรองของไตลดลง[2] โดยมีสาเหตุมาจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตไม่ได้ รวมถึงมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การไม่ควบคุมการรับประทานอาหาร การรับประทานยารักษาเบาหวานที่ไม่ถูกต้อง การใช้ยาสมุนไพร ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และความเครียด เป็นต้น ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว มีผลทำให้หลอดเลือดที่มาเลี้ยงไตเกิดการตีบแข็งมีผลทำให้การทำงานของไตค่อยๆ ลดลง และเกิดการเสื่อมลงอย่างถาวรเมื่อระยะการดำเนินของโรคเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ส่งผลให้เกิดภาวะของเสียคั่ง (Uremia) และต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง[3]

การสร้างสมรรถนะการจัดการตนเองในประชาชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดี (Health promotion) และการสนับสนุนให้เกิดการจัดการตนเองของผู้ป่วยเพื่ออยู่กับโรคได้อย่างมีคุณภาพ (Living well with chronic illnesses) ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาประเทศทั่วโลก ซึ่งถือเป็นฐานแนวคิดของการจัดการตนเอง (Self-management) และที่สำคัญการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) เป็นองค์ประกอบหลักของระบบการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic care model) ที่ถูกใช้เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพในหลายประเทศ ในสหรัฐอเมริกาซึ่งมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรได้ให้ความสำคัญกับการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้โดยมีการกำหนดนโยบายมาตรฐานการศึกษา การจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยให้มากที่สุด[4]

โรงพยาบาลนาทม มีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน ในปีพ.ศ. 2563-2566 จำนวน 1,218, 1,248, 1,263 และ 1,329 คน ตามลำดับ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (A1C<7%) ร้อยละ 18.47, 18.91, 30.48 และ 35.45 ตามลำดับ และผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตและผลผิดปกติ ในปีพ.ศ. 2565-2566 จำนวน 127

และ 140 คน ตามลำดับ[1] จากการทบทวนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมา พบว่ามีเพียงการให้ความรู้จากทีมสหวิชาชีพที่หมุนเวียนมาให้ความรู้ในคลินิกเบาหวาน แต่ยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมที่ชัดเจน และจากการสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่พบว่ารับประทานอาหารประเภทข้าวแป้งไม่จำกัด ใช้เครื่องดื่มชูกำลัง หรือเครื่องดื่มรสหวาน บางรายใช้สมุนไพร ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนจัดการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และนำผลการศึกษาที่ได้มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบท โรงพยาบาลนาทม ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบและผลการประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) โดยกลุ่มตัวอย่างศึกษากลุ่มเดียว จำนวน 40 คน วัดผลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (one-group pretest -posttest design) ดำเนินการในช่วงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 - 7 พฤษภาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มารับบริการ ณ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนาทม ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 เมษายน พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ณ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนาทม จำนวน 40 คน ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 เมษายน พ.ศ. 2567 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 เมษายน พ.ศ. 2567 2) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุระหว่าง 20-65 ปี 3) มีสติสัมปชัญญะ/อ่านออกเขียนได้/ช่วยเหลือตนเองได้ดี 4) ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในภาวะวิกฤตขณะเข้าร่วมกิจกรรม 5) สมัครใจยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) กลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วยรุนแรงขณะอยู่ในช่วงวิจัยและไม่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการวิจัยครบทุกขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การสะท้อนตนเอง (ชดช้อย วัฒนะ, 2558) ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ มีค่า IOC=0.82

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบหาค่าความเที่ยงสัมประสิทธ์อัลฟาของครอนบราคเท่ากับ 0.79

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ: การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ การรับประทานอาหาร 10 ข้อ การออกกำลังกาย 5 ข้อ การใช้ยา 5 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติประจำ หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ระดับ 5 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 5-6 วัน/สัปดาห์ ระดับ 4 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 3-4 วัน/สัปดาห์ ระดับ 3 คะแนน

ปฏิบัตินานครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ ระดับ 2 คะแนน

ไม่ได้ทำเลย หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติเลย ระดับ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ทางคลินิก: ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C), ระดับไขมันในเลือด และอัตราการกรองของไต (eGFR)

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน (ชดช้อย วัฒนะ, 2558) ดังนี้

1) การตั้งเป้าหมาย: การตั้งเป้าหมายระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วยในการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อไปสู่เป้าหมายในการควบคุมโรคเบาหวานและการชะลอไตเสื่อม

2) การเก็บรวบรวมข้อมูล: ข้อมูลสุขภาพพื้นฐานสำคัญประกอบด้วย การเฝ้าระวังตนเอง (self-monitoring) หรือการสังเกตตนเอง (self-observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (self-recording) ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C), ระดับความดันโลหิต, ระดับไขมันในเลือด และอัตราการกรองของไต (eGFR) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่าง

3) การประมวลและประเมินข้อมูล: เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง และนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C), ระดับความดันโลหิต, ระดับไขมันในเลือดและอัตราการกรองของไต (eGFR)

4) การตัดสินใจ: โดยตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่รวบรวมได้ การตัดสินใจเป็นขั้นตอนสำคัญในการจัดการตนเอง หลังจากผู้ป่วยรวบรวมข้อมูล ประมวลผลและประเมินข้อมูลของตนเองเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยแล้วผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคที่เป็นอยู่

4.1) คืนข้อมูลผลการตรวจเลือดประจำปี ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C), ระดับความดันโลหิต, ระดับไขมันในเลือด และอัตราการกรองของไต (eGFR)

4.2) แจ้งประเด็นปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่พบเป็นรายด้านดังนี้ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการใช้ยา พร้อมวางแผนเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

5) การลงมือปฏิบัติ: เป็นการปฏิบัติการจัดการตนเองในการควบคุมความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติที่เป็นผลจากความเจ็บป่วย[5] ซึ่งพฤติกรรมการจัดการตนเองที่สำคัญในการควบคุมโรคเรื้อรังประกอบด้วย การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม การใช้ยาอย่างถูกต้อง การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง การจัดการกับความเครียดและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้โรคมีความรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยกิจกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 เรียนรู้กินหวาน มัน เค็ม แค่ไหนให้พอดี

กิจกรรมที่ 2 เรียนรู้กำกับตนเองโดยการตรวจน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (DTX), การวัดความดันโลหิตในชุมชน ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน หรือวัดด้วยตนเองที่บ้าน เป็นต้น

กิจกรรมที่ 3 เรียนรู้การหลีกเลี่ยงการใช้สมุนไพร ยาแก้ปวดและอาหารเสริม

6) การสะท้อนตนเอง: การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ณ คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนาทม เมื่อครบ 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ค่าจำนวน ร้อยละ ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานอาหาร การ

ออกกำลังกาย และการใช้ยา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้สถิติ Paired sample t-test ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกได้แก่ น้ำตาลสะสมในเลือด ระดับไขมันในเลือด และอัตราการกรองของไต วิเคราะห์โดยใช้ค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้สถิติ Paired sample t-test

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอค้าโครงการวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โครงการเลขที่ REC 012/67 ได้รับอนุมัติในวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2567 จึงได้ดำเนินการศึกษาต่อไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 30 คน ร้อยละ 75 เพศชาย 10 คน ร้อยละ 25 อายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด จำนวน 28 คน ร้อยละ 70 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด จำนวน 33 คน ร้อยละ 82.5 มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากที่สุด จำนวน 33 คน ร้อยละ 82.5

2. ผลลัพธ์ทางคลินิก

2.1 ผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างเมื่อเทียบกับเกณฑ์การรักษา ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) <7% เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 72.5, อัตราการกรองไต (eGFR) eGFR > 60 ml/min/1.73m^2/yr เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 95 เป็นร้อยละ 97.5, ไขมันไตรกลีเซอร์ไรด์ < 150 mg/dl เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 57.5 เป็นร้อยละ 62.5, ไขมันเลว (LDL) < 100 mg/dl, ลดลงจากร้อยละ 62.5 เป็นร้อยละ 52.5 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการตรวจรักษาเมื่อเทียบกับเกณฑ์การรักษา (n=40)

รายการตรวจ	ก่อนร่วมกิจกรรมฯ		หลังร่วมกิจกรรมฯ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C)				
A1C < 7%	16	40	27	67.5
A1C > 7%	24	60	13	32.5
อัตราการกรองไต (eGFR)				
eGFR > 60 ml/min/1.73m^2/yr	38	95	39	97.5
eGFR < 60 ml/min/1.73m^2/yr	2	5	1	2.5
ไขมันไตรกลีเซอร์ไรด์ (Triglycerides)				
Triglycerides < 150 mg/dl	17	57.5	25	62.5
Triglycerides > 150 mg/dl	23	42.5	15	37.5
ไขมันเลว (LDL)				
LDL < 100 mg/dl	25	62.5	21	52.5
LDL > 100 mg/dl	15	37.5	19	47.5

2.2 ผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ พบว่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 7.7% เป็น 7.2%, อัตราการกรองไต (eGFR) มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 87.9 เป็น 96.2 ml/min/1.73m^2/yr, ระดับไขมันไตรกลีเซอร์ไรด์ (Triglycerides) ค่าเฉลี่ยลดลงจาก 177 mg/dl เป็น 152 mg/dl, ระดับไขมันเลว (LDL) มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 97 mg/dl เป็น 102 mg/dl รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก (n=40)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อน		หลัง	
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C)	7.7	1.71	7.2	1.42
อัตราการกรองไต (eGFR)	87.9	2.79	96.2	3.04
ไขมันไตรกลีเซอร์ไรด์ (Triglycerides)	177	108.80	152	67.09
ไขมันเลว (LDL)	97	36.35	102	33.17

2.3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ พบว่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) อัตราการกรองไต (eGFR) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระดับไขมันไตรกลีเซอร์ไรด์ (Triglycerides) และไขมันเลว (LDL) ไม่มีความแตกต่างกันในทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลลัพธ์ทางคลินิกเปรียบเทียบก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ (n=40)

ตัวแปร	Pair Difference				t	P-value
			95% CI			
	$\bar{x}$	SD	Lower	Upper		
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C)	.52	1.14	.156	.888	2.890	.006*
อัตราการกรองไต (eGFR)	8.39	8.81	11.210	5.573	6.022	.000*
ไขมันไตรกลีเซอร์ไรด์ (Triglycerides)	25.07	100.4	7.057	57.207	1.578	.123
ไขมันเลว (LDL)	5.12	39.46	17.74	7.495	.821	.416

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 *

3. ด้านพฤติกรรมสุขภาพ

3.1 พฤติกรรมสุขภาพ ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าการบริโภคอาหารมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=37.93, SD=4.554) เป็นระดับมากที่สุด ($\bar{x}$=43.10, SD=3.128), การออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}$=12.70, SD=2.544) เป็นระดับปานกลาง ($\bar{x}$=16.88, SD=3.368) และการใช้ยามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=18.72, SD=2.396) เป็นระดับมากที่สุด ($\bar{x}$=24.05, SD=2.229) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพ (n=40)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อน		พฤติกรรมการดูแลตนเอง	หลัง		พฤติกรรมการดูแลตนเอง
	$\bar{x}$	SD		$\bar{x}$	SD	
การบริโภคอาหาร	37.93	4.554	ระดับมาก	43.10	3.128	ระดับมากที่สุด
การออกกำลังกาย	12.70	2.544	ระดับน้อย	16.88	3.368	ระดับปานกลาง
การใช้ยา	18.72	2.396	ระดับมาก	24.05	2.229	ระดับมากที่สุด

3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ การบริโภคอาหาร, การออกกำลังกาย และการใช้ยา เปรียบเทียบก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียด ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรมฯ (n=40)

ตัวแปร	Pair Difference				t	P-value
			95% CI			
	$\bar{x}$	SD	Lower	Upper		
การบริโภคอาหาร	5.175	4.712	6.682	3.668	6.947	.000*
การออกกำลังกาย	4.175	3.358	5.249	3.101	7.863	.000*
การใช้ยา	5.325	2.938	6.264	4.385	11.461	.000*

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 *

สรุปและอภิปรายผล

1. รูปแบบการประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ได้แก่ วงรอบที่ 1 กระบวนการวิจัย: ศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเพื่อวางแผนการดำเนินงาน สรุปประเด็นปัญหา และวางแผนการแก้ไขปัญหาที่พบ วงรอบที่ 2 กระบวนการพัฒนา: ดำเนินงานโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การสะท้อนตนเอง และขั้นประเมินผล สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัสมน นามวงษ์และคณะ[6] ศึกษา “การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ประกอบด้วย 1) ประเมินภาวะความพร้อมการปรับเปลี่ยนและตั้งเป้าหมาย 2) ทบทวนเป้าหมายการจัดการตนเอง 3) ส่งเสริมและให้ข้อมูล 4) ติดตามเยี่ยม 5) ประเมินผลปัญหา 6) สร้างช่องทางการสื่อสาร 7) เข้ากลุ่มที่มีปัญหา และ 8) สนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน

2. ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก หลังเข้าร่วมกิจกรรมผลการศึกษาพบว่า ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 7.7% เป็น 7.2%, อัตราการกรองไต (eGFR) มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 87.9 เป็น 96.2 ml/min/1.73m^2/yr, ระดับไขมันไตรกลีเซอร์ไรด์ (Triglycerides) มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 177 mg/dl เป็น 152 mg/dl, ระดับไขมันเลว (LDL) มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 97 mg/dl เป็น 102 mg/dl และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) อัตราการกรองไต (eGFR) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสุพัตรา พงษ์อิศรานุพรและคณะ[7] ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองเรื่องการรับประทานอาหารและเรื่องการใช้ยาอย่างเหมาะสมและอัตราการกรองของไต (GFR) ก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และยังสอดคล้องกับกฤตกร หมั่นสระเกษและคณะ[4] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน ที่รับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 59 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 29 ราย โดยประยุกต์ในแนวคิดการจัดการตนเองในการออกแบบโปรแกรมระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเอง (M=90.6, SD=7.0) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง (M=83.37, SD=9.14) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.05 (t=-9.005,

df=29) และเมื่อเทียบกับกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) ในด้านของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Fasting blood sugar) พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการทดลองทั้งในกลุ่มเดียวกัน (p-value =.124 และ .909 ตามลำดับ) และระหว่างกลุ่ม (p-value=.146) ไม่แตกต่างกันที่ p<.05 และเทียบระหว่างกลุ่มระยะหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

3. ด้านพฤติกรรมสุขภาพ หลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าการบริโภคอาหารมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=37.93, SD=4.554) เป็นระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=43.10, SD=3.128), การออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$=12.70, SD=2.544) เป็นระดับปานกลาง ($\bar{X}$=16.88, SD=3.368) และการใช้ยามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=18.72, SD=2.396) เป็นระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=24.05, SD=2.229)และเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร, การออกกำลังกายและการใช้ยา ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของสาวิตรี นามพะธาย[8] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ หลังได้รับโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการรับประทานอาหารและรับประทานยา ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของกลุ่มทดลอง มีระดับน้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) และยังสอดคล้องศิรินทรา ด้วงใสและทิพมาส ชิณวงศ์[5] ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองภายในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.61, p < .001) และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=4.30, p < .001) และพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองรายด้านในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยด้านการรับประทานอาหารมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.70 (SD=4.13) ด้านการออกกำลังกายมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.63 (SD=8.20) และด้านการรับประทานยามีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 35.36 (SD=5)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนำสู่การปฏิบัติ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หากได้รับการส่งเสริมให้มีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติมากที่สุด จะทำให้บุคคลมีความสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองต่อไป

2. ด้านการวิจัย ควรต่อยอดการวิจัยในครั้งนี้โดยการติดตามตัวชี้วัดเชิงคุณภาพของกลุ่มตัวอย่างในระยะ 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้ เกิดขึ้นและประสบผลสำเร็จไปด้วยดี ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ จึงทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และผู้วิจัยขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ จังหวัดนครพนม ซึ่งสละเวลาและให้ข้อแนะนำในการศึกษวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 สิงหาคม 2566] เข้าถึงได้จาก https://npm.moph.go.th/HDC.
2. ศิริลักษณ์ ถุงทอง (2560). การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(ฉบับพิเศษ), 17-24.
3. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 สิงหาคม 2566] เข้าถึงได้จากhttps://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php
4. กฤตกร หมั่นสระเกษ, ทัศนีย์ รวิวรกุล และสุนีย์ ละกำปั่น. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 25(2), 87-103.
5. ศิรินทรา ด้วงใสและทิพมาส ชิณวงศ์. (2564). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 41(4), 75-85.
6. ธัสมน นามวงษ์, รัชชนก กลิ่นชาติ, สุมาลี ราชนิยม, พนัชกร ค้าผล และนฤมล ทองภักดี. (2562). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 29(3), 179-193.
7. สุพัตรา พงษ์อิศรานุพร, ศศรส หลายพูนสวัสดิ์ และระทุม สุภชัยพานิชพงศ์. (2561). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลดำเนินสะดวก. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 37(2), 148-159.
8. สาวิตรี นามพะธาย. (2561). ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลคำตากล้า จังหวัดสกลนคร

The effect of an empowerment, health literacy and health behavior enhancement program among hypertensive patients at Khamtakla Hospital, Sakon Nakhon Province.

(Received: June 14,2024 ; Revised: June 24,2024 ; Accepted: June 25,2024)

อรัญญา วงศ์สวัสดิ์[1] วัลภา เฟือยงาราช[1]
Aranya Wongsawat[1] Wanlapa Fuai-ngarach[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวเปรียบเทียบก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลคำตากล้า จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อย่างน้อย 1 ปี โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบก่อนและหลัง โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองอยู่ที่ 47.67 (S.D. = 10.57) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 61.93 (S.D. = 4.79) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองอยู่ที่ 41.07 (S.D. = 9.22) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 57.87 (S.D. = 4.66) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP) และขณะหัวใจคลายตัว (DBP) ของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยค่าเฉลี่ย SBP ก่อนการทดลองอยู่ที่ 149.37 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 8.16) และลดลงเป็น 123.87 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 13.99) หลังการทดลอง และค่าเฉลี่ย DBP ก่อนการทดลองอยู่ที่ 81.83 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 10.81) และลดลงเป็น 73.10 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 10.45) หลังการทดลอง

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, โรคความดันโลหิตสูง

Abstracts

This research was a quasi-experimental study with a one-group pretest-posttest design. The objective was to study the effects of an empowerment program on health literacy and health behaviors among hypertensive patients at Khamtakla Hospital, Sakon Nakhon Province. The sample consisted of 30 patients diagnosed with essential hypertension for at least one year, selected by purposive sampling. Data were collected using a general information questionnaire, a health literacy assessment form, and a health behavior assessment form. The experimental tool was the empowerment program. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests for pretest-posttest comparisons.

The results showed that after the experiment, the mean health literacy score was significantly higher than before the experiment ($p < 0.05$), increasing from 47.67 (S.D. = 10.57) to 61.93 (S.D. = 4.79). The mean health behavior score was also significantly higher after the experiment ($p < 0.05$), increasing from 41.07 (S.D. = 9.22) to 57.87 (S.D. = 4.66). The mean systolic blood pressure (SBP) and diastolic blood pressure (DBP) of the patients significantly decreased ($p < 0.05$). The mean

[1] โรงพยาบาลคำตากล้า จังหวัดสกลนคร

SBP decreased from 149.37 mmHg (S.D. = 8.16) before the experiment to 123.87 mmHg (S.D. = 13.99) after the experiment, and the mean DBP decreased from 81.83 mmHg (S.D. = 10.81) to 73.10 mmHg (S.D. = 10.45)
Key Word: Empowerment Program, Health Literacy, Hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญของโลก พบประมาณ 1.28 พันล้านคน ส่วนใหญ่ อายุ 30-79 ปี และ 2 ใน 3 อาศัยในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง ร้อยละ 46 ของผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรค น้อยกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 42) ได้รับการวินิจฉัยและรักษา และเพียงร้อยละ 21 สามารถควบคุมโรคได้ โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายของประชากรโลก 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 และสูญเสียปีสุขภาวะ 57 ล้านปี คิดเป็นร้อยละ 3.7 ของ DALYs ในปี 2559 โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโลก คาดว่าจะมีผู้เสียชีวิต 9.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.2 ซึ่งเป้าหมายระดับโลกคือการลดความชุกของโรคลงร้อยละ 33 ระหว่างปี 2553-2573[1]

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 6,085,044 รายในปี 2562 เป็น 7,090,985 รายในปี 2566 อัตราป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ต่อแสนประชากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 1,142.11 ในปี 2562 เป็น 1,243.78 ในปี 2566 สัดส่วนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการต่อเนื่องมีแนวโน้มผันผวน โดยลดลงจากร้อยละ 52.18 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 46.11 ในปี 2565 แต่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 65.31 ในปี 2566 อัตราผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีมีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 58.62 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 52.91 ในปี 2565 แต่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็นร้อยละ 54.75 ในปี 2566 อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 13.07 ในปี 2560 เป็น 14.48 ในปี 2564[2]

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดสกลนคร มีแนวโน้มรุนแรงขึ้น โดยจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 88,325 รายในปี 2562 เป็น 110,772 รายในปี 2566 อัตราป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นจาก 940.84 ในปี 2562 เป็น 1,085.52 ในปี 2566สัดส่วนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการต่อเนื่องมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 39 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 69.89 ในปี 2566 อัตราผู้ป่วยที่ควบคุมความดันได้ดีมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 65.85 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 59.74 ในปี 2566 อัตราตายด้วยโรคนี้ต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นจาก 6.45 ในปี 2560 เป็น 9.34 ในปี 2564 สำหรับอำเภอคำตากล้า แม้จะมีสัญญาณบางประการที่ดีขึ้น เช่น จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นไม่มากนัก และอัตราตายลดลง แต่ยังพบ อัตราป่วยรายใหม่ต่อประชากรแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 752.56 ในปี 2562 เป็น 1,263.52 ในปี 2566 สัดส่วนผู้ป่วยมารับบริการต่อเนื่องลดลงจากร้อยละ 63.95 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 56.91 ในปี 2566 อัตราผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดีลดลงจากร้อยละ 61.13 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 46.75 ในปี 2566 แสดงให้เห็นว่าแม้การเข้าถึงบริการจะดีขึ้นบ้าง แต่ประสิทธิภาพในการควบคุมและรักษาโรคยังลดลง จำเป็นต้องเพิ่มมาตรการดูแลผู้ป่วยให้สามารถควบคุมโรคได้ดียิ่งขึ้น[2]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า หากผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะสูญเสียพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น รู้สึกอ่อนล้า ไร้อำนาจ หรือไร้กำลังที่จะควบคุมสิ่งต่าง ๆ ให้เป็นไปตามความต้องการ อาจทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมความดันที่ขึ้นลงได้ตลอด รวมทั้งไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายตามคำแนะนำ ดังนั้น การเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจจึงมีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้[3] การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้บุคคลมี

โอกาสกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพตนเองในฐานะหุ้นส่วนของระบบสุขภาพ โดยช่วยให้ตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถ และอำนาจในตน ได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมในการค้นหาปัญหา พัฒนาการดูแลสุขภาพ ดำเนินการประเมินผลลัพธ์และตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนภายใต้การสนับสนุนข้อมูลและทักษะอย่างเพียงพอจากบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงการสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมดูแลและช่วยเหลือใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน เพื่อเอื้ออำนวยและสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตและโรค ให้บุคคลสร้างทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเองและมีความมุ่งมั่นเข้าร่วมกิจกรรมการรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพตามแนวทางที่ตนเองกำหนด ช่วยให้ค้นพบและยอมรับสภาพความจริง สะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ เลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและชีวิต ทำให้มีพลัง มีความผาสุก และตระหนักในศักยภาพของตนเพื่อการรักษาสุขภาพและพัฒนาความสามารถ[4-5]

ผู้วิจัยมีความสนใจในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเป้าหมาย โดยการใช้พลังอำนาจและศักยภาพที่มีอยู่ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ด้วยการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน[5] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพจริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental research) กลุ่มเดียวเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง (The one group pretest-posttest only design) ระยะเวลา 8 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และอาศัยอยู่ในพื้นที่บ้านหนองพอกน้อย หมู่ 4 และบ้านสร้างคำ หมู่ 9 ตำบลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร จำนวน 170 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้แนวคิดการกำหนดกลุ่มตัวอย่างสำหรับงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) ของ Pilot & Hungler[6] กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อย่างน้อย 1 ปี

2. มีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure: SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท แต่ไม่เกิน 179 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic Blood

Pressure: DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท แต่ไม่เกิน 109 มิลลิเมตรปรอท

3. อายุ 30 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่บ้านหนองพอกน้อย หมู่ 4 และบ้านสร้างคำ หมู่ 9 ตำบลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment Program): โปรแกรมนี้ถูกพัฒนาขึ้นโดยอิงแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking Charge) และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก เพศ อายุ ระดับการศึกษา และสถานะทางสังคม

2.2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Assessment) ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข[7] จำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ง่ายมาก (5 คะแนน) ง่าย (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) ยาก (2 คะแนน) และยากมาก (1 คะแนน) แปลผลเป็นช่วงคะแนน 4 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Bloom[8] คือ ไม่ดี (> 60%) พอใช้ (60-69%) ดี (70-79%) และ ดีมาก (≥ 80%) ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.762

3 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior Assessment) ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข[7] ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาการ การออกอำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราจำนวน 10 ข้อ และพฤติกรรมการรับประทานยา และมาตรวจตามนัดเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ 7 ครั้ง/สัปดาห์ (5 คะแนน) 5-6 ครั้ง/สัปดาห์ (4 คะแนน) 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ ปานกลาง (3 คะแนน) 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) แปลผลเป็นช่วงคะแนน 4 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Bloom[8] คือ ไม่ดี (> 60%) พอใช้ (60-69%) ดี (70-79%) และ ดีมาก (≥ 80%) ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.610 และ 0.616 ตามลำดับ

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง (Discovering Reality) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นขั้นตอนที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ ทำความเข้าใจและยอมรับสถานการณ์และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง โดยมีกิจกรรมคือ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวก่อนเริ่มกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และวัดความดันโลหิต เพื่อเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโครงการ ประเมินระดับความดันโลหิตตามปิงปองจราจร 7 สี ด้วยตนเอง จัดกิจกรรมเชื่อมความสัมพันธ์แนะนำตัว และเล่นเกมส์เพื่อละลายพฤติกรรม กิจกรรม "เรื่องราวชีวิต" ให้เล่าเรื่องราว ระบายความรู้สึก บอกปัญหาและความต้องการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ อภิปรายและแสดงความคิดเห็น เพื่อค้นพบสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริง และผู้วิจัยบรรยายความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การเข้ารับการรักษาตามนัด และการเรียนรู้สถานะสุขภาพจากสมุดประจำตัวผู้ป่วย เพื่อสร้างความรอบรู้ การตัดสินใจ และการใช้ข้อมูลในการเฝ้าระวังสภาวะเจ็บป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นการทบทวนเหตุการณ์และสถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อ

การตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยฝึกทักษะการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา ค้นหาสภาพการณ์จริง แสวงหาทางเลือก พินิจพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เกิดมุมมองใหม่ ช่วยให้กลับมามองและประเมินสถานการณ์ในแง่มุมต่างๆ นำไปสู่การแก้ปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น พัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง โดยมีกิจกรรม "เล่าสู่กันฟัง" ให้กลุ่มตัวอย่างระบายความรู้สึก บอกเล่าเรื่องราวการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ทบทวนและวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยสรุปสถานการณ์ให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ประสบการณ์ที่ผ่านมา ข้อดีข้อเสีย เพื่อหาแนวทางปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต ในประเด็นพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม (Taking Charge) ใช้เวลา 3 ชั่วโมง เป็นขั้นตอนที่บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับตนเอง โดยพิจารณาจากการแสวงหาแนวทางและการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น ซึ่งจะนำไปสู่การยอมรับตนเอง (Self-determination) ภายใต้เงื่อนไขดังนี้ 1) เป็นวิธีแก้ปัญหาให้แก่ตนเอง 2) สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ 3) ได้รับการเอาใจใส่และตอบสนองความต้องการ 4) ผ่านการปรึกษาและยอมรับจากทีมสุขภาพ และ 5) เป็นวิธีที่ยอมรับได้และเปิดกว้างให้ผู้อื่นนำไปใช้ ในขั้นตอนนี้พยาบาลและผู้รับบริการต้องร่วมกันหาข้อมูล พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น อภิปรายกับทีมสุขภาพ และร่วมกันตัดสินใจแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1) ผู้วิจัยสนับสนุนข้อมูล ความรู้ ทักษะ ทรัพยากรต่างๆ เช่น คู่มือ ป้ายเตือนใจ แบบบันทึกพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด การรับประทานยา แบบบันทึกระดับความดันโลหิต และสร้างกลุ่มไลน์เพื่อส่งข้อมูลเสริม 2) กิจกรรม "ประสบการณ์ประทับใจให้จดจำ" ให้เล่าประสบการณ์ความสำเร็จหรือเรื่องน่ายินดีเกี่ยวกับสุขภาพ 3) กิจกรรม "พบเพื่อนผู้ป่วย" ผู้ป่วยตัวอย่างมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผู้วิจัยสรุปประเด็นและพูดชักจูงเสริมพลังให้มั่นใจในความสามารถ 4) กิจกรรม "พันธสัญญาใจ" เขียนพันธสัญญาเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในอนาคต แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้คำแนะนำซึ่งกันและกัน

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (สัปดาห์ที่ 3-7 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง และสัปดาห์ที่ 8 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเมื่อพยาบาลและผู้รับบริการสามารถร่วมมือแก้ไขปัญหาและนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จ จะทำให้บุคคลรู้สึกมั่นใจ มีพลังอำนาจ และมีความสามารถ ถือเป็นข้อผูกพันในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในครั้งต่อไป โดยในสัปดาห์ที่ 3-7 มีกิจกรรมคือ กลุ่มตัวอย่างทุกคนปฏิบัติตามพันธสัญญาใจที่ได้สัญญาใจกันไว้ในขั้นตอนที่ 3 มีการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์รายบุคคลก่อนถึงกำหนดนัด 2-3 วัน โดยผู้วิจัยจะโทรเตือนวันเวลานัด สอบถามอาการป่วย ให้ความรู้และกำลังใจ มีการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 7-8 และในสัปดาห์ที่ 8 จะยุติกระบวนการ โดยกลุ่มตัวอย่างได้กล่าวข้อคิดและคำมั่นสัญญาในการปฏิบัติแผนการรักษา จากนั้นผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลหลังการเข้าร่วมโปรแกรม วัดความดันโลหิต ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของโรคความดันโลหิตสูง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายคุณลักษณะข้อมูลทั่วไป ด้วยความถี่และร้อยละ

2. สถิติอนุมาน Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่ SKN REC 2024-050 วันที่รับรอง 19 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.33 อยู่ในช่วงอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56.67 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 86.67 และสถานะทางสังคมเป็นประชาชนในชุมชน ร้อยละ 93.33กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.33 อยู่ในช่วงอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ56.67 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 86.67 และสถานะทางสังคมเป็นประชาชนในชุมชน ร้อยละ 93.33

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดี ร้อยละ 38.71 ระดับพอใช้ ร้อยละ 32.26 และระดับดี ร้อยละ 22.58 หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 54.84 ระดับดีมาก ร้อยละ 35.48 และระดับพอใช้ ร้อยละ 6.45 และไม่มีคะแนนในระดับไม่ดี

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยรวมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านและโดยรวม ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		df	t	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	8.83	3.61	14.50	2.22	29	-8.80	.000*
ด้านการเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ	12.37	2.41	15.23	1.52	29	-7.94	.000*
ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	13.33	2.73	16.23	1.25	29	-5.38	.000*
ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	13.33	2.73	16.23	1.25	29	-5.38	.000*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยรวม	47.67	10.57	61.93	4.79	29	-8.02	.000*

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับไม่ดี ร้อยละ 33.33 ระดับพอใช้ ร้อยละ 16.67 ระดับดี ร้อยละ 23.33 และระดับดีมาก ร้อยละ 26.67 หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 53.33 ระดับดีมาก ร้อยละ 26.67 ระดับพอใช้ ร้อยละ 3.33 และระดับไม่ดี ร้อยละ 3.33.

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมพลัง หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านและโดยรวมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		df	t-test	P
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ด้านการบริโภคอาหาร	15.70	4.68	22.03	3.05	29	-8.27	.000*
ด้านการออกกำลังกาย	5.50	1.23	7.70	0.75	29	-8.77	.000*
ด้านการจัดการความเครียด	6.93	1.86	8.10	0.71	29	-3.51	.001*
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	41.07	9.22	57.87	4.66	29	-11.02	.000*

4. หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure: SBP) และค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure: DBP) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		df	t-test	P
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP)	149.37	8.16	123.87	13.99	29	9.45	.000*
ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP)	81.83	10.81	73.10	10.45	29	5.01	.000*

สรุปและอภิปรายผล

จากการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) และดำเนินกิจกรรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ มี 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนแรก การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นการสร้างการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ได้ค้นพบและรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเองผ่านกิจกรรมเล่าเรื่องราวชีวิต

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณผ่านกิจกรรมเล่าสู่กันฟัง เป็นการบอกเล่าเรื่องราวการดูแลสุขภาพตนเองและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจอย่างสมเหตุสมผลในการแสวงหาแนวทางการปฏิบัติตนในประเด็นต่างๆ เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ ผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น เล่าประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ พบเพื่อนผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดีมาเล่าประสบการณ์ สรุปประเด็น สร้างแรงจูงใจ และกิจกรรม "พันธสัญญาใจ" ให้เขียนสิ่งที่ต้องเลือกปฏิบัติและปฏิบัติในอนาคต

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ กลุ่มตัวอย่างทุกคนปฏิบัติตามพันธสัญญาใจที่ได้สัญญาไว้ และมีกิจกรรมการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์รายบุคคล โดยผู้วิจัยจะโทรเตือนวันเวลานัด สอบถามอาการ ให้ความรู้และกำลังใจในการดูแล

ตนเอง และในสัปดาห์ที่ 8 ได้มีการกล่าวคำมั่นสัญญาที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาและการดูแลตนเอง

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นเช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่เหมาะสม และการจัดการความเครียด ส่งผลให้การควบคุมโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้น[9] นอกจากนี้การเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ได้ดีขึ้น[10] สอดคล้องกับ Bosworth et al.[11] พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นและปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ และสอดคล้องกับ วรดา ทองสุก[3] พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมและสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของจิรวรรณ ไชยรัตน์ และคณะ[12] พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถปรับเปลี่ยนให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น รวมถึงมีค่าความดันโลหิตลดลง และสอดคล้องกับเพ็ญศรี รอดพรม และคณะ[13] พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยเพิ่มความสามารถในการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้

1. การวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งอาจไม่เพียงพอที่จะสรุปผลในระดับประชากรที่กว้างขึ้น ควรพิจารณาเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ผลการวิจัยมีความแม่นยำและเป็นตัวแทนของประชากรมากขึ้น

2. ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. ควรใช้เครื่องมือในการประเมินผลที่หลากหลาย เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือการสังเกตการณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและหลากหลายมากขึ้น

1.4 ควรปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายมากขึ้น โดยคำนึงถึงความแตกต่างในด้านสังคมวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยในกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยในพื้นที่อื่น ๆ หรือผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลของโปรแกรมในบริบทที่แตกต่างกัน

2. ควรเพิ่มการวัดผลในด้านอื่นๆ เช่น คุณภาพชีวิต ความเครียด และความพึงพอใจของผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนเกี่ยวกับผลกระทบของโปรแกรม

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับวิธีการดูแลสุขภาพอื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพและหาวิธีที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension. Available from March 16, 2023 https://www.who.int/news-room/fa
2. กระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center. สืบค้น ตุลาคม 30, 2566 จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php
3. วรดา ทองสุก. ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2562.
4. Miller JF. Coping with Chronic illness: Overcoming Powerlessness. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis; 1992.
5. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. J Adv Nurs. 1995;21(6):1201-10.
6. Pilot DF, Hungler BP. Nursing research: Principles and methods. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 1995.
7. กองสุขศึกษา. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กวัยเรียนและวัยทำงาน. สืบค้น พฤศจิกายน 17, 2566 จาก http://www.hed.go.th/linkHed/482
8. Bloom BS. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Study of Learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
9. Okazaki K. ["Throw your hammer!" The essence of patient empowerment in diabetes]. Yakugaku zasshi. 2015;135(3):351-5. doi: 10.1248/yakushi.14-00207-1.
10. Snoek F, Skinner T. Psychology in Diabetes Care. 2000. doi: 10.1002/0470846569.
11. Bosworth HB, Olsen MK, Grubber JM, Neary AM, Orr MM, Powers BJ, et al. Two self-management interventions to improve hypertension control: a randomized trial. Ann Intern Med. 2009;151(10):687-95. doi: 10.7326/0003-4819-151-10-200911170-00148.
12. จิรวรรณ ไชยรัตน์, และคนอื่นๆ. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชนคูหาสวรรค์ อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง. 2565;5(2):65-73.
13. เพ็ญศรี รอดพรม, และคนอื่นๆ. ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. 2565;9(5):300-12.

ประสิทธิภาพของถ่านดัดแปลงสภาพจากกะลามะพร้าวชนิดต่างกันในการดูดซับสีโรดาห์มีนบี

Efficiency of modified charcoal from different types of coconut shells in absorbing rhodamine B dye.

(Received: June 16,2024 ; Revised: June 24,2024 ; Accepted: June 25,2024)

วัสมาส พุ่มจันทร์[1] อัญชลี เจริญวัย[1]
สมเจตน์ ทองดำรงธรรม[2] สิทธิชัย ใจขาน[2] และ จิราภรณ์ หลาบคำ[2]*
Wasamas Phumjan[1], Anchalee Jalernwai[1],
Somjate Thongdamrongtham[2], Sitthichai Chaikhan[2], Chiraporn Labcom[2]*

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของถ่านดัดแปลงสภาพจากกะลามะพร้าวขนาดต่างกันในการดูดซับสีโรดาห์มีนบี กลุ่มตัวอย่าง คือ กะลามะพร้าวที่นำมาเผาเป็นถ่านดัดแปลงสภาพจำนวน 3 ขนาด ได้แก่ ถ่านชนิดผงขนาด 1.0 มิลลิเมตร ถ่านชนิดเกล็ดขนาด 3.0 มิลลิเมตร และถ่านชนิดก้อนขนาด 5.0 มิลลิเมตร และ สีโรดาห์มีนบีที่มีความ เข้มสี 3 ระดับ คือ 100 200 และ 300 ADMI เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกผลการทดลอง และ เตาเผา อุณหภูมิสูง และ เครื่องวัดสี U-VIS Spectrophotometer (ADMI) ผลการศึกษาพบว่า ถ่านดัดแปลงสภาพจากกะลามะพร้าวทุกชนิด และทุกขนาดมีประสิทธิภาพในการดูดซับสีโรดาห์มีนบีดีที่สุดที่ช่วงเวลา 60 นาที โดยพบว่า ถ่านดัดแปลงสภาพจากกะลามะพร้าวชนิดผงขนาด 1 มิลลิเมตร มีประสิทธิภาพในการดูดซับสีโรดาห์มีนที่มีค่าความเข้มสีก่อนบำบัด 100 และ 300 ADMI มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85 และ ร้อยละ 63 ตามลำดับ ส่วนถ่านชนิดเกล็ดขนาด 3 มิลลิเมตรประสิทธิภาพในการดูดซับสีโรดาห์มีนที่มีค่าความเข้มสีก่อนบำบัด 200 ADMI มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66

คำสำคัญ กะลามะพร้าว ถ่านดัดแปลงสภาพ การดูดซับ สีโรดาห์มีนบี

Abstract

This study is an experimental investigation that seeks to examine the efficacy of three distinct variants of charcoal derived from coconut shells in terms of their ability to adsorb rhodamine B. The research utilized coconut shells as the samples, which were subjected to combustion to produce modified charcoal and rhodamine B. The research utilizes three instruments: an experimental record form, a high-temperature incinerator, and a colorimeter (U-VIS spectrophotometer). The research utilizes several devices, including an experimental record form, a high-temperature incinerator, and a colorimeter U-VIS spectrophotometer (ADMI). The study's findings revealed that charcoal derived from various coconut shell kinds underwent modification. All sizes exhibited optimal efficiency in the absorption of rhodamine B within a 60-minute timeframe. The study discovered that utilizing 1 mm powdered coconut shell-derived charcoal, which had been modified, proved to be efficient in absorbing rhodamine B after 60 minutes. Prior to treatment, the color intensity values were highest at 100 and 300 ADMI, representing 85 percent and 63 percent, respectively. Flakes resembling charcoal, measuring 3 mm in size, were successful in absorbing rhodamine color, as indicated by the color intensity values prior to treatment. The highest number of ADMI is 200, which accounts for 66 percent.

Keywords: Coconut shell, modified charcoal, adsorption, Rhodamine B dye.

[1] นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาอนามัยสิ่งแวดล้อม วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
[2] อาจารย์หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาอนามัยสิ่งแวดล้อม วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิราภรณ์ หลาบคำ Email: chiraporn.l@ubu.ac.th Tel: 0830626344

บทนำ

ประเทศไทยมีการพัฒนาทางด้านอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็ว ยกตัวอย่าง อุตสาหกรรมสิ่งทอ ซึ่งอุตสาหกรรมนี้ได้สร้างปัญหามลภาวะอย่างมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งมลพิษทางน้ำ เพราะในอุตสาหกรรมสิ่งทอจำเป็นต้องใช้น้ำในกระบวนการผลิต ตัวอย่างเช่น โรงงานฟอกย้อมในอุตสาหกรรมสิ่งทอ มักจะมีสีย้อมตกค้างอยู่ในน้ำทิ้ง ซึ่งสีย้อมในปัจจุบันยากต่อการสลายตัวทางชีวภาพและเป็นสารที่มีสีเข้ม หากโรงงานอุตสาหกรรมเหล่านี้ปล่อยน้ำทิ้งลงสู่แหล่งน้ำธรรมชาติ โดยไม่มีการบำบัดก็จะส่งผลกระทบต่อสิ่งมีชีวิตที่อาศัยอยู่ในแหล่งน้ำหรือบริเวณรอบแหล่งน้ำนั้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีมาตรการควบคุมมาตรฐานน้ำทิ้งจากโรงงานอุตสาหกรรม (ประกาศกระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม, 2539) ปัจจุบันการบำบัดสีในน้ำทิ้งจากโรงงานฟอกย้อมมีหลากหลายวิธี เช่น การดูดซับด้วยวิธีทางกายภาพ การดูดด้วยวิธีทางชีวภาพ การดูดซับด้วยวิธีทางเคมี ซึ่งวิธีการดูดซับที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบันคือกระบวนการดูดซับสีด้วยถ่านจากกะลามะพร้าว มีคุณสมบัติในการดูดติดผิวใช้หลักการดูดซับ (Adsorption) และดูดซึม (Adsorption) การดูดซับจะเป็น การจับกันอย่างหลวม ๆ ของสารอินทรีย์และคาร์บอนที่ผิวนอกของถ่าน โดยยึดกันด้วยแรงแวนเดอวาล์ว ในทางทฤษฎีสารที่ถูกดูดซับอาจจะถูกปล่อยกลับออกมาได้ แต่ภาวการณ์ปล่อยกลับออกมานั้นเกิดขึ้นได้ยาก แบคทีเรียมักจะสร้างกลุ่มอยู่ที่ผิวของถ่านและกินบางส่วนของสารอินทรีย์ที่ถูกดูดซับไว้ซึ่งจะเป็นการ ช่วยคืนรูพรุนของถ่านบางส่วนและป้องกันการหลุดกลับของสารอินทรีย์ที่ถูกดูดซับไว้ โดยถ่านดัดแปลง สภาพจากกะลามะพร้าวมีคุณสมบัติในการกรองสี กลิ่น รส สารอินทรีย์ และสารแขวนลอยที่ปนมากับน้ำ[1] สีโรดาห์มีนบี (rhodamine B) คือสารเคมีหรือสีย้อมฝ้าย โดยโมเลกุลของสีจะจัดเรียงตัวแทรกอยู่ในระหว่างโมเลกุลเส้นใยและยึดจับกันด้วยพันธะไฮโดรเจน ซึ่งสีโรดาห์มีนบีจะละลายน้ำได้ดีแต่ย่อย สลายยาก เนื่องจากทนทานต่อแสงและความเป็นกรดด่าง [2] การปนเปื้อน ของสีโรดาห์มีนบีที่ใช้ในอุตสาหกรรมในแหล่งน้ำส่งผลกระทบต่อสิ่งมีชีวิตในน้ำ เนื่องจากเป็นสารเคมีสังเคราะห์ทำให้ เกิดการระคายเคือง อาจทำให้เกิดมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลือง เนื่องจากในโครงสร้างของสีย้อมส่วนใหญ่มีวงแหวนแอโรมาติกอยู่ในโมเลกุล สีโรดาห์มีนบีสามารถดำรงอยู่ในสภาวะสมดุลระหว่างสองรูปแบบ คือ รูปแบบเปิดฟลูออเรสเซนต์จะอยู่ในสภาพที่เป็นกรด และรูปแบบปิดสไปโรแลคแทมไม่เรืองแสง ความ เข้มการเรืองแสงของโรดาห์มีนบีจะลดลงเมื่ออุณหภูมิเพิ่มขึ้น

กะลามะพร้าวมาเป็นวัสดุธรรมชาติที่มีลักษณะแข็ง มีคุณสมบัติพิเศษ คือ ติดไฟง่ายเหมาะสำหรับนำมาเป็นเชื้อเพลิง ให้ความร้อนสูงและสม่ำเสมอ มีสัดส่วนองค์ประกอบคาร์บอนคงตัวสูง แปรสภาพไปเปนคารบอนหลังเสร็จสิ้นกระบวนการคารบอไนเซชันได้สูง[3] ในอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีผลผลิตของมะพร้าวเป็นจำนวนมาก และมีการบริโภคตลอดทั้งปี โดยเฉพาะมะพร้าวพันธุมะพร้าวกะทิส่วนใหญ่จะถูกนำมาคั้นน้ำกะทิและเศษกะลามะพร้าวจะถูกทิ้งเป็นของเสีย ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีแนวคิดนำเอาเศษกะลามะพร้าวเหลือทิ้งเหล่านี้ มาใช้เป็นวัตถุดิบในการแปรรูปเป็นถ่านกัมมันต ที่มีมูลค่าสูงทางเศรษฐศาสตร์ และนำมาใช้เป็นตัวดูดซับสีย้อมโรดาหมีน [4] ซึ่งการดูดซับสีโรดาห์มีนบีด้วยถ่านจากกะลามะพร้าวเป็นกระบวนการดูดซับที่ผ่านกระบวนการกระตุ้นด้วยโพแทสเซียมไฮดรอกไซด์ โดยใช้สีโรดาห์มีนบีเป็นตัวถูกดูดซับและถ่านจากกะลามะพร้าวเป็นตัวดูดซับ ในการทดลองได้เตรียมถ่าน 3 ชนิด ได้แก่ ถ่านชนิดผงขนาด 1.0 มิลลิเมตร ถ่านชนิดเกล็ดขนาด 3.0 มิลลิเมตร และถ่านชนิดก้อนขนาด 5.0 มิลลิเมตร ในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้วัสดุเป็นกะลามะพร้าวเป็นแนวทางหนึ่งในการแก้ปัญหาการจัดหาวัตถุดิบและสามารถเพิ่มมูลค่าให้ทางการเกษตรได้เป็นอย่างดี และเพื่อการดูดซับในอุตสหกรรมสิ่งทอหรือโรงงานฟอกย้อมที่มีการปนเปื้อนสีโรดาห์มีนบีลงในแหล่งน้ำ ดังนั้นผู้ศึกษาวิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการผลิต ถ่านดัดแปลงสภาพจากกะลามะพร้าวซึ่งผ่านกระบวนการคาร์บอไนซ์เซชันแล้วโดยกระตุ้นด้วย โพแทสเซียมไฮดรอกไซด์ (KOH) เนื่องจากมีความอันตรายต่อสิ่งแวดล้อมต่ำ และราคาไม่แพงมาก สามารถช่วยลดต้นทุนการผลิตซึ่งเป็นการนำวัสดุที่เหลือใช้ในพื้นที่มาใช้ประโยชน์ต่อได้เป็นอย่างดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อศึกษาคุณสมบัติโดยทั่วไปของกะลามะพร้าวที่จะนำมาเผาเป็นถ่านดัดแปลงสภาพ

2) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของถ่านดัดแปลงสภาพจากกะลามะพร้าวในการดูดซับสีโรดาห์มีนบี

อุปกรณ์และวิธีการ

(1) เตาเผาอุณหภูมิสูง รุ่น ISOLAB Laborgerate GmbH

(2) เครื่องวัดสี U-VIS Spectrophotometer

(3) กะลามะพร้าว 20 กิโลกรัม
(4) บีกเกอร์
(5) น้ำกลั่น
(6) สีโรดาห์มีนบี
(7) กรดซัลฟัลฟิวริก
(8) โซเดียมไฮดรอกไซด์
(9) เครื่องวัดความเป็นกรด-ด่าง
(10) กระดาษทิชชูที่ไม่มีขน
(11) ตะแกรงร่อน
(12) กล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนแบบส่องกราด (Scanning electron microscope: SEM)
(13) ชุดกรอง

ขั้นตอนการทดลอง

1. การวิเคราะห์คุณสมบัติทั่วไปของกะลามะพร้าวโดยการหาความชื้นของกะลามะพร้าวก่อนการเผาโดยทำความสะอาดกะลามะพร้าวโดยการขูดเศษเปลือกมะพร้าวบริเวณรอบกะลาออกให้เหลือน้อยที่สุด จากนั้นนำกะลามะพร้าวไปอบให้แห้งสนิทในตู้อบลมร้อนอุณหภูมิ 105 องศาเซลเซียส เวลา 1 ชั่วโมง แล้วทุบกะลามะพร้าวให้แตกเป็นชิ้นพอเหมาะขนาด 5-10 เซนติเมตร จากนั้นแบ่งกะลามะพร้าวใส่ถ้วยกระเบื้อง 8 ถ้วย ชั่งน้ำหนักกะลามะพร้าวก่อนอบแห้งถ้วยละ 100 กรัม นำเข้าอบในอุณหภูมิ 105 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 48 ชั่วโมง เมื่อเผาเสร็จนำมาชั่งน้ำหนักหลังอบ โดยการคำนวณหาค่าเปอร์เซ็นปริมาณความชื้นของกะลามะพร้าวโดยใช้สูตรสมการ ดังนี้

Moisture Content (%) = (A - B) X 100 \ A

โดย A คือ น้ำหนักเริ่มต้นก่อนอบ (กรัม)

B คือ น้ำหนักหลังอบ (กรัม)

2. ขั้นตอนการเผากะลามะพร้าว โดยนำกะลามะพร้าวจากขั้นตอนที่ 1 มาห่อกระดาษฟอยล์ให้หุ้มกะลามะพร้าวให้สนิทไม่ให้โดนอากาศจากนั้นนำเข้าเตาเผาอุณหภูมิสูงที่ 380 องศาเซลเซียสเวลา 1 ชั่วโมง เมื่อเผาเสร็จทิ้งไว้ให้เย็นลง จากนั้นแกะฟอยล์ออกแล้วชั่งน้ำหนักถ่าน

3. ขั้นตอนการเผากระตุ้นด้วยสารเคมี ทำการชั่งโพแทสเซียมไฮดรอกไซด์ 1 มิลลิกรัมต่อถ่านดัดแปลงสภาพ 3 มิลลิกรัมโดยน้ำหนัก แล้วเติมโพแทสเซียมไฮดรอกไซด์ลงในถ่านดัดแปลงสภาพ ห่อฟอยล์ให้สนิทแล้วนำเข้าเผากระตุ้นในอุณหภูมิ 430 องศาเซลเซียสเวลา 1 ชั่วโมง นำถ่านดัดแปลงสภาพที่ได้มาชั่งน้ำหนัก ล้างถ่านดัดแปลงสภาพด้วยน้ำกลั่นจนกว่าน้ำจะใส หลังจากล้างถ่านดัดแปลงสภาพจนน้ำกลั่นใส อบถ่านดัดแปลงสภาพให้แห้งสนิทที่อุณหภูมิ 105 องศาเซลเซียส เวลา 1 ชั่วโมง คัดขนาดถ่านโดยใช้ตะแกรงร่อนขนาด 20 เมช ร่อนได้ถ่านชนิดก้อนขนาด 5.0 มิลลิเมตร ใช้ตะแกงร่อนขนาด 40 เมช ร่อนได้ถ่านชนิดเกล็ดขนาด 3.0 มิลลิเมตร และใช้ตะแกงร่อนขนาด 60 เมช ร่อนได้ถ่านชนิดผงขนาด 1.0 มิลลิเมตร ลักษณะพื้นผิวของถ่านดัดแปลงแต่ละชนิดเมื่อส่องผ่านกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนแบบส่องกราด (Scanning electron microscope: SEM) พบลักษณะพื้นผิว ดังแสดงในภาพที่ 1

4. ขั้นตอนการทดลองการดูดซับสีโรดาห์มีนบี โดยเตรียมน้ำผสมสีโรดาห์มีนบีมีความเข้มสีของน้ำตัวอย่างเป็น 100 200 และ 300 ADMI ชั่งถ่านดัดแปลงสภาพชนิดผงชนิดเกล็ด และชนิดก้อน 100 มิลลิกรัมต่อ 1 บีกเกอร์ หนึ่งชุดการทดลองจะใช้ถ่านดัดแปลงสภาพทั้งหมด 600 มิลลิกรัม ต่อน้ำตัวอย่าง 600 มิลลิลิตร เทถ่านที่ชั่งไว้ลงในน้ำตัวอย่าง 100 มิลลิลิตรทั้ง 6 บีกเกอร์ จับเวลา 10 20 30 40 50 และ 60 นาที ตามลำดับ (โดยไม่มีการกวน) ทดลองที่อุณหภูมิห้อง 25 องศาเซลเซียส ค่า pH ที่ 6.5-7.0 เมื่อครบเวลา 10 20 30 40 50 และ 60 นาที กรองน้ำออกจากถ่านใส่กระดาษกรองลงในกรวยกรองบุชเนอร์ ขนาด 100 มิลลิลิตร รอน้ำไหลลงในขวดกรองสาร จากนั้นเทน้ำตัวอย่างที่ผ่านการกรองแล้วลงในบีกเกอร์ ใช้ปิเปตดูดน้ำตัวอย่าง ลงในเซลล์ 10 มิลลิลิตร ใส่เซลล์ลงในเครื่องวัดสีเพื่อวัดค่าสีของน้ำตัวอย่างหลังจากดูดซับด้วยถ่านดัดแปลงสภาพ ทำการทดลองซ้ำ 3 ครั้ง สำหรับถ่านหนึ่งชนิดต่อน้ำหนึ่งค่าความเข้มสี บันทึกค่าความเข้มสีหลังการดูดซับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สภาพจากกะลามะพร้าวในการดูดซับสีโรดาห์มีนบี วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งประกอบด้วย การแจกแจงความถี่เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการวิเคราะห์คุณสมบัติโดยทั่วไปของกะลามะพร้าววิเคราะห์ด้วยสูตรการหาค่าความชื้นใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานประสิทธิภาพของถ่านดัดแปลง

ผลการวิจัย

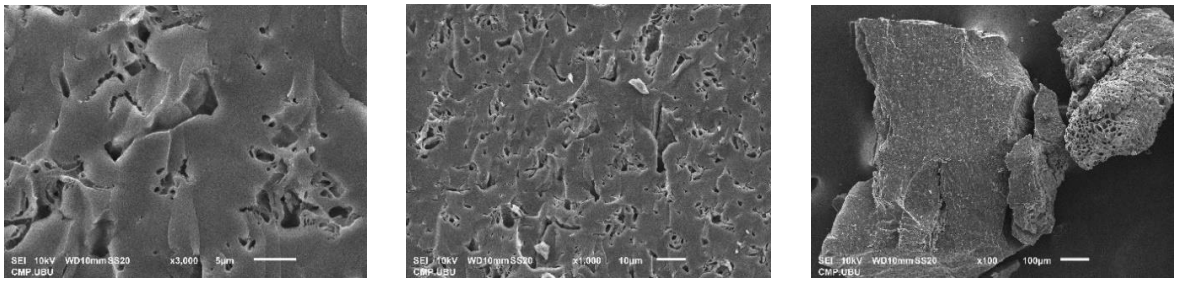
จากการศึกษาคุณสมบัติโดยทั่วไปของกะลามะพร้าวที่จะนำมาเผาเป็นถ่านดัดแปลงสภาพ พบว่าความชื้นของกะลามะพร้าวเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเผาก่อนการเผา โดยปริมาณน้ำที่มีอยู่ในกะลามะพร้าวค่อนข้างสูง

เพราะเป็นผลผลิตทางการเกษตร ซึ่งจากการทดลองการหาความชื้นของกะลามะพร้าวพบว่าความชื้นเฉลี่ยในช่วงร้อยละ 43.07-49.54 และมีความชื้นเฉลี่ย 46.19 (ตารางที่ 1)

จากการศึกษาลักษณะพื้นผิวของถ่านดัดแปลงแต่ละชนิดจากกะลามะพร้าวทั้ง 3 ชนิด ที่อุณหภูมิห้อง (25°C) และ pH (6.5-7.0) ที่ส่องผ่านกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนแบบส่องกราด (Scanning electron microscope: SEM) พบว่า ลักษณะพื้นผิว ถ่านชนิดผง มีพื้นผิวขรุขระและมีรูพรุนขนาดเล็ก (ระดับ micro-pores) กระจายทั่วทั้งอนุภาค ลักษณะพื้นผิวถ่านชนิดเกล็ด มีรูพรุนขนาดเล็กถึงปานกลาง (micro- ถึง meso-pores) กระจายอย่างสม่ำเสมอ ส่วนลักษณะพื้นผิวถ่านชนิดก้อน มีโครงสร้างแข็งแรง รูพรุนน้อยและมีขนาดใหญ่กว่า (macro-pores) (ภาพประกอบที่ 1)

ตารางที่ 1 ร้อยละค่าความชื้นของกะลามะพร้าว

ถ้วยที่	น้ำหนักเริ่มต้น (กรัม)	น้ำหนักหลังอบ (กรัม)	ความชื้น (%)
1	101.02	52.00	49.54
2	101.12	56.02	45.72
3	102.11	60.61	43.34
4	100.63	52.40	48.55
5	100.30	57.40	43.07
6	100.12	56.21	43.98
7	101.48	51.81	48.94
8	102.95	58.17	46.44
ค่าเฉลี่ย (S.D.)			46.19 (2.60)



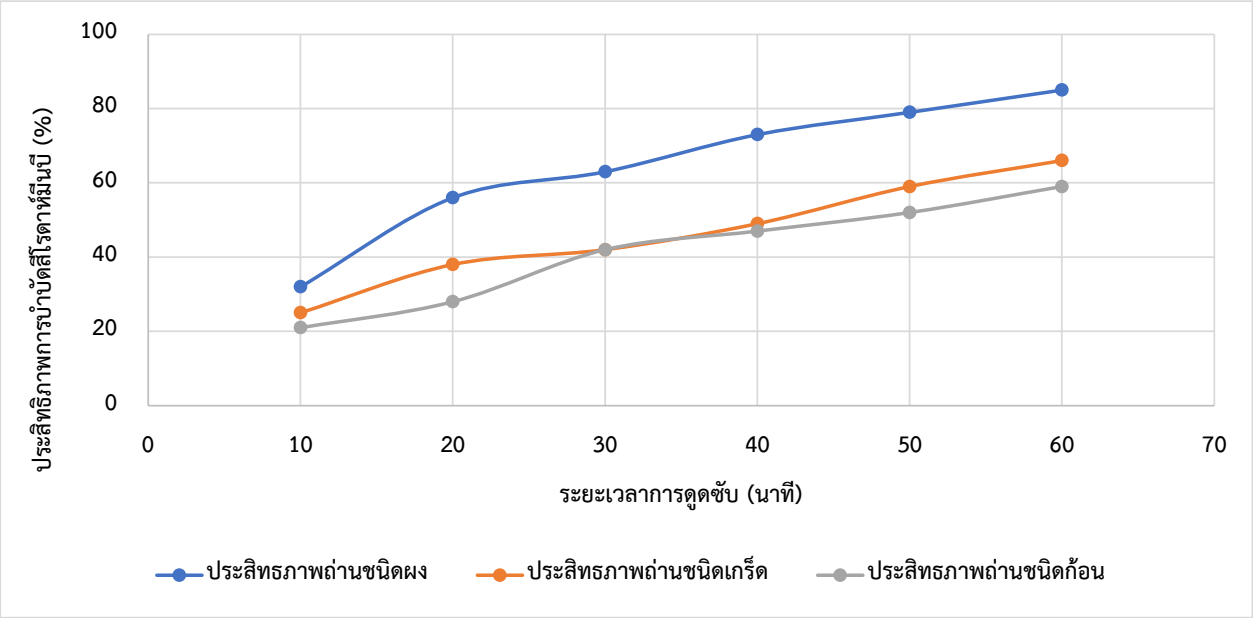
(ก) (ข) (ค)

ภาพประกอบที่ 1 (ก) ลักษณะพื้นผิวของถ่านชนิดผงขนาด 1.0 มม. (ข) ลักษณะพื้นผิวของถ่านชนิดเกร็ดขนาด 3.0 มม. (ค) ลักษณะพื้นผิวของถ่านถ่านชนิดก้อนขนาด 5.0 มม.

2) ผลการวิเคราะห์ประสิทธิภาพการดูดซับสีโรดาห์มีนบีด้วยถ่านดัดแปลงสภาพจากกะลามะพร้าวชนิดผง ชนิดเกล็ด และชนิดก้อน พบว่า ประสิทธิภาพของถ่านดัดแปลงสภาพจากกะลามะพร้าวชนิดผง ชนิดเกล็ด และชนิด ก้อนในการดูดซับสีโรดาห์มีนบีในน้ำค่าความเข้มสี 100 200 และ 300 ADMI การดูดซับแต่ละครั้งมี ประสิทธิภาพแตกต่างกัน การดูดซับในช่วง 10 - 50 นาทีแรก จะเห็นได้ว่าประสิทธิภาพการดูดซับจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วใน 10 นาทีแรก จะค่อยๆ เพิ่มขึ้นสูงสุดที่ 60 นาทีและคงที่ในช่วงเวลา 60 นาที โดยที่ถ่านดัดแปลงสภาพจากกะลามะพร้าวชนิดผงมีประสิทธิภาพในการดูดซับสีโรดาห์มีนบีในน้ำค่าความเข้มสีก่อนบำบัด 100 และ 300 ADMI มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85 และ ร้อยละ 64 ตามลำดับ (ตารางที่ 2; ภาพประกอบที่ 2 และตารางที่ 4; ภาพประกอบที่ 4) ส่วนประสิทธิภาพการดูดซับสีโรดาห์มีนบีในน้ำค่าความเข้มสีก่อนบำบัด 200 ADMI พบว่าถ่านดัดแปลงสภาพจากกะลามะพร้าวชนิดเกล็ดสามารถดูดซับสีโรดาห์มีนบีได้มากที่สุดที่ร้อยละ 66 (ตารางที่ 3; ภาพประกอบที่ 3)

ตารางที่ 2 ผลการดูดซับสีโรดาห์มีนบีในน้ำค่าความเข้มสีก่อนบำบัด 100 ADMI ด้วยถ่านดัดแปลงสภาพจากกะลามะพร้าวชนิดผง ชนิดเกล็ด และ ชนิดก้อน

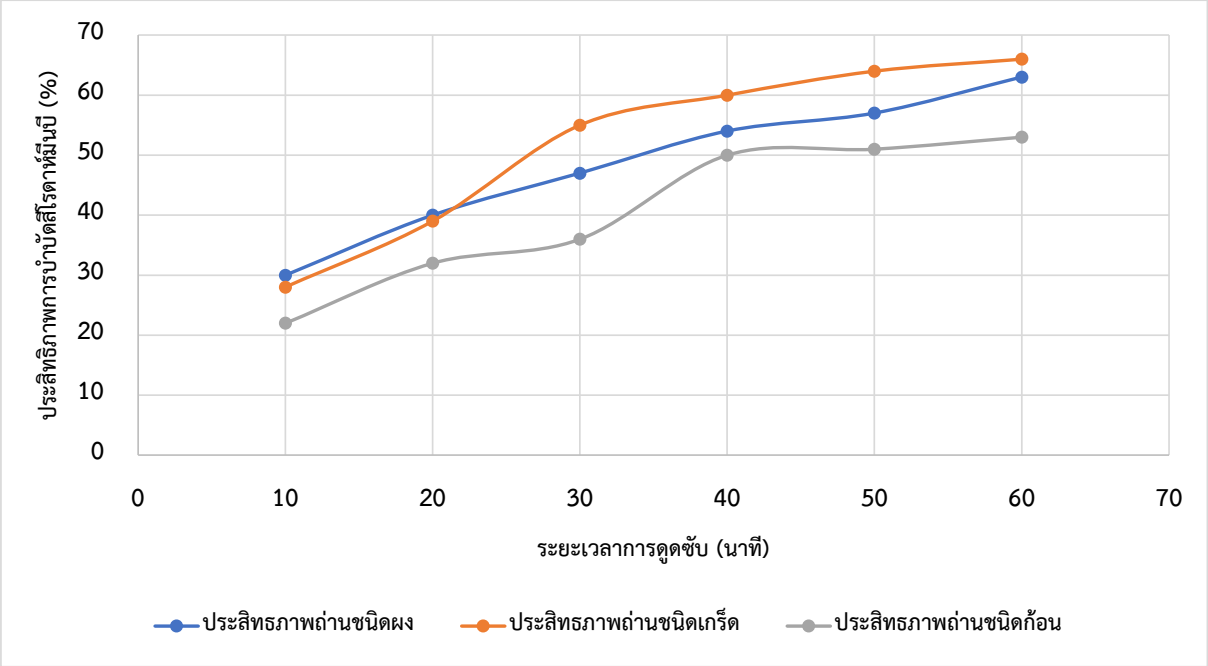
ชนิดถ่าน	สีเริ่มต้น (ADMI)	ผลการดูดซับสีจำแนกตามชนิดของถ่านที่ระยะเวลา 60 นาที (ADMI)					
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	($\bar{X}$±S.D.)	%RPD	ประสิทธิภาพ (ร้อยละ)
ถ่านชนิดผง 1 มม.	100	16	14	14	15±1.1	13.3	85
ถ่านชนิดเกล็ด 3 มม.	100	31	35	36	34±2.6	14.7	66
ถ่านชนิดก้อน 5 มม.	100	40	43	40	41±1.7	7.3	59



ภาพที่ 2 ประสิทธิภาพการดูดซับสีโรดาห์มีนบีค่าความเข้มสีก่อนบำบัด 100 ADMI ด้วยถ่านดัดแปลงสภาพจากกะลามะพร้าว ชนิดผง ชนิดเกล็ด และ ชนิดก้อน

ตารางที่ 3 ผลการดูดซับสีโรดาห์มีนบีในน้ำค่าความเข้มสีก่อนบำบัด 200 ADMI ด้วยถ่านดัดแปลงสภาพจากกะลามะพร้าวชนิดผง ชนิดเกล็ด และ ชนิดก้อน

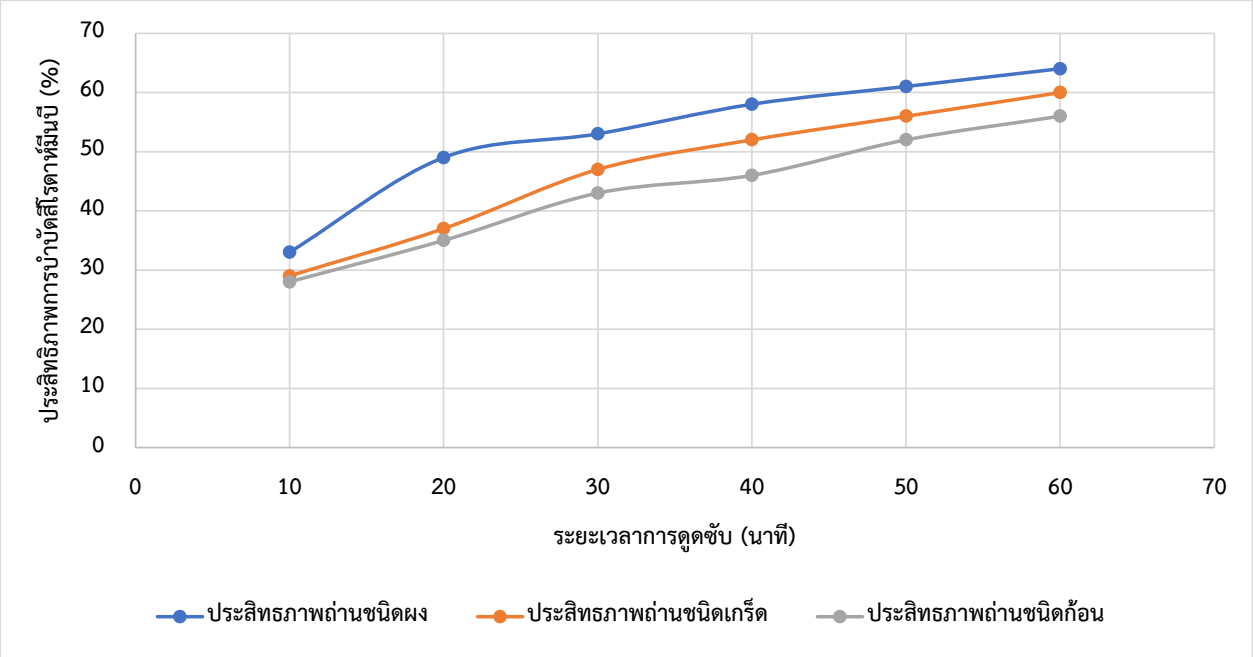
ชนิดถ่าน	สีเริ่มต้น (ADMI)	ผลการดูดซับสีจำแนกตามชนิดของถ่านที่ระยะเวลา 60 นาที (ADMI)					
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	($\bar{X}$±S.D.)	%RPD	ประสิทธิภาพ (ร้อยละ)
ถ่านชนิดผง 1 มม.	200	72	75	74	74±1.5	4.0	63
ถ่านชนิดเกล็ด 3 มม.	200	66	67	67	67±0.6	1.5	66
ถ่านชนิดก้อน 5 มม.	200	95	93	96	94±1.5	3.2	53



ภาพประกอบที่ 3 ประสิทธิภาพการดูดซับสีโรดาห์มีนบีค่าความเข้มสีก่อนบำบัด 200 ADMI ด้วยถ่านดัดแปลงสภาพจากกะลามะพร้าวชนิดผง ชนิดเกล็ด และ ชนิดก้อน

ตารางที่ 4 ผลการดูดซับสีโรดาห์มีนบีในน้ำค่าความเข้มสีก่อนบำบัด 300 ADMI ด้วยถ่านดัดแปลงสภาพจากกะลามะพร้าวชนิดผง ชนิดเกล็ด และ ชนิดก้อน

ชนิดถ่าน	สีเริ่มต้น (ADMI)	ผลการดูดซับสีจำแนกตามชนิดของถ่านที่ระยะเวลา 60 นาที (ADMI)					
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	($\bar{X}$±S.D.)	%RPD	ประสิทธิภาพ (ร้อยละ)
ถ่านชนิดผง 1 มม.	300	103	111	106	107±4.0	7.5	64
ถ่านชนิดเกล็ด 3 มม.	300	120	119	122	120±1.5	2.5	60
ถ่านชนิดก้อน 5 มม.	300	131	132	130	131±1.0	7.5	56



ภาพประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพการดูดซับสีโรดาห์มีนบีค่าความเข้มสีก่อนบำบัด 300 ADMI ด้วยถ่านดัดแปลงสภาพจากกะลามะพร้าวชนิดผง ชนิดเกล็ด และ ชนิดก้อน

สรุปและอภิปรายผลการทดลอง

ผลการวิจัยประสิทธิภาพของถ่านดัดแปลงสภาพจากกะลามะพร้าวชนิดผง ชนิดเกล็ด และชนิดก้อน ในการดูดซับสีโรดาห์มีนบีในน้ำค่าความเข้มสี 100 200 และ 300 ADMI การดูดซับแต่ละครั้งมี ประสิทธิภาพแตกต่างกัน การดูดซับในช่วง 10 - 50 นาทีแรก จะเห็นได้ว่าประสิทธิภาพการดูดซับจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วใน 10 นาทีแรก จะค่อยๆ เพิ่มขึ้น แล้วมีแนวโน้มการคงที่ในช่วงเวลา 60 นาที ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจักรกฤษณ์ อัมพุช และคณะ [4] ซึ่งพบว่าดูดซับสีย้อมโรดาหมีนด้วยถ่านกัมมันต จากกะลามะพร้าวเข้าสู่สมดุลที่ 60 นาที และการดูดซับมีปริมาณเพิ่มสูงขึ้นเมื่อใช้เวลาในการดูดซับเพิ่มขึ้น [5] เนื่องจากในช่วงแรกตัวดูดซับยังไม่มีโมเลกุลของสี ทำให้สีเข้าไปยึดเกาะกับตัวดูดซับได้ดีกว่า ผ่านไปช่วงหนึ่ง สีแพร่กระจายเข้าสู่รูพรุนภายในของตัวดูดซับ จนกระทั่งเกิดการอิ่มตัวแล้วทำให้โมเลกุลของสีไม่สามารถเข้าไปในตัวดูดซับได้ [6] โดยที่ความเข้มสี 100 และ 300 ADMI ถ่านผงดูดซับได้ดีที่สุด (85% และ 64%) เนื่องจากมี micro-pores มาก ทำให้มีพื้นที่ผิวสัมผัสสูง เหมาะกับการดูดซับโมเลกุลสีขนาดเล็ก ที่ความเข้มสี 200 ADMI ถ่านเกล็ดดูดซับได้ดีที่สุด (66%) อาจเป็นเพราะ meso-pores เหมาะสมกับการดูดซับสีที่ความเข้มนี้ ซึ่งอาจมีการรวมกลุ่มของโมเลกุลสีเป็นอนุภาคขนาดใหญ่ขึ้น ในขณะที่ถ่านก้อนมีประสิทธิภาพต่ำสุด เนื่องจากมี macro-pores ซึ่งไม่เหมาะกับการดูดซับสีที่มีโมเลกุลขนาดเล็ก ดังนั้นรูพรุนขนาดเล็กปริมาณการดูดซับจะเพิ่มขึ้นตามเวลาในการสัมผัส [7] ประกอบกับอุณหภูมิห้อง (25°C) ทำให้โมเลกุลสีมีพลังงานจลน์ปานกลาง ไม่เคลื่อนที่เร็วเกินไป ทำให้สามารถแทรกซึมเข้าสู่รูพรุนของถ่านได้ดี [8] ถ่านผงและเกล็ดที่มี micro- และ meso-pores จะได้ประโยชน์จากสภาวะนี้ เพราะโมเลกุลสีมีโอกาสสัมผัสและเข้าไปในรูพรุนได้มากขึ้น ซึ่งหากมีการเพิ่มอุณหภูมิขึ้นก็จะสามารถดูดซับสีได้มากขึ้น [9] เนื่องจากการเพิ่มอุณหภูมิส่งผลให้โมเลกุลของสีย้อมมีพลังงานจลนสูงขึ้น สามารถเพิ่มโอกาสในการชนกันของโมเลกุลมากขึ้นทำให้ระบบมีพลังงานมากพอที่จะเกิดปฏิกิริยา หรือระบบมีพลังงานมากกว่าพลังงานกระตุ้น (activation energy) ทำให้เกิดการดูดซับทางเคมีสูงขึ้น [10] รวมทั้งปัจจัยของค่า pH (6.5-7.0) ซึ่งช่วง pH นี้ทำให้ผิวถ่านมีประจุลบ และประจุบวกเล็กน้อย [11,12] แต่ยังสามารถดูดซับสีโรดาห์มีนบี (ประจุบวก) ได้ดี แสดงว่าการดูดซับเกิดจากแรงอื่นๆ นอกเหนือจากแรงไฟฟ้าสถิตที่ pH นี้ กลุ่มฟังก์ชันบนผิวถ่าน (เช่น -OH, -COOH) [13] อาจเอื้อต่อการเกิดพันธะไฮโดรเจนหรือ **π-π** stacking กับโมเลกุลสี ซึ่งจะ

เกิดได้ดีในถ่านผงและเกล็ดที่มีพื้นที่ผิวมาก ซึ่งเป็นไปตามงานวิจัยของ [14,15] พบว่าความเป็น กรด - ด่าง ของสารละลายที่สภาวะสมดุลจะมีค่าเข้าสู่สภาวะที่เป็นกรดอ่อน คือที่ pH 5.0 - 6.0 เมื่อ สารละลายเริ่มต้นมี pH 5.0 และ 7.0 ส่วนสารละลายเริ่มต้นที่มี pH 3.0 และ 9.0 จะให้สภาวะสมดุล pH ที่ 4.0 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. อุตสาหกรรมสิ่งทอหรือโรงงานฟอกย้อมที่มีการปล่อยน้ำทิ้งที่ปนเปื้อนสีเคมี หรืออุตสาหกรรมที่มีการปล่อยน้ำเสียที่มีค่าสีเกิน 300 ADMI ควรนำผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงระบบบำบัดน้ำเสีย หรือควรมีการบำบัดสีของน้ำเสียให้อยู่ในระดับต่ำไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน

2. ลักษณะพื้นผิวของถ่านดัดแปลงแต่ละชนิดจากกะลามะพร้าวทั้ง 3 ชนิด ที่อุณหภูมิห้อง (25°C) และ pH (6.5-7.0) ที่ส่องผ่านกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนแบบส่องกราด (Scanning electron microscope: SEM) แสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพการดูดซับสีโรดาห์มีนบีขึ้นอยู่กับขนาดและการกระจายตัวของรูพรุนในถ่านแต่ละชนิด โดยที่อุณหภูมิ 25°C และ pH 6.5-7.0 ถ่านผงและเกล็ดที่มี micro- และ meso-pores มีประสิทธิภาพสูง เนื่องจากสภาวะนี้เอื้อต่อการแทรกซึมของสีและการเกิดปฏิสัมพันธ์ระดับโมเลกุลระหว่างสีกับผิวถ่าน ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับ การทดสอบการดูดซับสีที่ pH และอุณหภูมิต่าง ๆ กัน เพื่อยืนยันว่าสภาวะปัจจุบันเหมาะสมที่สุดรวมทั้งศึกษาจลนพลศาสตร์การดูดซับ (adsorption kinetics) เพื่อเข้าใจผลของขนาดรูพรุนต่อความเร็วในการดูดซับจะช่วยให้เข้าใจและปรับปรุงกระบวนการดูดซับได้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ที่สนับสนุนสถานที่ อุปกรณ์ สารเคมี และเครื่องมือวิเคราะห์ เพื่อใช้ในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1.ขนิษฐา คำวิลัยศักดิ์ สุธาทิพย์ ศิริปาณี,, และขวัญตรี แสงประชาชนธนารักษ์. ถ่านกัมมันต์ประสิทธิภาพสูงจากน้ำยางดำ. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 2562.

2.Kooh MRR, Dahri MK, Lim LBL. The removal of rhodamine B dye from aqueous solution using Casuarina equisetifolianeedles as adsorbent. Cogent Environmental Science 2016; 2(1):1140553.

3.Mohd Iqbaldin MN, Khudzir I, Mohd Azlan MI, Zaidi AG, Surani B, Zubri Z. Properties of coconut shell activated carbon. Journal of Tropical Forest Science 2013; 25(4):497-503.

4.จักรกฤษณ์ อัมพุช, ชวลิต สีโสภา, พุทธิพล หนองเสนา, จิราธิวัฒน์ ตุรงค์เมือง และชาญณรงค์ ภุชงควาริน. การดูดซับสีย้อมโรดาห์มีนบีด้วยถ่านกัมมันต์จากกะลามะพร้าว. วารสารวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์ศึกษา 2564; 4(1):22-37.

5.ยุวรัตน์ เงินเย็น, ฉันทกร ปาทวาท, เกศรา ศิลาเกษ และสมชาย ชวนอุดม. การดูดซับสีย้อมเมทิลีนบลูจากสารละลายโดยถ่านกัมมันต์ที่เตรียมได้จากลูกยางนา. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี 2556; 8(2):119-131.

6.Bello OS, Lameed OS, Adegoke KA. Functionalized coconut husks for rhodamine-B dye sequestration. Applied Water Science 2019; 9(189): https://doi.org/10.1007/s13201-019-1051-4.

7.จักรกฤษณ์ อัมพุช ฐิตาพร คำภู นันทกานต์ ทองเฟื่อง สุจิตรา แก้วศิริ อิทธิศักดิ์ เภาโพธิ์ ไท แสงเทียน และพุทธพร แสงเทียน. การดูดซับสีย้อมรีแอ็คทีฟแบล็ค 5 บนถ่านกัมมันต์ที่เตรียมจากผักตบชวา วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2560; 19(1):163-177

8.Nimisha S, Samuel A., Michael WI, Schmidt I. Mechanisms of charcoal degradation during its initial stages of decomposition [internet]. 2010 [cited 2024 June 12]. Available from HTTPS://MEETINGORGANIZER.COPERNICUS.ORG/EGU2010/EGU2010-563-2.PDF.

9.J Jing, Hou Y, Liu C. Effects of color centers absorption on the spectrum of the temperature-dependent radiation-induced attenuation in fiber. Applied Optics [internet]. 2015 [cited 2024 June 12]. Available from https://opg.optica.org/ao/abstract.cfm?uri=ao-54-4-940.

10.Moreau F, da Silva I, Al Smail N. Unravelling exceptional acetylene and carbon dioxide adsorption within a tetra-amide functionalized metal-organic framework. Nat Commun [internet]. 2017 [cited 2024 June 12]. Available from https://www.nature.com/articles/ncomms14085.

11. J. Angel Menéndez. Electrical charge distribution on carbon surfaces as a function of the pH and point of zero charge. An approximate solution [internet]. 2018 [cited 2024 June 12]. Available from https://crimsonpublishers.com/rdms/pdf/RDMS.000697.pdf.

12.Wakabayashi N, Yoshiaki Y, Kawano K, Matsuzaki K. A pH-dependent charge reversal peptide for cancer targeting. European Biophysics Journal [internet]. 2017 [cited 2024 June 12]. Available from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27278924/.

13.Atchabarova AA, Abdimomyn SK, Abduakhytova DA, Zhigalenok YR, Tokpayev RR, Kishibayev KK, Khavaza TN, Kurbatov AP, Zlobina YV, Djenizian TJ. Role of Carbon Material Surface Functional Groups on Their Interactions With Aqueous Solutions. Journal of electroanalytical chemistry[internet]. 2022[cited 2024 June 12]. Available from https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1572665722006993

14.Mohan SV, Rao NC, Karthikeyan J."Adsorption removal of direct azo dye from aqueous phase. onto coal based sorbents: a kinetic and mechanistic study. Journal of Hazardous Materials 2013; 90(2):189 – 204.

15.กิติโรจน์ หวันตาเหลา ชยาภาส ทับทอง สินศุภา จุ้ยจุลเจิม.การดูดซับสีย้อมผ้าด้วยถ่านกัมมันต์ที่ผลิตจากถ่านหินและกะลามะพร้าว. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี 2550; 10 (2):104-112.

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสมบูรณ์ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

HEALTH BELIEF MODEL AND THE PREVENTION BEHAVIOR OF LIVER FLUKE DISEASE AMONG PEOPLE IN SOMBOON HEALTH PROMOTING HOSPITAL, KHUKHAN DISTRICT, SISAKET PROVINCE.

(Received: June 16,2024 ; Revised: June 24,2024 ; Accepted: June 25,2024)

วีรวัฒน์ รัศมี[1]
Veerawat Rasamee[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสมบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามระหว่างเดือนกันยายน 2566 ถึง ธันวาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพยาธิใบไม้ตับในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=2.25, S.D.=0.55) ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดพยาธิใบไม้ตับในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=2.00, S.D.=0.39) ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันพยาธิใบไม้ตับในภาพรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\overline{X}$=2.18, S.D.=0.58 ระดับการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันพยาธิใบไม้ตับในภาพรวม อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\overline{X}$=2.23, S.D.=0.63) พฤติกรรมการป้องกันพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\overline{X}$=2.30, S.D.=0.49) ด้านความสัมพันธ์ พบว่า อายุ (r=0.324, p-value<0.001) เคยการรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ (r=0.531, p-value <0.001) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ (r= 0.52, p<0.001) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับมาก (r= 0.63, p=0.001) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ(r= 0.78, p<0.001) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (r =0.74, p<0.001) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนในเชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันพยาธิใบไม้ตับ

Abstract

This survey research aimed to study the relationship between health belief patterns and the prevention behaviors against liver fluke disease among residents in the area of Ban Sombun Health Promoting Hospital. A sample of 120 individuals was collected using questionnaires between September 2023 and December 2023. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's correlation coefficient.

The results indicated that: The overall perception levels were as follows: the perceived risk of liver fluke infection was moderate ($\overline{X}$=2.25, S.D.=0.55), the perceived severity of liver fluke disease was moderate ($\overline{X}$=2.00, S.D.=0.39), the perceived benefits of liver fluke prevention were moderate ($\overline{X}$=2.18, S.D.=0.58), and the perceived barriers to liver fluke prevention were moderate ($\overline{X}$=2.23, S.D.=0.63). The overall liver fluke prevention behavior was moderate ($\overline{X}$=2.30, S.D.=0.49). Regarding relationships, age (r=0.324, p-value<0.001), history of taking liver fluke medication (r=0.531, p-value <0.001), perceived risk of liver fluke infection (r=0.52, p<0.001), perceived severity of liver fluke disease (r=0.63, p=0.001), perceived benefits of liver fluke prevention (r=0.78, p<0.001), and perceived barriers to liver fluke prevention (r=0.74, p<0.001) were positively correlated with liver fluke prevention behaviors at a statistically significant level of 0.05.

Keywords: Health Belief Model, Liver Fluke Prevention Behaviors

---

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสมบูรณ์ ตำบลห้วยใต้ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

บทนำ

พยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย มีการประมาณว่ามีคนติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับทั่วโลกถึง 17 ล้านคน และคาดว่ามีผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยอย่างน้อย 7 ล้านคน[1] การเกิดพยาธิใบไม้ตับมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมที่เอื้อต่อการแพร่กระจายของโรค ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะกับการรับประทานอาหารเท่านั้น แต่ยังรวมถึงวิธีการผลิตและการปรุงแต่งอาหารที่มีเรื่องของวัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อเข้ามาเกี่ยวข้อง การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมย่อมส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงลักษณะการบริโภค โดยวัฒนธรรมของการบริโภคนั้นเป็นการแสดงถึงเอกลักษณ์ของชุมชนและการแสดงออกเป็นรูปธรรมคือพฤติกรรมการบริโภคของคนในชุมชนนั้นๆ[2]ส่วนพฤติกรรมที่เอื้อต่อการแพร่กระจายของโรคได้แก่ การถ่ายอุจจาระนอกส้วม ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้นเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่บุคคลแสดงออกในการกระทำในแง่ที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม พฤติกรรมนอกจากจะขึ้นกับความรู้แล้วยังเป็นผลที่เกิดจากวิถีชีวิต[3]

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคนั้น การให้บุคคลรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อให้มีความพร้อมในการที่จะกระทำพฤติกรรมซึ่งมีความสัมพันธ์กับเงื่อนไขทางสุขภาพและเงื่อนไขทางสุขภาพถูกกำหนดโดยการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคนั้น บุคคลจะประเมินผลประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลได้ผลเสียของการกระทำนั้นตามการรับรู้และน้ำหนักหักลบกับอุปสรรคหรือค่าใช้จ่ายที่คาดการณ์[4] บุคคลจะหลีกเลี่ยงการเป็นโรคก็ต่อเมื่อเขามีความเชื่อว่า 1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2) การเป็นโรคจะก่อให้เกิดความรุนแรงต่อวิถีชีวิตของตนเอง และ 3) การกระทำจะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรง [5]

การทบทวนสถานการณ์และสภาพปัญหาการดำเนินงานกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ พบว่าในปี 2539, 2552 และ 2557 มีอัตราความชุกทั่วประเทศเฉลี่ยร้อยละ 11.8, 8.7 และ 5.1 ตามลำดับ[6] สำหรับจังหวัดศรีสะเกษ ในปี 2559 ถึง 2561 มีความชุกของพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 11.88, 6.43 และ 7.15 ตามลำดับ โดยในปี 2559 หมู่บ้านที่มีความชุกสูงสุดที่ร้อยละ 45.16 ในปี 2560 หมู่บ้านที่มีความชุกสูงสุดที่ร้อยละ 22.37 และในปี 2561 หมู่บ้านมีความชุกสูงสุดที่ร้อยละ 30.36[7] การพบพยาธิใบไม้ตับสูงจะมีผลให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงในเวลาต่อมา[8]

การสำรวจอัตราความชุกของพยาธิใบไม้ตับในอำเภอขุขันธ์ในปี 2563 และ 2564 พบว่ามีอัตราความชุกของโรคร้อยละ 12.10 และ 6.01 ตามลำดับ[9] และในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสมบูรณ์มีการสำรวจในปี 2564 พบอัตราความชุกร้อยละ 16.67[10] ซึ่งพบว่าอัตราความชุกจะสูงกว่าในระดับอำเภอและระดับจังหวัด และพบว่ามีอัตราความชุกสูงกว่าเกณฑ์กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ในการสุ่มสอบถามประชาชนในพื้นที่จำนวน 20 คน พบว่าร้อยละ 65 มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันพยาธิใบไม้ตับ ดังนั้น ผู้วิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสมบูรณ์จึงมีความสนใจที่จะศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดพยาธิใบไม้ตับ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานป้องกันและควบคุมพยาธิใบไม้ตับ เพื่อลดอัตราความชุกของโรคดังกล่าวของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสมบูรณ์ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1 เพื่อศึกษาระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสมบูรณ์ ตำบลห้วยใต้ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสมบูรณ์ ตำบลห้วยใต้ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross-sectional Descriptive Study) เ พื่ อการศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสมบูรณ์ ตำบลห้วยใต้ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสมบูรณ์ ตำบลห้วยใต้ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 1,316 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสมบูรณ์ ตำบลห้วยใต้ อำเภอ ขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 125 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ใช้สูตรการคำนวณประมาณค่าสัดส่วน (อรุณ จิรวัฒน์กุลและคณะ, 2552) มีความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 0.05 ดังนี้

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

เมื่อ

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร

e = ค่าความคลาดเคลื่อนของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับให้มีได้เมื่อคำนวณ โดยใช้สูตรดังกล่าว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0.05

α = ระดับความเชื่อมั่น

P = ค่าสัดส่วนของตัวแปรที่ต้องการประมาณค่าของผู้ป่วย ร้อยละ 10

Z = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ เท่ากับ 1.96

จากนั้นจึงแทนค่าในสูตร ดังนี้

$$n = \frac{1.96^2 \times 1316 \times 0.1\ (1 - 0.1)}{0.05^2\ (1316 - 1) + 1.96^2 \times 0.1\ (1 - 0.1)}$$

$$= 124.9$$

ผู้ศึกษาเก็บข้อมูลจำนวน 125 คน

เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาแบ่งตามสัดส่วนประชากรแต่ละหมู่บ้าน ทำการเลือกตัวอย่างใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยเขียนหมายเลขแล้วทำการสุ่มโดยวิธีการจับสลาก (Lottery Method) แบบแทนที่จนครบจำนวน 125 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ รายได้ อาชีพ ประวัติการรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เวลาที่รับระทานอาหาร และประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของคนในครอบครัว ซึ่งลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Checklist) จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การ

รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้านละ 15 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบปรนัยประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ (1, 2, 3) คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 60 ข้อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันพยาธิใบไม้ในตับ เพื่อใช้วัดพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันพยาธิใบไม้ในตับ ข้อคำถามเป็นแบบปรนัยประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ จำนวน 15 ข้อ

การตรวจสอบเครื่องมือ โดยการหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา พิจารณาครอบคลุม ความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่น โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และนำเครื่องมือที่ผ่านการหาค่าความตรงไปทดลองใช้ที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอาวอย ตำบลโสน อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 ชุด ได้ค่าความเชื่อมั่นแล้วได้ค่าความเชื่อมั่นด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.862 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.788 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.875 และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.861 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) นำเสนอข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสมบูรณ์ ตำบลห้วยใต้ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ แยกรายตัวแปรโดยทดสอบด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 53.6 มีอายุเฉลี่ย 47.95 ปี (S.D.=10.66 ปี) มีมัธยฐานของรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,000 บาท (P_{25}=3,000 บาท: P_{75}=10,000 บาท) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 82.4 มีประวัติการรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 73.0 มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เวลาที่รับประทานอาหาร ร้อยละ 55.6 มีประวัติการรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 73.0 ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสมบูรณ์ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ วิเคราะห์ทีละตัวแปร (univariate analysis)

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสมบูรณ์ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสมบูรณ์ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 6 ตัวแปร คือ อายุ (r=0.324, p-value<0.001) การเคยรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ (r=0.531, p-value <0.001) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ (r= 0.52, p<0.001) การรับรู้ความ

รุนแรงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับมาก (r= 0.63, p=0.001) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ(r= 0.78, p<0.001) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (r =0.74, p<0.001) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนในเชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยอื่นไม่มีข้อมูลเพียงพอจะระบุความสัมพันธ์ รายละอียดตามดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1ตารางแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสมบูรณ์ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ปัจจัย	ระดับความสัมพันธ์(r)	p-value
อายุ	0.324	<0.001**
การเคยรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ	0.531	<0.001**
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ	0.521	<0.001**
การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ	0.637	0.001*
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	0.787	<0.001**
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	0.745	<0.001**

***Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)*

**Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)*

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสมบูรณ์ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ มี 6 ตัวแปร คือ อายุ การเคยการรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับมาก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. อายุเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสมบูรณ์ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อประสบการณ์การดำเนินชีวิต การสะสมความรู้และทักษะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันตนเองจากโรคและสิ่งคุกคามต่างๆ รวมถึงประสบการณ์การบริโภคปลาดิบที่อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จากการศึกษาของสุพัฒน์ ในทอง และอารี บุตรสอน[12] พบว่า อายุเป็นหนึ่งในปัจจัยทำนายการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำในประชาชนอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ประชาชนที่มีอายุมากกว่า 53 ปีขึ้นไป มีโอกาสติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 53 ปี ถึง 2.09 เท่า (AOR=2.09, 95%CI=1.26-3.45) การศึกษายังพบว่าประวัติการรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับและความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับก็เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค ประชาชนที่เคยรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับมีโอกาสติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำมากกว่าผู้ที่ไม่เคยรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับถึง 3.16 เท่า (AOR=3.16, 95%CI=2.04-6.38) นอกจากนี้ ความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับต่ำยังเพิ่มโอกาสการติดเชื้อซ้ำมากกว่าผู้ที่มีความตั้งใจในการป้องกันโรคในระดับสูงถึง 1.87 เท่า (AOR=1.87, 95%CI=1.01-3.52) ดังนั้นอายุจึงเป็นตัวแปรสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน เพราะประสบการณ์และความรู้ที่สะสมมาตลอดชีวิตช่วยให้พวกเขามีความตระหนักและสามารถป้องกันโรคได้ดียิ่งขึ้น การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการให้ความรู้และ

การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มประชาชนทุกวัยเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. การเคยรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสมบูรณ์ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เนื่องจากประวัติการรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับสามารถบ่งบอกพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้ การที่กลุ่มตัวอย่างเคยรับประทานยาพลาซิคอนเทลเพื่อรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับแสดงให้เห็นว่าพวกเขาอาจมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การรับประทานปลาดิบ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สามารถนำไปสู่การติดเชื้อใหม่ได้ นอกจากนี้ เมื่อประชาชนรู้ว่าโรคนี้สามารถรักษาได้ด้วยยาพลาซิคอนเทล จึงอาจทำให้พวกเขามองว่าโรคนี้ไม่รุนแรงและมีการรักษาที่ได้ผล ทำให้พฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ถูกปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ส่งผลให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัฒน์ ในทอง และอารี บุตรสอน[12] พบว่า อายุ ประวัติการรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ และความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นปัจจัยทำนายการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ โดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติการรับประทานยาพลาซิคอนเทลมีโอกาสติดเชื้อซ้ำมากกว่าผู้ที่ไม่เคยรับประทานยา การศึกษาของเกษร แถวโนนงิ้ว และคณะ[14] ก็ได้ยืนยันว่า ประวัติการรับประทานปลาน้ำจืดมีเกล็ดดิบและการเคยรับประทานยาพลาซิคอนเทลมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อซ้ำพยาธิใบไม้ตับ โดยพบว่าผู้ที่เคยรับประทานยาพลาซิคอนเทลมีโอกาสติดเชื้อซ้ำ 3.1 เท่า (OR=3.1, 95%CI=2.07-4.58) และการศึกษาของภูเบศร์ แสงสว่าง[14] พบว่าการเคยใช้ยาพลาซิคอนเทลมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่เคยใช้ยามีโอกาสติดเชื้อซ้ำเป็น 2.19 เท่า (95%CI=1.18-4.05)

3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสมบูรณ์ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ หากประชาชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งตับและการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอย่างเพียงพอ พวกเขาก็จะมีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไปในทางที่ดีขึ้น การตระหนักรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่นี้ โดยการศึกษาของจันทร์เพ็ญ แสงเพ็ง และสมอน ธนะชาติ[15] แสดงให้เห็นว่าการมีสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเพิ่มโอกาสการติดเชื้อในครอบครัวมากขึ้นถึง 8.71 เท่า (AOR=8.71, 95%CI=1.35-55.87) และประชาชนที่มีการรับรู้ความเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับต่ำมีโอกาสที่จะติดเชื้อสูงกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความเสี่ยงในระดับมากถึง 40.85 เท่า (AOR=40.85, 95%CI=1.68-98.39) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าการรับรู้ถึงความเสี่ยงมีผลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมในการป้องกันโรคของประชาชน

4. การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสมบูรณ์ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ หากประชาชนรับรู้ถึงผลกระทบที่อาจเกิดจากการป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับว่ามีความรุนแรง เช่น ผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงแต่โอกาสประสบผลสำเร็จกลับน้อย รวมถึงการเป็นภาระแก่ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ ก็จะทำให้พวกเขามีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางที่เหมาะสมมากขึ้น การตระหนักรู้ถึงความรุนแรงของโรคจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการกระตุ้นให้ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างเคร่งครัด ซึ่งการศึกษาของฉัตรชัย คำดอกรับ และเกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์[16] พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในระดับสูง โดยกลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงต่ำมีโอกาสติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้

ความรุนแรงสูงถึง 2.05 เท่า (AOR=2.05, 95%CI: 1.17-3.61, p=0.012) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน

5. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสมบูรณ์ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เนื่องจากเมื่อบุคคลพยายามหาวิธีการเพื่อป้องกันหรือรักษาโรค พวกเขามักจะมีความเชื่อว่าการกระทำนั้นมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือป้องกันโรคได้ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำมักจะขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นๆ โดยเลือกทำในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีผลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสมบูรณ์ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ สอดคล้องกับการศึกษาของชยพล เสนาภักดิ์[17] พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนุน อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคมีผลต่อการตัดสินใจและการกระทำในการป้องกันโรคของประชาชน

6. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสมบูรณ์ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ หากประชาชนสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน เช่น ค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้น เวลาที่ต้องใช้ หรือผลกระทบที่เกิดจากการไม่ป้องกันตนเอง ก็จะทำให้พวกเขามีแนวโน้มที่จะละเลยการป้องกันโรค ซึ่งอาจนำไปสู่อาการป่วย ความไม่สุขสบาย และผลกระทบต่อการทำงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้อุปสรรคดังกล่าวจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน โดยการศึกษาของศิวาพร พิมพ์เรือง[18] พบว่า การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสมบูรณ์ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ การรับรู้ถึงอุปสรรคยังอาจทำให้ประชาชนละเลยการป้องกันโรค เนื่องจากพวกเขาอาจรู้สึกว่าการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันนั้นยุ่งยากหรือเสียเวลา ซึ่งอาจส่งผลให้การป้องกันโรคไม่ได้ผลเท่าที่ควร ดังนั้น การเพิ่มการรับรู้และการลดอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อและเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันโรคของประชาชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าอายุและการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังนั้น ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง โดยปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มอายุ รวมถึงเน้นย้ำถึงความรุนแรงของโรคและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหากไม่ปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน การจัดสัมมนา เวิร์กช็อป หรือการให้ข้อมูลผ่านสื่อออนไลน์จะเป็นช่องทางที่มีประสิทธิภาพในการเผยแพร่ข้อมูลนี้

2. ควรจัดโปรแกรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การลดการบริโภคปลาดิบ การตรวจสุขภาพประจำปี และการ

รับประทานยาถ่ายพยาธิอย่างต่อเนื่อง การสร้างความตระหนักถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคจะช่วยให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น นอกจากนี้ควรจัดกิจกรรมชุมชนเพื่อสร้างความร่วมมือและสนับสนุนซึ่งกันและกันในการป้องกันโรค

3. ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการรับรู้อุปสรรคมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ดังนั้น ควรลดอุปสรรคเหล่านี้ เช่น การให้บริการยาถ่ายพยาธิฟรีหรือในราคาที่เข้าถึงได้ และการจัดหาข้อมูลที่เข้าถึงง่ายและชัดเจนเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การสร้างระบบสนับสนุนจากชุมชนและการใช้สื่อสารที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยลดอุปสรรคในการป้องกันโรคได้

4. ควรสื่อสารถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างชัดเจน โดยเน้นการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อและผลกระทบที่เป็นบวกต่อสุขภาพโดยรวม การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และการแสดงตัวอย่างที่ชัดเจนจะช่วยให้ประชาชนเข้าใจถึงความสำคัญของการป้องกันโรค และมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยในพื้นที่ที่หลากหลายและครอบคลุมกลุ่มประชากรที่มีลักษณะต่างกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนของประชากรทั้งประเทศ การวิจัยในหลายพื้นที่จะช่วยให้สามารถเปรียบเทียบและวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างครบถ้วนมากขึ้น

2. ควรมีการประเมินผลการปฏิบัติตามโปรแกรมการป้องกันโรคที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อหาข้อดีและข้อเสีย และปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การประเมินผลจะช่วยให้ทราบถึงความสำเร็จและความล้มเหลวของโปรแกรมและสามารถปรับปรุงได้ตามความต้องการ

3. ควรมีการติดตามผลการวิจัยในระยะยาว เพื่อดูผลกระทบที่แท้จริงของปัจจัยต่างๆ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน การติดตามผลระยะยาวจะช่วยให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบที่เกิดขึ้นในระยะเวลานาน ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการวางแผนและพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. (2022). Fact sheets: Foodborne trematode infections. Retrieved from WHO website

2.Phannee Ounsakul. (1998). Cultural practices influencing liver fluke infection in Thailand. Bangkok: Chulalongkorn University Press.

3.Prapa Pen Suwan, & Swing Suwan. (1999). Public health behavior and liver fluke infection. Journal of Public Health Research, 15(2), 101-112.

4.Jones, C. L., Jensen, J. D., Scherr, C. L., Brown, N. R., Christy, K., & Weaver, J. (2015). The health belief model as an explanatory framework in communication research: Exploring parallel, serial, and moderated mediation. Health Communication, 30(6), 566-576.

5.จุฬาภรณ์ โสตะ. (2559). การศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรค. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

6.Khuntikeo, N., Loilome, W., Yongvanit, P., et al. (2016). "Current perspectives on opisthorchiasis and cholangiocarcinoma in Southeast Asia." Advances in Parasitology, 91, 41-66.

7.Department of Disease Control. (2020). Annual Epidemiological Surveillance Report. Retrieved from http://www.ddc.moph.go.th/

8.Sripa, B., Kaewkes, S., Intapan, P.M., et al. (2017). "Food-borne trematodiases in Southeast Asia: epidemiology, pathology, clinical manifestation and control." Advances in Parasitology, 93, 113-168.

9.ฝ่ายควบคุมโรคสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุขันธ์. (2564). รายงานการสำรวจอัตราความชุกของพยาธิใบไม้ในตับ.

10.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสมบูรณ์. (2564). รายงานการสำรวจอัตราความชุกของพยาธิใบไม้ในตับ.

11.อรุณ จิรวัฒน์กุล และคณะ. (2552). การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
12.สุพัฒน์ ในทอง และ อารี บุตรสอน. (2023). ปัจจัยทำนายการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชนอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 8(2), 75-87.
13.เกษร แถวโนนงิ้ว และคณะ. (2559). อุบัติการณ์และการติดเชื้อซ้ำโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 25(3), 370-379.
14.ภูเบศร์ แสงสว่าง. (2556). การใช้ยาพราซิควอนเทลและอัตราการติดเชื้อซ้ำในผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
15.จันทร์เพ็ญ แสงเพ็ง และ สมอน ธนะชาติ. (2566). ความชุกและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ Opisthorchis viverrini ในประชาชนใน 5 หมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเวียง ตำบลสมอ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (2566): พฤษภาคม – สิงหาคม.
16.ฉัตรชัย คำดอกรับ และ เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร ปีที่ 21 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2561.
17.ชยพล เสนาภักดิ์. (2556). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขนุน อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ [สารนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข]. ศรีสะเกษ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา.
18.ศิวาพร พิมพ์เรือง. (2557). การรับรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยอัลตราซาวด์ อ.เหล่าเสือโก้ก จ.อุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์เพื่อสุขภาพ]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อลดการบาดเจ็บบริเวณจมูกในทารกแรกเกิดที่ได้รับออกซิเจนแรงดันบวกอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

The effectiveness of using nursing practices guideline to reduce nasal injuries in newborns receiving continuous positive pressure oxygen in Srisongkram Hospital Nakhon Phanom Province.

(Received: June 6,2024 ; Revised: June 23,2024 ; Accepted: June 24,2024)

ไพรวัลย์ ไชยโกษี[1]
Paiwan Chaikosi[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อลดการบาดเจ็บบริเวณจมูกในทารกแรกเกิดที่ได้รับออกซิเจนแรงดันบวกอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลศรีสงคราม สุ่มตัวอย่างทารกแรกเกิดที่ได้รับออกซิเจนความดันสูงทางจมูกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 47 คน กลุ่มทดลองได้รับการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการวิจัยเดือนธันวาคม 2566-พฤษภาคม 2567 เปรียบเทียบระยะเวลาการเกิดการบาดเจ็บ สัดส่วนการบาดเจ็บและความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการบาดเจ็บที่จมูกและแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระยะเวลาการบาดเจ็บที่จมูกด้วยสถิติ Independent t-test และทดสอบ Chi-square test และคำนวณค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์พร้อมประมาณช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงร้อยละ 42.5 และร้อยละ 51.1 อายุเฉลี่ย 9.6 วันและ 10.2 วัน น้ำหนักเฉลี่ย 2,871 กรัมและ 2,944.9 กรัม ความยาวเฉลี่ย 51.1 เซนติเมตรและ 51.3 เซนติเมตร การวินิจฉัยโรค Congenital pneumonia มากที่สุดร้อยละ 61.7 และ 66.6 ตามลำดับ มีระยะเวลาในการให้ออกซิเจนเฉลี่ย 10.5 วันและ 11.3 วัน ตรวจพบการบาดเจ็บที่จมูกในกลุ่มทดลองเฉลี่ย1.44 วันและเฉลี่ย 0.64 วัน ในกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองมีระยะเวลาบาดเจ็บที่จมูกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉลี่ย 0.79 วัน และมีความเสี่ยงบาดเจ็บที่จมูกน้อยกว่ากลุ่มควบคุม -3.54 เท่า โดยพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจภาพรวมมากกว่าร้อยละ 80 โดยพึงพอใจต่อการนำไปใช้ประโยชน์มากที่สุด

คำสำคัญ : การบาดเจ็บที่จมูก, ออกซิเจนแรงดันสูง, ทารกแรกเกิด

ABSTRACT

This experimental research aimed to study effectiveness of using nursing practices guideline to reduce nasal injuries in newborns receiving continuous positive pressure oxygen at Srisongkram Hospital. Newborns receiving nasal continuous positive pressure of oxygen were randomized into experimental groups and control groups for 47 people per each. The experimental group received the nasal injury preventive nursing guidelines. The research was conducted from December 2023-May 2024, and comparing duration of injuries, proportion of injuries and satisfaction of practical nurses who use the guidelines. Data were collected using a nose injury record form and satisfaction assessment form. Data were analyzed using numbers, percentages, means, and standard deviations. Comparing differences in duration of nose injury using independent t-test and Chi-square test, and calculating the relative risk and estimating the 95% confidence interval at the significance level of 0.05. The results found that the samples in the group of experimental and control groups were 42.5% and 51.1% were female, average age was 9.6 days and 10.2 days, average weight was 2,871 grams and 2,944.9 grams, average length was 51.1 centimeters and 51.3 centimeters, respectively. Congenital pneumonia was diagnosed most often at 61.7% and 66.6%, respectively. The duration averaged days of oxygen administration was 10.5 days and 11.3 days. Nasal injuries were detected on

[1] โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

average 1.44 days in the experimental group and on average 0.64 days in the experimental group. The experimental group had a significantly higher duration of nose injuries than the control group. The mean difference was 0.79 days and the risk of nasal injury in experimental group was -3.54 times lower than the control group. The nurses who used the guidelines were more than 80 percent satisfied overall, with the most satisfaction with the utilization.
Keywords: nasal injury, continuous positive pressure oxygen, newborn

บทนำ

การช่วยหายใจโดยให้ออกซิเจนความดันบวกทางจมูก (Nasal continuous positive airway pressure) โดยใช้สายหรืออุปกรณ์ทางจมูกที่ไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (None invasive ventilator) เป็นหนึ่งในแนวทางการรักษาตามแนวปฏิบัติมาตรฐานในโรงพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนหรือป้องกันภาวะปอดแฟบในทารกคลอดก่อนกำหนดที่สามารถหายใจได้เองอย่างไรก็ตามกลับพบอุบัติการณ์บาดเจ็บที่ผิวหนังบริเวณจมูกหรือผิวหนังบริเวณสัมผัสอุปกรณ์ให้ออกซิเจน[1] โดยทั่วไปอุปกรณ์ที่ใช้ต่อสายให้ออกซิเจนและต่อเข้ากับจมูกเรียกว่าหลอดเสียบรูจมูก (Nasal prong) และหน้ากากครอบจมูก (nasal mask) มีหน้าที่นำออกซิเจนแรงดันบวกพ่นผ่านจากท่อสายยางสู่หลอดเสียบจมูกหรือหน้ากากสู่ช่องจมูกของทารกซึ่งจะช่วยแบ่งเบาการใช้แรงในการหายใจในผู้ป่วยทารก ช่วยพยุงการขยายตัวของปอด ช่วยเพิ่มและคงไว้ซึ่งระดับออกซิเจนในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสะดวกรวดเร็ว[2] แต่ก็ก่อให้เกิดการบาดเจ็บที่ผิวหนังจมูกเด็กเป็นจำนวนมากและเกิดผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น ความไม่สุขสบาย เกิดแผลและเจ็บปวดจากแผล แผลติดเชื้อ การเกิดแผลเป็นหรือการทะลุของผนังจมูก (Nasal septum perforates)[3] โดยสาเหตุมักเกี่ยวข้องกับชนิดของอุปกรณ์ที่กดทับลงผิวหนัง ระยะเวลาการใช้ต่อเนื่อง อายุของทารก รวมทั้งการใช้วัสดุหรืออุปกรณ์สำหรับยึดติด การใช้วัสดุหรือสิ่งป้องกันการกดลงผิวหนัง รวมทั้งการขาดความเอาใจใส่ ขาดการประเมินและการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ[4-5] โดยพบการเกิดแผลจากการกดทับของอุปกรณ์ต่อผิวหนังจมูกของทารกพบมากที่สุด โดยมักจะเกิดบริเวณรอยต่อของร่องจมูก ผนังกั้นจมูกและผนังจมูกด้านใน[6] ทั้งนี้ผิวหนังจมูกของทารกโดยเฉพาะทารกที่เกิดก่อนกำหนดจะมีความบางของชั้นผิวหนังที่กำลังแบ่งตัวและเจริญเติบโตและมักจะถูกกดและก่อให้เกิดการบาดเจ็บ เป็นแผลและขัดขวางการเจริญเติบโตหรือก่อให้เกิดการบาดเจ็บจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ได้รับในขณะเข้ารับการรักษาในแผนกทารกแรกเกิด[7] ดังนั้นการได้รับการรักษาในหน่วยบริบาลทารกและได้รับการใส่อุปกรณ์ให้ออกซิเจนในระยะเวลานานจึงเกิดการกดทับและระคายเคืองผิวหนังและก่อให้เกิดแผลที่ผิวหนังบริเวณจมูกขึ้นในที่สุด โดยพบว่าการใช้หลอดสวมใส่จมูกมีอัตราการเกิดแผลมากกว่าแบบหน้ากากครอบจมูกและปากอัตราร้อยละ 35 ต่อ 29[6] ดังนั้นการเกิดแผลที่ผิวหนังบริเวณจมูกจึงเป็นปัญหาสำคัญในหน่วยบริบาลทารกแรกเกิดเนื่องจากจะต้องให้บริการทารกที่เจ็บป่วย คลอดก่อนกำหนดหรือน้ำหนักน้อยและต้องนอนรับการรักษาในโรงพยาบาลและได้รับการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก โดยในต่างประเทศพบร้อยละ 20-60[8] ส่วนในโรงพยาบาลรามาธิบดีพบถึงร้อยละ 70[9] จาก การทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปแนวปฏิบัติได้ดังนี้ 1) การเลือกขนาดท่อ (Prong) ที่เหมาะสมกับขนาดรูจมูกและน้ำหนักของทารกมีความเกี่ยวข้องกับการลดการกดทับที่ผิวหนังจมูกได้[10-11] 2) ชนิดของการตรึงท่อใส่จมูกให้คว่ำท่อตามกายวิภาคของจมูกและใช้หล่อลื่นปลายท่อ (Prong)[12] 3) วัดความลึกของจมูกให้สัมพันธ์กับความลึกของการใส่ท่อ[13] 4) การใช้ผิวหนังเทียม[8] หรือแผ่นไฮโดรคอลลอยด์ (Hydrocolloids) แผ่นซิลิโคนเจล (Silicone gel)[14] ให้ครอบคลุมผิวหนังก่อนใส่อุปกรณ์หลอดให้ออกซิเจนหรือหน้ากากครอบจมูก 5) การตรวจสอบไม่ให้ท่อชิดกดผิวหนังผนังกั้นจมูก[12] 6) การทำให้ท่อหรือหน้ากากยึดติดกับผิวหนังนิ่งๆ เพื่อลดการเสียดสีและเกิดบาดแผล[15] 6) การเปลี่ยนจาก

ท่อมาเป็นแบบฝาครอบเมื่อเกิดแผลขึ้น[12] 7) การสังเกตอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง และดูดสารคัดหลั่งเมื่อมีการคั่งสารคัดหลังในรูจมูก[12,16] 8) การตรวจสอบและปรับค่าความชื้นให้อยู่ในช่วงอุณหภูมิ 35-37 องศาเซลเซียส[17] 9) การจัดและควบคุมสิ่งแวดล้อมให้สงบนอนหลับได้อย่างเพียงพอ[18] องค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมีความครอบคลุมสาเหตุการเกิดการบาดเจ็บที่จมูกในทารกที่ได้รับการให้ออกซิเจนแรงดันบวกซึ่งสามารถนำมาวางแผนการพยาบาลเพื่อลดปัญหาดังกล่าวได้และยกระดับคุณภาพการบริการให้สูงขึ้นได้

โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียงและเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในโซนบริการสุขภาพที่ 2 จังหวัดนครพนม รับผิดชอบประชากรในอำเภอศรีสงครามจำนวน 66,769 คนครอบคลุมพื้นที่ 13 ตำบลในอำเภอศรีสงครามและรับส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายโซน 2 อีก 3 อำเภอ[19] แผนกบริบาลทารกแรกเกิด ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศรีสงคราม เป็นหน่วยบริการโรงพยาบาลในตึกเด็ก ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศรีสงครามมีสถิติทารกเข้ารับบริการและได้รับการรักษาโดยให้ออกซิเจนแรงดันบวกผ่านท่อใส่จมูกและหน้ากากออกซิเจนเพิ่มขึ้นจาก 36 รายในปีงบประมาณ 2563 เป็น 52, 87 รายในระหว่างปีงบประมาณ 2564-65 ตามลำดับพบอุบัติการณ์การเกิดแผลที่จมูกร้อยละ 77.4 ในปีงบประมาณ 2563 เป็นร้อยละ 69.2 และ 74.7 ตามลำดับส่งผลการประเมินคุณภาพบริการไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้และส่งผลกระทบต่อสุขภาพทารกและความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกเหล่านั้น(20) จากการดำเนินการที่ผ่านยังขาดการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ การจัดการความรู้และพัฒนาแนวปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับเพื่อนำมาใช้ในการลดอุบัติการณ์การบาดเจ็บที่ผิวหนังบริเวณจมูกจากการให้ออกซิเจนแรงดันบวกในทารกที่มารับบริการดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามปัจจัยและแนวทางที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและระดมความคิดของพยาบาลที่ปฏิบัติการในหอผู้ป่วยเด็กประกอบด้วยแนวการประเมิน 8 แนวทางและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงใน 8 แนวทางดังกล่าว ซึ่งแนวปฏิบัติได้ผ่านการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วและจะนำมาทดลองใช้เพื่อประเมินประสิทธิผลต่อการลดการบาดเจ็บที่จมูกดังกล่าว ในหน่วยบริการทารกในโรงพยาบาลศรีสงครามและจะนำไปขยายผลในการลดอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลเครือข่ายในระยะต่อไป ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพการบริการรวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ทารกและผู้ปกครองและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวลงได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของผิวหนังบริเวณจมูกในทารกแรกเกิดที่ได้รับออกซิเจนแรงดันบวกอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

วิธีการศึกษา

ชนิดของการวิจัยเชิงกึ่งทดลองเชิงสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุมวัดหลังการทดลอง (An Experimental research: a control group and posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ได้แก่ ทารกแรกเกิดอายุ ตั้งแต่ 1 วันจนถึง 28 วันและได้รับการช่วยหายใจด้วยการให้ออกซิเจนแรงดันบวกต่อเนื่องตั้งแต่ 6 ชั่วโมงต่อเนื่องเป็นระยะเวลาไม่เกิน 7 วัน ในแผนกทารกวิกฤติ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ระหว่างเดือนธันวาคม 2566-พฤษภาคม 2567

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) 1) ทารกแรกเกิดอายุ ตั้งแต่ 1 วันจนถึง 28 วันและได้รับการช่วยหายใจด้วยการให้ออกซิเจนแรงดันบวกต่อเนื่องอย่างน้อย 6 ชั่วโมง-ระยะ 7 วัน ในแผนกทารกวิกฤติ หอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัด

นครพนม 2) ภูมิลำเนาบิดา มารดาอาศัยในเขตจังหวัดนครพนมต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี 3) ครรภ์เดี่ยว 4) ไม่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี 5) บิดามารดายินยอมให้เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ครบตามกิจกรรมที่วางแผนไว้ในโปรแกรม 2) ไม่สามารถเก็บข้อมูลในการวัดตัวแปรได้ครบถ้วนและขาดความสมบูรณ์เพียงพอที่จะวิเคราะห์ผลการวิจัยได้

การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ทารกที่ได้รับการรักษาโดยได้รับออกซิเจนแรงดันบวกแผนกทารกวิกฤติ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม โดยทำการสุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสลับกันไปสะสมไปเรื่อยๆ จนกว่าจะครบตามขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม (Consecutive simple sampling selection) โดยทั้ง 2 กลุ่มจะชี้แจงรายละเอียดเชิญชวนผู้ปกครองและแสดงความยินยอมให้ทารกในปกครองร่วมเป็นอาสาสมัครจึงจะถูกสุ่มเลือกเข้าร่วมในการวิจัย โดยกลุ่มที่สุ่มเลือกเป็นกลุ่มทดลองจะได้รับการป้องกันการบาดเจ็บที่จมูกโดยใช้แนวปฏิบัติที่ผู้วิจัยกำหนด ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการป้องกันการบาดเจ็บที่จมูกตามการพยาบาลปกติ การวิจัยจะดำเนินการไปจนกว่าจะได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวนตามที่วางแผนไว้ ดำเนินการวิจัยระหว่าง ธันวาคม 2566-พฤษภาคม 2567 จำนวน 47 คน

เครื่องมือในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน การบาดเจ็บของผิวหนังบริเวณจมูกในทารกเกิด ก่อนกำหนดที่ได้รับการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวกอย่างต่อเนื่องทางจมูก เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยโดยนักวิจัย ประกอบด้วย แนวทางปฏิบัติรวม 9 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมิน 2) กำหนดวิธีเลือกความยาวท่อให้เหมาะสมกับความลึกของจมูกและน้ำหนักทารกตามมาตรฐานที่ 3) กำหนดวิธีมาตรฐานการตรึงท่อใส่จมูกให้คว่ำท่อตามกายวิภาคของจมูกและใช้หล่อลื่นปลายท่อ 4) การกำหนดการประเมินและเลือดท่อที่มีความยาวเหมาะสมกับความลึกรูจมูก 5) การใช้ผิวเทียมหรือวัสดุ Hydrocolloid รองผิว 6) ตรวจสอบการสัมผัสผิวหนังและเปลี่ยนจากท่อเป็นฝาครอบเมื่อเกิดบาดเจ็บ 7) สังเกตุการบาดเจ็บทุก 1 ชั่วโมงและดูดสารคัดหลั่งเมื่อเกิดการคั่งค้างทันที 8) จัดสิ่งแวดล้อมและท่าให้สามรถนอนหลับพักผ่อนได้เต็มที่ 9) การประเมินและส่งข้อมูลเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2) เครื่องมือที่ใช้ในการวัดข้อมูล

สำหรับการวัดข้อมูลจะใช้แบบสอบบันทึกข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วนมีรายละเอียดดังนี้

2.1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปครอบคลุม อายุทารก อายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด ความยาวทารก การวินิจฉัยโรคอายุที่เริ่มให้การรักษาโดยการช่วยหายใจด้วยออกซิเจนแรงดันบวก ระยะเวลาต่อเนื่องในการให้การรักษาด้วยการช่วยหายใจด้วยออกซิเจนแรงดันบวกจนเกิดการบาดเจ็บ (วัดเป็นชั่วโมง) รวมทั้งหมด 7 ข้อ

2.2) ส่วนที่ 2 แบบประเมินการบาดเจ็บของผิวหนังบริเวณจมูก เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยปรับจากแนวทางการประเมินความรุนแรงการเกิดแผลกดทับของ National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)[23] และนำมาปรับใช้เพื่อประเมินการบาดเจ็บของผิวหนังบริเวณจมูกโดย โดยจะประเมินตั้งแต่ระยะเวลาเริ่มช่วยหายใจต่อเนื่องอย่างน้อย 6 ชั่วโมง จนถึงระยะเวลา 7 วันหลังการเริ่มช่วยหายใจ โดยการจำแนกระดับความรุนแรงการบาดเจ็บของผิวหนังบริเวณจมูกเป็น 5 ระดับ ดังนี้คือ

ระดับ 0 หมายถึง ไม่เกิดการบาดเจ็บ

ระดับ 1หมายถึงผิวหนังมีรอยแดง ที่ไม่ซีดจางหรือลักษณะสีผิวแตกต่างจากบริเวณใกล้เคียง

ระดับ 2 หมายถึง แผลเปิดตื้นๆ ที่มีรอยแดงไม่มี เนื้อตายหรือแผลเปิดที่มีน้ำเหลืองอยู่ข้างใน

ระดับ 3 หมายถึง มีเนื้อตายบางส่วนและแผลมีลักษณะเป็น โพรง/หลุม มองเห็นไขมันแต่ไม่เห็นกระดูก เอ็น และ กล้ามเนื้อ

ระดับ 4 หมายถึง มีเนื้อตายหรือสะเก็ด แผลแห้งแข็ง และแผลมีลักษณะเป็นโพรง/หลุม มองเห็นกระดูก เอ็นและกล้ามเนื้อ

สำหรับการวิเคราะห์นั้นจะกำหนดให้กลุ่มที่ได้คะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไปเป็นกลุ่มที่มีการบาดเจ็บที่จมูก = 1 ส่วนกลุ่มที่ได้คะแนน 0 เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับบาดเจ็บที่จมูก เครื่องมือวัดข้อมูลในการวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยกุมารแพทย์เชี่ยวชาญสาขาทารกแรกเกิด อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็ก 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษด้านการพยาบาล 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติและระเบียบวิธีวิจัยจำนวน 1 ท่าน นำผลการประเมินมาปรับปรุง แก้ไขเนื้อหาตามข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดความเหมาะสม ของภาษาและความหมาย คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI เท่ากับ 0.85)

2.3) ส่วนที่ 3 แบบประเมินระยะเวลาการบาดเจ็บของผิวหนังบริเวณจมูก เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยปรับจากแนวทางการประเมินความรุนแรงการเกิดแผลกดทับของ National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)[23] นับจากระยะใส่สายหรือหน้ากากออกซิเจนจนถึงระยะเวลาตรวจพบการบาดเจ็บที่จมูกนับระยะเวลาเป็นชั่วโมง

2.4) ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการบาดเจ็บที่จมูกจากการช่วยหายใจในทารกที่ได้รับการช่วยหายใจด้วยออกซิเจนแรงดันบวกในโรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนมจำนวน 9 ข้อ มีข้อคำถามครอบคลุมกระบวนการใช้แนวปฏิบัติ ความสะดวกง่าย รวมทั้งผลของการใช้และประโยชน์ที่ได้จำนวน 9 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

พึงพอใจมากที่สุด ให้ 5 คะแนน
พึงพอใจมาก ให้ 4 คะแนน
พึงพอใจปานกลางให้ 3 คะแนน
พึงพอใจน้อย ให้ 2 คะแนน
ไม่พึงพอใจ ให้ 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

(1) การประเมินความตรงด้านเนื้อหาของโปรแกรม (Content validity index: CVI.) ผู้วิจัยใช้วิธีส่งชุดคู่มือการจัดกิจกรรมในโปรแกรมให้ผู้เชี่ยวชาญด้านกุมารเวชศาสตร์ ด้านการพยาบาลเด็ก ด้านการพยาบาลทั่วไป และด้านสถิติและวิธีวิจัย รวมจำนวน 4 ท่านประเมินความสอดคล้องของเนื้อหาและเสนอแนะ โดยใช้แบบประเมินดัชนีความสอดคล้อง ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบเครื่องมือตามคำแนะนำข้อผู้เชี่ยวชาญได้ค่าคะแนน ความตรงเชิงเนื้อหา 0.78

(2) การประเมินความตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content validity index: CVI) ผู้วิจัยใช้วิธีส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญด้านกุมารเวชศาสตร์ ด้านการพยาบาลเด็ก ด้านการพยาบาลทั่วไป และด้านสถิติและวิธีวิจัย รวมจำนวน 4 ท่านประเมินความสอดคล้องของเนื้อหาและเสนอแนะ โดยใช้แบบประเมินดัชนีความสอดคล้อง ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบเครื่องมือตามคำแนะนำข้อผู้เชี่ยวชาญได้ค่าคะแนน ความตรงเชิงเนื้อหา 0.85

(3) การประเมินค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) ในส่วนการวัดตัวแปรความพึงพอใจของผู้พยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติใช้วิธีการทดสอบแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลท่าอุเทน โรงพยาบาลบ้านแพง โรงพยาบาลนาหว้าและโรงพยาบาลโพนสวรรค์ ซึ่งอยู่พื้นที่วิจัยจำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient: α) ซึ่งค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งชุดได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

การวิเคราะห์เชิงพรรณนา วิเคราะห์และนำเสนอด้วยจำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลต่อเนื่องวิเคราะห์และนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยการทดสอบความแตกต่างค่าสัดส่วนระหว่างกลุ่มของการเกิดการบาดเจ็บที่จมูก และในระยะก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Chi-square test และคำนวณอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ (Odd ratio) พร้อมประมาณค่าช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confident interval of proportion difference) และใช้ Fisher Exact test ในกรณีที่ละเมิดข้อตกลงในการทดสอบ Chi-square ทดสอบระยะเวลาเฉลี่ยของการเริ่มปรากฏการบาดเจ็บที่จมูก(นาที) โดยการทดสอบการแจงแจงข้อมูลโดยวิธี Shapiro-wilk test และใช้สถิติทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มด้วย Dependent t-test หรือในกรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติจะใช้สถิติ Wilcoxon matched paired Sign-Rank test และทดสอบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test พร้อมประมาณช่วงเชื่อมั่นของความแตกต่าง (Mean difference) ที่ร้อยละ 95 ในกรณีที่ข้อมูลกระจายไม่ปกติจะวิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann Whitney test ส่วนความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติจะประมาณค่าเฉลี่ยและทดสอบสอบสมมติฐานแบบจุด (Point estimation) ว่ามีความพึงพอใจเป็นไปตามเกณฑ์ร้อยละ80 หรือไม่ กำหนดระดับนัยสำคัญของการทดสอบที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมเลขที่ REC 109/66 วันที่รับรอง 6 ธันวาคม 2566-5 ธันวาคม 2567

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ในกลุ่มทดลองร้อยละ 42.5 และในกลุ่มควบคุมร้อยละ 51.1 ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 1-7 วันมากที่สุดร้อยละ 61.7 และ 63.8 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง 9.6 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.5 วัน) ส่วนในกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 10.2 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.6 วัน) อายุครรภ์ระหว่าง 37-38 สัปดาห์มากที่สุด โดยในกลุ่มทดลองพบร้อยละ 48.9 และร้อยละ 53.2 ในกลุ่มควบคุมตามลำดับ โดยมีอายุครรภ์เฉลี่ย 38.1 สัปดาห์ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.4) และ 38.3 สัปดาห์ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.3) ตามลำดับ ด้านน้ำหนักแรกรับไว้ในโรงพยาบาลพบว่าน้ำหนักระหว่าง 2,500-3,000 กรัมมากที่สุดร้อยละ 55.3 และ 55.3 ตามลำดับ โดยมีน้ำหนักเฉลี่ย 2,871 กรัม (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 367.0 กรัม) ในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุมมีน้ำหนักเฉลี่ย 2,944.9 กรัม (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 238.6 กรัม) ตามลำดับ โดยมีความยาวเฉลี่ยทารกแรกรับในกลุ่มทดลอง 51.1 เซนติเมตร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.4 เซนติเมตร) ส่วนในกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 51.3 เซนติเมตร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.5 เซนติเมตร) ตามลำดับ ส่วนการวินิจฉัยโรคแรกรับพบว่ามีอาการ Congenital pneumonia มากที่สุดร้อยละ 61.7 และ 66.6 ในกลุ่มททดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ โดยมีระยะเวลาในการให้ออกซิเจนเฉลี่ย 10.5 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.9 วัน) ในกลุ่มทดลอง และเฉลี่ย 11.3 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.1 วัน) ในกลุ่มควบคุม และตรวจพบแผลที่จมูกในกลุ่มทดลองเฉลี่ย 1.44 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.9 วัน และในกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 0.64 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.7 วัน) ตามลำดับ และมีวันนอนเฉลี่ย 17.4 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.1 วัน) ในกลุ่มทดลองและเฉลี่ย 11.3 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.1 วัน) ในกลุ่มควบคุมตามลำดับ โดยในกลุ่มทดลองมีการบาดเจ็บที่จมูกหลังจากการให้ออกซิเจน 7 ราย (ร้อยละ 14.9) และในกลุ่มควบคุมมีการบาดเจ็บ 18 ราย (ร้อยละ 38.3)

ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อลดการบาดเจ็บบริเวณจมูกในทารกแรกเกิดที่ได้รับออกซิเจนแรงดันบวกอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม พบว่า ในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาเฉลี่ย 1.44 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.9 วัน) ส่วนในกลุ่มควบคุมมีระยะเวลา

บาดเจ็บเฉลี่ย 0.64 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.7 วัน) ผลการเปรียบเทียบโดยการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการเกิดแผลที่จมูกจากการใส่สายออกซิเจน พบว่า ในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเกิดแผลที่จมูกกว่ากว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉลี่ย 0.79 วัน (Mean difference 0.79, 95% CI=0.53-1.58, P-value <0.03)

ส่วนผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อการบาดเจ็บบริเวณจมูกในทารกแรกเกิดที่ได้รับออกซิเจนแรงดันบวกอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม เปรียบเทียบภายในกลุ่มทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง พบว่า การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อการบาดเจ็บบริเวณจมูกในทารกแรกเกิดที่ได้รับออกซิเจนแรงดันบวกอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม สามารถลดการบาดเจ็บที่จมูกได้ -3.54 เท่า (RR= -3.54, 95% CI= -1.31- -9.59, P-value <0.01*, Chi-square= 6.77, PsudoR^2=0.06) รายละเอียดดังนำเสนอในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อการบาดเจ็บบริเวณจมูกในทารกแรกเกิดที่ได้รับออกซิเจนแรงดันบวกอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง(n_1=47,n_2=47)

กลุ่ม	บาดเจ็บที่จมูก		ไม่บาดเจ็บ		RR	95% CI RR	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
กลุ่มทดลอง	7	14.9	40	85.1	-3.54	1.31-9.59	0.01*
กลุ่มควบคุม	29	61.7	18	38.3	1		

Chi-square= 6.77, PsudoR^2=0.06, P-value<0.05*

ผลการประเมินความพึงพอใจของอาสาสมครพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้การพยาบาลโดยให้ออกซิเจนแรงดันสูงในผู้ป่วยทารกแรกเกิดเพื่อลดโอกาสบาดเจ็บบริเวณจมูกในทารกแรกเกิดที่ได้รับออกซิเจนแรงดันบวกอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม พบว่าอาสาสมัครเป็นพยาบาลเข้าร่วมในการวิจัยจำนวน 7 คน มีความพึงพอใจในด้านการนำไปใช้ประโยชน์มากที่สุด ร้อยละ 88.0-96.0 (P-value< 0.05) รองลงมา ได้แก่ ด้านความง่าย และสะดวกในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อการบาดเจ็บบริเวณจมูกในทารกแรกเกิดที่ได้รับออกซิเจนแรงดันบวกอย่างต่อเนื่องไปใช้ พึงพอใจร้อยละ 88.8-94.4 (P-value< 0.05) และความพึงพอใจด้านสื่อและเทคโนโลยี ร้อยละ 86.6-92.6 ส่วนคะแนนความพึงพอใจด้านที่น้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการเตรียมการใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจร้อยละ 81.3-89.3 (P-value<0.05) และด้านรายละเอียดกิจกรรมในการปฏิบัติการพยาบาล มีความพึงพอใจร้อยละ 81.3-89.7 (P-value<0.05)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถสรุปได้ว่า การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อลดการบาดเจ็บบริเวณจมูกในทารกแรกเกิดที่ได้รับออกซิเจนแรงดันบวกอย่างต่อเนื่องสามารถลดความเสี่ยงและระยะเวลาในการบาดเจ็บบริเวณจมูกในโรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนมลงได้อย่างมีนัยสำคัญ

ทั้งนี้การช่วยหายใจโดยให้ออกซิเจนความดันบวกทางจมูก (Nasal continuous positive airway pressure) เป็นการใช้สายออกซิเจนหรืออุปกรณ์ทางจมูก โดยไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจซึ่งเป็นการรักษาตามแนวปฏิบัติมาตรฐานในโรงพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนหรือป้องกันภาวะปอดแฟบในทารกคลอดก่อนกำหนดที่เกิดการเจ็บป่วยในภาวะต่างๆ และไม่สามารถหายใจได้เอง อุปกรณ์ที่ใช้ต่อสายให้ออกซิเจนและต่อเข้ากับจมูกเรียกว่าหลอดเสียบรู

จมูก (Nasal prong) และหน้ากากครอบจมูก (nasal mask) มีหน้าที่นำออกซิเจนแรงดันบวกพ่นผ่านจากท่อสายยางสู่หลอดเสียบจมูกหรือหน้ากากสู่ช่องจมูกของทารกช่วยแบ่งเบาการใช้แรงในการหายใจของผู้ป่วยทารก พยุงการขยายตัวของปอด ช่วยเพิ่มและคงไว้ซึ่งระดับออกซิเจนในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสะดวกรวดเร็ว[2] แต่การให้ออกซิเจนด้วยวิธีการดังกล่าวก็ก่อให้เกิดการบาดเจ็บผิวหนังจมูกเด็กและก่อผลกระทบได้ในระยะสั้นและระยะยาว โดยผู้วิจัยได้พัฒนาแนวปฏิบัติในการลดการบาดเจ็บจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการลดการบาดเจ็บที่จมูกในทารก 9 ขั้นตอนการปฏิบัติได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ประเมินความต้องการและรูปแบบในการให้ออกซิเจนทางจมูกด้วยสายยางหรือหน้ากากเพื่อวางแผนดูแล 2. กำหนดวิธีเลือกความยาวท่อให้เหมาะสมกับความลึกของจมูกและน้ำหนักทารกตามมาตรฐานที่กำหนดตามน้ำหนักทารกตามวิธีการของ Rego และ Martinez[24] 3. กำหนดวิธีมาตรฐานการตรึงท่อใส่จมูกให้คว่ำท่อตามกายวิภาคของจมูกและใช้หล่อลื่นปลายท่อด้วยวาสลีน 4. การกำหนดการประเมินและเลือดท่อที่มีความยาวเหมาะสมกับความลึกรูจมูกตามน้ำหนักทารกโดยทารกน้ำหนัก 450-1,500 กรัม ใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูกลึก 2.0-2.5 เซนติเมตร ทารกน้ำหนักมากกว่า 1,500 กรัม ให้วัดจากปลายจมูกถึงหัวตาบวกเพิ่มอีก 1 เซนติเมตร หรือ วัดจากปลายจมูกถึงกึ่งกลาง ขอบตาล่าง 5.พิจารณาใช้ผิวเทียมหรือวัสดุ Hydrocolloid รองผิวในกรณีที่ประเมินแล้วผิวหนังบางและแดง มีโอกาสเกิดแผลได้ง่าย 6. ตรวจสอบการบาดเจ็บและโอกาสเกิดแผลบริเวณผิวสัมผัสผิวหนังวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็นและเปลี่ยนจากท่อเป็นฝาครอบเมื่อเกิดบาดเจ็บ 7. สังเกตการบาดเจ็บทุก 1 ชั่วโมงและดูดสารคัดหลั่งเมื่อเกิดการคั่งค้างทันที 8.จัดสิ่งแวดล้อมและท่าให้ไม่สร้างแรงกดทับและให้ทารกสามารถนอนหลับพักผ่อนได้เต็มที่ 9. การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทุกรายเพื่อปรับปรุง รวมทั้งความพึงพอในในการใช้และส่งข้อมูลเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยแนวปฏิบัติดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านและผ่านการประเมินความตรงจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.78 ผลการใช้ทดลองใช้แนวปฏิบัติพบว่า สามารถในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาตรวจพบการบาดเจ็บเฉลี่ย 1.44 วัน ส่วนในกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาบาดเจ็บเฉลี่ย 0.64 วัน โดยในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเกิดแผลที่จมูกมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉลี่ย 0.79 วัน (P-value <0.03) โดยสามารถลดการบาดเจ็บที่จมูกในกลุ่มทดลองได้ 3.54 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (RR= -3.54, P-value <0.01) ผลที่ได้จากการใช้แนวปฏิบัติต่อการลดบาดเจ็บที่จมูกในทารกดังกล่าวเป็นผลมาจากแนวปฏิบัติสามารถลดการกดทับลงผิวหนังในระยะเวลานานของท่อให้ออกซิเจนและขาดการสังเกตที่มีระยะเวลาชัดเจนของพยาบาลผู้ปฏิบัติการ สอดคล้องกับผลวิจัยที่พบว่าการบาดเจ็บจากที่จมูกของทารกที่ให้ออกซิเจนมาจากการกดทับลงผิวหนัง เป็นระยะเวลานานจากการให้ออกซิเจนต่อเนื่องในทารก การระคายเคืองจากวัสดุหรืออุปกรณ์หรือไม่ได้ใช้สิ่งป้องกันการกดทับลงบนผิวหนัง รวมทั้งขาดความเอาใจใส่ประเมินที่มีประสิทธิภาพรวมทั้งกำหนดระยะเวลาประเมินของพยาบาลผู้ปฏิบัติการดูแล[4-5] แนวปฏิบัตินี้กำหนดให้ประเมินความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บบริเวณจมูกที่มีแรงกดทับมากและพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับสูง จากนั้นให้ใช้วัสดุรองในบริเวณดังกล่าวได้แก่ รอยต่อร่องจมูกและผนังกั้นจมูกจึงสามารถป้องกันและลดการบาดเจ็บได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Yong และคณะ[6] ที่พบว่าแผลจากการกดทับที่จมูกมักเกิดจากการกดทับของอุปกรณ์ต่อผิวหนังจมูกของทารกมากที่สุด โดยมักจะเกิดบริเวณรอยต่อของร่องจมูก ผนังกั้นจมูกและผนังจมูกด้านใน ทั้งนี้ผิวหนังจมูกของทารกโดยเฉพาะทารกที่เกิดก่อนกำหนดจะมีความบางของชั้นผิวหนังที่กำลังแบ่งตัวและเจริญเติบโตและมักจะถูกกดและก่อให้เกิดการบาดเจ็บ นอกนั้นอุปกรณ์ได้แก่สายยางให้ออกซิเจนหรือหน้ากากสามารถระคายเคืองผิวหนังและก่อให้เกิดแผลที่ผิวหนังบริเวณจมูกได้

นอกจากนั้นแนวปฏิบัตินี้ช่วยให้พยาบาลผู้ปฏิบัติสามารถเลือกขนาดท่อและขนาดหน้ากากที่เหมาะสมกับขนาดรูจมูกได้โดยใช้น้ำหนักของทารกเป็นเกณฑ์ในการเลือกขนาด สอดคล้องกับผลการวิจัยในการลดการกดทับที่ผิวหนังจมูกได้โดยการเลือกขนาดท่อที่เหมาะสมกับขนาดของจมูกของทารกที่จะใส่สายให้ออกซิเจน[10-11] รวมทั้งการตรึงท่อใส่ให้คว่ำท่อตามกายวิภาคของจมูกและใช้หล่อลื่นปลายท่อ (Prong)[12] รวมทั้งการวัดความลึกของจมูกให้สัมพันธ์กับความลึกของการใส่ท่อ[13] การใช้ผิวหนังเทียม[12] หรือแผ่นไฮโดรคอลลอยด์ (Hydrocolloids) แผ่นซิลิโคนเจล (Silicone gel)[14] ให้ครอบคลุมผิวหนังก่อนใส่อุปกรณ์หลอดให้ออกซิเจนหรือหน้ากากครอบจมูก การตรวจสอบสม่ำเสมอในระยะเวลาที่กำหนดคือ 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินและจัดการไม่ให้ท่อชิดผิวหนังมากเกินไป หรือชิดจนกดผนังกั้นจมูกในระยะเวลานาน ซึ่งอาจเกิดแผลได้[12] รวมทั้งการตรวจสอบการเคลื่อนของท่อทุก 1ชั่วโมง จะสามารถตรวจพบการเคลื่อนที่เสียดสีระหว่างท่อใส่จมูกกับผิวหนังและเกิดบาดแผลขึ้นได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าการทำให้ท่อหรือหน้ากากยึดติดกับผิวหนังนิ่งๆ จะลดการเสียดสีและการเกิดบาดแผลได้[15] นอกจากนั้นมีแนวปฏิบัติให้เปลี่ยนจากท่อสอดจมูกมาเป็นแบบฝาครอบเกิดรอยแดงบริเวณผิวหนังและมีโอกาสเกิดแผลจะลดการเกิดการบาดเจ็บจนเป็นแผลได้ สอดคล้องกับผลวิจัยของ Squires และ Hyndman[8] ที่พบว่าการเปลี่ยนรูปแบบการให้ออกซิเจนจากท่อมาเป็นหน้ากากออกซิเจนจะลดการบาดเจ็บที่จมูกจากการให้ออกซิเจนได้ ยิ่งกว่านั้น การสังเกตการเกิดการบาดเจ็บดำเนินการอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง และตรวจดูสารคัดหลั่งบริเวณจมูก จะลดการบาดเจ็บเกิดแผลบริเวณจมูกที่ใส่สายออกซิเจนได้ ทั้งนี้สารคัดหลั่งจะก่อความชื้นและสะสมเชื้อโรค การสังเกต ตรวจสอบและดูดออกจากรูจมูกให้แห้งจะสามารถลดการบาดเจ็บในรูจมูกในกรณีใส่สายให้ออกซิเจนได้[12,16] และการส่งเสริมการนอนหลับให้เพียงพอจะลดการเคลื่อนที่และลดการเสียดสีของท่อสายหรือหน้ากากให้ออกซิเจนได้ และจะป้องกันการเสียดสี กดทับกับผิวหนังและป้องกันการเกิดแผลที่จมูกได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าการจัดและควบคุมสิ่งแวดล้อมให้สงบสามารถส่งเสริมการนอนหลับนอนหลับได้อย่างเพียงพอ[18] แนวปฏิบัตินี้สามารถสร้างความพึงพอใจต่อพยาบาลผู้ปฏิบัติงานได้ในระดับสูงร้อยละ 80 ขึ้นไป โดยพึงพอใจต่อการนำไปใช้มากที่สุด ร้อยละ 88.0-96.0 รองลงมา ได้แก่ ด้านความง่ายและสะดวกในการนำแนวปฏิบัติ ความพึงพอใจด้านสื่อและเทคโนโลยี ส่วนด้านที่พึงพอใจน้อยได้แก่ การเตรียมการใช้แนวปฏิบัติและความกระชับในรายละเอียดกิจกรรมในการปฏิบัติการพยาบาล

โดยสรุป การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อลดการบาดเจ็บบริเวณจมูกในทารกแรกเกิดที่ได้รับออกซิเจนแรงดันบวกอย่างต่อเนื่องประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินความต้องการและรูปแบบในการให้ออกซิเจนทางจมูกด้วยสายยางหรือหน้ากากเพื่อวางแผนดูแล 2) กำหนดวิธีเลือกความยาวท่อให้เหมาะสมกับความลึกของจมูกและน้ำหนักทารกตามมาตรฐานที่กำหนดตามน้ำหนักทารก 3) กำหนดวิธีมาตรฐานการตรึงท่อใส่จมูกให้คว่ำท่อตามกายวิภาคของจมูกและใช้หล่อลื่นปลายท่อด้วยวาสลีน 4) การกำหนดการประเมินและเลือดท่อที่มีความยาวเหมาะสมกับความลึกรูจมูก 5) พิจารณาใช้ผิวเทียมหรือวัสดุ Hydrocolloid รองผิวในกรณีที่ประเมินแล้วผิวหนังบางและแดง มีโอกาสเกิดแผลได้ง่าย 6) ตรวจสอบการบาดเจ็บและโอกาสเกิดแผลบริเวณผิวสัมผัสผิวหนังวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็นและเปลี่ยนจากท่อเป็นฝาครอบเมื่อเกิดบาดเจ็บ 7) สังเกตการบาดเจ็บทุก 1 ชั่วโมงและดูดสารคัดหลั่งเมื่อเกิดการคั่งค้างทันที 8) จัดสิ่งแวดล้อมและท่าให้ไม่สร้างแรงกดทับและให้ทารกสามารถนอนหลับพักผ่อนได้เต็มที่ 9) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทุกรายเพื่อปรับปรุง สามารถยืดระยะเวลาและลดอุบัติการณ์การบาดเจ็บที่จมูกในทารกที่ได้รับออกซิเจนความดันบวกทางจมูก โดยแนวปฏิบัตินี้สามารถสร้างความพึงพอใจต่อพยาบาลผู้ปฏิบัติงานได้ในระดับสูงร้อยละ 80 ขึ้นไป โดยพึงพอใจต่อการนำไปใช้มากที่สุด ร้อยละ 88.0-96.0 รองลงมา ได้แก่ ด้านความง่ายและสะดวกในการนำแนวปฏิบัติ ความพึงพอใจด้านสื่อและเทคโนโลยี ส่วนด้านที่พึงพอใจน้อย

ได้แก่ การเตรียมการใช้แนวปฏิบัติและความกระชับในรายละเอียดกิจกรรมในการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ผู้เกี่ยวข้องและมีส่วนได้ส่วนเสียกับการพยาบาลในหอผู้ป่วยกุมารเวชและเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาทารกด้วยการให้ออกซิเจนแรงดันบวกควรนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อลดการบาดเจ็บบริเวณจมูกในทารกแรกเกิดที่ได้รับออกซิเจนแรงดันบวกอย่างต่อเนื่อง 9 ขั้นตอนนี้ไปขยายผลเพื่อลดอุบัติการณ์และยืดระยะเวลาการบาดเจ็บที่จมูกในทารกด้วยการให้ออกซิเจนแรงดันบวกในหอผู้ป่วยกุมารเวชและเผยแพร่ไปใช้ในหน่วยงานดังกล่าวในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

2. ควรนำปรับปรุงรายละเอียดคู่มือและอบรมเตรียมก่อนการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้เพื่อให้พยาบาลผู้ใช้ปฏิบัติมีความเข้าใจ เข้าใจรายละเอียดและขั้นตอนการปฏิบัติและเกิดความกระชับในรายละเอียดกิจกรรมในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เหมาะสมและสะดวกในการใช้มากยิ่งขึ้น

3.ควรนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อลดการบาดเจ็บบริเวณจมูกในทารกแรกเกิดที่ได้รับออกซิเจนแรงดันบวกอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนมนี้ไปเป็นกิจกรรมทางเลือกในการจัดทำแผนปฏิบัติการพยาบาลทารกที่ได้รับได้รับออกซิเจนแรงดันบวกในหอผู้ป่วยกุมารเวชและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อยกระดับคุณภาพและประสิทธิภาพทางการพยาบาลในโอกาสต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อลดการบาดเจ็บบริเวณจมูกในทารกแรกเกิดที่ได้รับออกซิเจนแรงดันบวกอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนมนี้ไปเป็นกิจกรรมทางเลือกเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลและประสิทธิภาพกับกิจกรรม แนวปฏิบัติหรือโปรแกรมลดการบาดเจ็บบริเวณจมูกในทารกแรกเกิดที่ได้รับออกซิเจนแรงดันบวกอื่นๆ เพื่อเป็นทางเลือกเชิงนโยบายต่อผู้บริหาร หน่วยงานด้านการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลทารกแรกเกิด โดยเฉพาะการจัดการปัญหาและผลกระทบจากการบาดเจ็บที่จมูกในทารกให้เกิดคุณภาพ ประสิทธิผลและประสิทธิภาพซึ่งจะเกิดผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตมนุษย์ในสังคมอย่างมีมีประสิทธิภาพในระยะยาวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ประสบผลสำเร็จลุล่วงลงได้ จากความอนุเคราะห์และสนับสนุนจากคณะบุคลากรแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนมที่ร่วมและอำนวยความสะดวกในดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ และปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนการวิจัยสำเร็จด้วยดี ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับทารกที่เข้ารับบริการในแผนกกุมารเวชกรรม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้สนใจทั่วไปที่มีความมุ่งหมายพัฒนาคุณภาพแผนกทารกวิกฤติ แผนกกุมารเวชกรรม ให้บรรลุคุณภาพและประโยชน์ต่อผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.Jatana, K.R., Oplatekม A., Steinม M., Phillips, G., Kang, D.R., Elmaraghy, C.A.. Effects of nasal continuous positive airway pressure and canula use in the neonatal intensive care setting. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2010;(136):287–91.

2.Diblasi, R. Nasal continuous positive airway pressure (CPAP) for the respiratory care of the newborn infant. Respir Care. 2009;54(9):1209–35.

3.Haymes, E. The effects of continuous positive airway pressure (CPAP) on nasal skin breakdown. J Neonatal Nurs. 2020;26(1):37–422.

4.Naha, N., Pournami, F., Prabraha, J. & Jain, N. Nasal Injury with Continuous Positive Airway Pressure: Need for “Privileging” Nursing Staff. Indian J Pediatr. 2019;86:595–8.

5.Chen, C.Y., Chou, A.K.., Chen, Y.L., Chou, H.C., Tsao, P.N. & Hsieh, W.S.. Quality improvement of nasal continuous positive pressure therapy in neonatal intensive care unit. Pediatr Neonatol. 2017;(58):299–35.

6.Yong, S.C., Chen, S.J., Boo, N.Y. Incidence of nasal trauma associated with nasal prong versus nasal mask during continuous positive airway pressure treatment in very low birthweight infants: a randomised control study. Arch Child Fetal Neonatal Ed. 2005;90(6):480–3.

7.Fischer, C., Bertelle, V., Hohlfeld, J., Forcada-Guex, M., Stadelmann-Diaw, C., Tolsa, J.F. Nasal trauma due to continuous positive airway pressure in neonates. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2010;95(6):447–51.

8.Squires, A. J., & Hyndman, M. Prevention of nasal injuries secondary to NCPAP application in the ELBW infant. Neonatal Netw. 2009;28(1):13–27.

9.หอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลรามาธิบดี. สถิติการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดความดันบวกทางจมูกและอัตราการเกิดการบาดเจ็บของผิวหนังบริเวณจมูก ในทารกเกิดก่อนกำหนด ปี พ.ศ. 2552. กรุงเทพมหานคร: คณะ แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2552.

10.Campbell, D. M., Shah, P. S., Shah, V., & Kelly, E. N. Nasal continuous positive airway pressure from high flow cannula versus infant flow for preterm infants. J Perinatol. 2006;(26):549–549.

11.Buettiker, V., Hug, M. I., Baenziger, O., Meyer, C., & Frey, B. Advantages and disadvantages of different nasal CPAP systems in newborns. Intensive Care Med. 2004;30:926–30.

12.Squires, A. J., & Hyndman, M. Prevention of nasal injuries secondary to NCPAP application in the ELBW infant. Neonatal Netw. 2009;28(1):13–27.

13.Jackson, J. K., Vellucci, J., Johnson, P., & Kilbride, H. W. Evidence-based approach to change in clinical practice: Introduction of expanded nasal continuous positive airway pressure use in an intensive care nursery. Pediatrics. 2003;111:e542–7.

14.Günlemez,A.,Isken,T.,Gökalp,A.S.,Türker,G.,& Arisoy, E.A. Effectofsilicongelsheetinginnasalinjury associated with nasal CPAP in preterm infants. Indian Pediatr. 2010;47:265–7.

15.Rego,M.A.C.,&Martinez,F.E. Comparisonoftwonasal prongsforapplicationofcontinuouspositiveairwaypressure inneonates. Pediatr Crit Care Med. 2002;3:239–43.

16.สุมลทิพย์ สนธิเมือง, เสริมศรี สันตติ, พิศสมัย อรทัย, และ, ทิพวัลย์ ดารามาศ. ประสิทธิภาพของการดูดน้ำมูก ในปากและจมูกโดยใช้เอ็มยู-ทิปในทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการช่วยหายใจโดยใช้แรงดันบวกอย่างต่อเนื่องทาง จมูก. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2554;17(2):203–17.

17.ประชา นันท์นฤมิต. Continuous positive airway pressure (CPAP). In: สุนทร ฮ้อเผ่าพันธ์, พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์, และ เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ (บก) Neonatology. ธนาเพรส; 2551. p. 107–14.

18.น้ำทิพย์ ทองสว่าง, เรณู พุกบุญมีและทิพวัลย์ ดารามาศ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของผิวหนังบริเวณจมูกในทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก อย่างต่อเนื่องทางจมูก. Rama Nurs J. 2556;19(1):16–30.

19.ฝ่ายบริหาร โรงพยาบาลศรีสงคราม. ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลศรีสงคราม [Internet]. 2565. Available from: http://www.sskhospital.net/

20.หอผู้ป่วยเด็ก กลุ่มการพยาบาล. รายงานการเกิด Nasal injury ในแผนกทารกแรกเกิด ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศรรสงคราม 2563-2565. นครพนม: เอกสารอัดสำเนา; 2565.

21.Chow, S-C., Shao, J., Wang, H., Lokhnygina, Y. Sample Size Calculations in Clinical Research. 3rd ed. New York: Chapman and Hall/CRC; 2017.

22.Schallom, M., Cracchiolo, L., Falker, A., Foster, J., & et al. Pressure Ulcer Incidence in Patients Wearing Nasal-Oral Versus Full-Face Noninvasive Ventilation Masks. Am J Crit Care. 2015;24(4):349–56.

23.Black, J., Mylene, B.M., Janet, C., Becker, D., Laura, E. & et al. National Pressure Ulcer Advisory Panel's Updated Pressure Ulcer Staging System. Adv Skin Wound Care. 2007;20(5):269–74.

24.Rego, M.C. & Martinez, F.E. Comparison of two nasal prongs for application of continuous positive airway pressure in neonates. Pediatr Crit Care Med. 2002;3(3):239–43.

ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียเภ้า ตำบลคำน้ำแซบ อำเภอวารินชำราบจังหวัดอุบลราชธานี

Effects of Creating Participation and Social Support on Changing Diabetes Prevention Behaviors Among At-Risk Populations in the Service Area of Phia Phao Tambon Health Promoting Hospital, Kham Nam Saep Subdistrict, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: June 21,2024 ; Revised: June 23,2024 ; Accepted: June 24,2024)

เกียรติศักดิ์ วิจักษณกุล[1]
Kiattisak Wijaksanakul[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียเภ้า ตำบลคำน้ำแซบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมจำนวน 36 คน และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรมปกติจำนวน 36 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากทั้งสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลองในช่วงเวลาเดียวกัน ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง 30 มีนาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม และ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การมีส่วนร่วม และแรงสนับสนุนทางสังคม รวมถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองและกับกลุ่มเปรียบเทียบ

คำสำคัญ: การสร้างการมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม โรคเบาหวาน ประชาชนกลุ่มเสี่ยง

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of participation and social support on changes in diabetes prevention behaviors among at-risk individuals in the responsibility area of Pheaphau Sub-district Health Promoting Hospital, Kham Nam Saap Sub-district, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. The study included an experimental group of 36 participants who received a developed participation and social support program, and a control group of 36 participants who received the standard program. Data were collected from both groups before and after the experiment during the same period, from February 1, 2024, to March 30, 2024. The data were analyzed using an Independent t-test to compare means between groups and a Paired t-test to compare means within groups, with a significance level set at 0.05.

The results indicated that, after the experiment, the mean scores for diabetes knowledge, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, participation, social support, and diabetes prevention behaviors in the experimental group significantly increased at the 0.05 level compared to both before the experiment and the control group.

Keywords: Participation creation, Social support, Diabetes, At-risk populations

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียเภ้า ตำบลคำน้ำแซบ อำเภอวารินชำราบจังหวัดอุบลราชธานี

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั่วโลก จากข้อมูลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขในปี 2565 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกจำนวน 537 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิตถึง 6.7 ล้านคน หรือประมาณ 1 รายในทุกๆ 5 วินาที การป้องกันที่สำคัญคือการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ในประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุข พบว่าอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 300,000 คนต่อปี และมีผู้ป่วยในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้ โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง โรคเบาหวานเกิดจากความผิดปกติในการผลิตหรือตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน ซึ่งส่งผลให้อวัยวะต่างๆ เสื่อมสมรรถภาพและทำงานล้มเหลว โดยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ตาสูญเสียการมองเห็น ไตวายเรื้อรัง หัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์อัมพาต ชาปลายมือปลายเท้า และแผลที่หายยาก การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานประกอบด้วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างดี การพบแพทย์สม่ำเสมอ การใช้ยาตามแพทย์สั่ง การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การตรวจเท้าด้วยตนเอง การพบแพทย์ทันทีเมื่อมีแผล การหลีกเลี่ยงการดื่มสุราและสูบบุหรี่ การเลือกรับประทานอาหารที่หลากหลาย เน้นผัก ผลไม้ และธัญพืช การลดอาหารหวาน มัน เค็ม และการออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง นอกจากนี้ ควรทำจิตใจให้แจ่มใส นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ 7-8 ชั่วโมงต่อวัน และผู้ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ควรตรวจสุขภาพประจำปี[1]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีแนวทางการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงที่หลากหลาย ตัวอย่างเช่น การศึกษาของรวีวรรณ ยิ้มเนียม[2] ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่มีต่อแรงจูงใจในการป้องกันและการควบคุมน้ำตาลในเลือดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเป็นโรคเบาหวานในอำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า หลังการทดลองและติดตามผล กลุ่มทดลองมีแรงจูงใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ วิไล แสนยาเจริญกุล[3] ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้น รวมถึงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของเกสราวรรณ ประดับพจน์[4] ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ "3 Self" ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และเส้นรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาเหล่านี้ แสดงให้เห็นว่า แนวทางการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงที่เน้นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมการบริโภคอาหารสามารถเพิ่มแรงจูงใจในการป้องกันโรคและปรับปรุงสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียเก้า ตำบลคำน้ำแซบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี รับผิดชอบจำนวน 4 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งหมด 3,924 คน แบ่งเป็นเพศชาย 1,979 คน คิดเป็นร้อยละ 50.4 และเพศหญิง 1,945 คน คิด

เป็นร้อยละ 49.6 สาเหตุการป่วย 5 อันดับแรกในปี 2566 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง 763 คน, โรคเบาหวาน 573 คน, และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ 233 คน จากการสำรวจสภาวะสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียเก้าในปี 2566 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวาน 573 คน คิดเป็นร้อยละ 14.6 ของประชากรทั้งหมด นอกจากนี้ จากการคัดกรองกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงและเบาหวานจำนวน 413 คน เพื่อลดความเสี่ยงที่กลุ่มเสี่ยงเบาหวานจะเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยเบาหวาน หรือยืดระยะเวลาการป่วยของกลุ่มเสี่ยงให้ยาวขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียเก้า ตำบลคำน้ำแซบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียเก้า ตำบลคำน้ำแซบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

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

ประชากรกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

ประชากร (populations) ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียเก้า ตำบลคำน้ำแซบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง (samples) คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ตามสูตรของ Lemeshow (1990) ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 36 คน ดังนี้

กลุ่มทดลอง คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียเก้า ตำบลคำน้ำแซบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ และได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จำนวน 36 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานตำบลคำขวาง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ และได้รับโปรแกรมปกติ จำนวน 36 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียเก้า ตำบลคำน้ำแซบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้:

1.1 กิจกรรมการเล่าประสบการณ์และเพิ่มสาระน่ารู้เรื่องโรคเบาหวาน: กิจกรรมนี้เน้นการแบ่งปันประสบการณ์ส่วนตัวและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพื่อช่วยให้ผู้เข้าร่วมเข้าใจและรับรู้ถึงความสำคัญของการจัดการโรคเบาหวาน

1.2 กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน: ผ่านกระบวนการสร้างบทบาทสมมติ ผู้เข้าร่วมจะได้เรียนรู้และทดลองวิธีการป้องกันและจัดการโรคเบาหวานในสถานการณ์ต่าง ๆ

1.3 กิจกรรมเสริมพลังให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน: กิจกรรมนี้มุ่งเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน

1.4 กิจกรรมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน: โดยการให้คุณค่าและกิจกรรมเยี่ยมเสริมพลัง กิจกรรมนี้ส่งเสริมให้สังคมมีการสนับสนุนที่เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน

โปรแกรมเหล่านี้ถูกออกแบบมาเพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในพื้นที่

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ คือแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 6 ส่วนหลัก ดังนี้

ส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ รวมทั้งหมด 6 ข้อ ข้อมูลส่วนนี้มีความสำคัญในการทำความเข้าใจพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและการวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ

ส่วนที่ 2 คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วยคำถามจำนวน 15 ข้อ เพื่อประเมินระดับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ตอบแบบสอบถาม ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันและจัดการโรคนี้อย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ 3 คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยคำถามด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวาน และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวาน โดยแต่ละด้านมีคำถาม 5 ข้อ รวมทั้งหมด 20 ข้อ การรับรู้เหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 4 คือ การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเบาหวาน ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ เพื่อประเมินระดับการมีส่วนร่วมและการตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันโรคเบาหวาน การมีส่วนร่วมจากชุมชนและบุคคลรอบข้างเป็นปัจจัยเสริมที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันโรค

ส่วนที่ 5 คือ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวาน ประกอบด้วยคำถามจำนวน 20 ข้อ เพื่อตรวจสอบระดับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนฝูง และสังคมในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการสร้างแรงจูงใจและเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ส่วนที่ 6 คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ประกอบด้วยคำถามจำนวน 20 ข้อ เพื่อประเมินพฤติกรรมต่าง ๆ ที่มีผลในการป้องกันโรคเบาหวาน เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพจิต และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง การประเมินพฤติกรรมนี้ช่วยให้เข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันโรคเบาหวานในชีวิตประจำวัน

ผลการทดสอบเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.782 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.824 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.837 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวาน

เท่ากับ 0.864 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.768 การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.788 และ แรงสนับสนุนทางสังคมในการ้องกันโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.846 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2567-035 ลงวันที่ 14 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.6 มีอายุเฉลี่ย 49.19 ปี (S.D. = 6.58 ปี) จบประถมศึกษา ร้อยละ 63.9 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.8 ประกอบอาชีพอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 66.6 มีมัธยฐานของรายได้ 9,000 บาท (P_{25} = 5,000 บาท : P_{75} = 15,000 บาท) ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.3 มีอายุเฉลี่ย 49.83 ปี (S.D. = 4.66 ปี) ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 50.0 มีสถานภาพแต่งงาน ร้อยละ 83.3 ประกอบอาชีพอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75.0 มีมัธยฐานของรายได้ 9,500 บาท (P_{25} = 5,500 บาท : P_{75} = 20,000 บาท) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.78 คะแนน (95% CI = 1.54-4.00) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean Diff	95%CI	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD				
ก่อนการทดลอง	8.80	2.63	8.25	2.70	0.55	-0.70-1.81	0.88	0.381
หลังการทดลอง	11.61	2.45	8.83	2.76	2.78	1.54-4.00	4.51	<0.001**

**p-value<0.01

4. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-valueซ0.002) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.28 คะแนน (95% CI = 0.80-3.74) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้โอกาสเสี่ยง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean Diff	**95%CI**	**t**	**p-value**
	Mean	**SD**	**Mean**	**SD**				
ก่อนการทดลอง	8.61	3.20	8.27	3.23	0.34	-1.18-1.84	0.43	0.662
หลังการทดลอง	11.22	2.82	8.94	3.40	2.28	0.80-3.74	3.08	0.002**

**p-value<0.01

5. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.075) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.50 คะแนน (95% CI = -0.15-3.15) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ความรุนแรง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean Diff	**95%CI**	**t**	**p-value**
	Mean	**SD**	**Mean**	**SD**				
ก่อนการทดลอง	8.58	3.69	8.88	3.72	-0.30	-2.04-1.43	-0.34	0.727
หลังการทดลอง	11.05	3.08	9.55	3.90	1.50	-0.15-3.15	1.80	0.075

**p-value<0.01

6. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลองก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวาน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.003) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวาน สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.00 คะแนน (95% CI = 0.68-3.31) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean Diff	**95%CI**	**t**	**p-value**
	Mean	**SD**	**Mean**	**SD**				
ก่อนการทดลอง	6.83	2.88	7.19	2.98	-0.36	-1.74-1.01	-0.52	0.603
หลังการทดลอง	9.69	2.49	7.69	3.08	2.00	0.68-3.31	3.02	0.003**

**p-value<0.01

7. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวาน แตกต่างกัน

อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.05 คะแนน (95% CI = 2.26-3.84) รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean Diff	**95%CI**	**t**	**p-value**
	Mean	**SD**	**Mean**	**SD**				
ก่อนการทดลอง	7.50	1.18	7.11	1.23	0.39	-0.18-0.95	1.36	0.177
หลังการทดลอง	11.05	1.68	8.00	1.65	3.05	2.26-3.84	7.74	<0.001**

**p-value<0.01

8. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 7.50 คะแนน (95% CI = 5.76-9.23) รายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean Diff	**95%CI**	**t**	**p-value**
	Mean	**SD**	**Mean**	**SD**				
ก่อนการทดลอง	17.72	3.73	17.36	3.67	0.36	-1.38-2.10	0.41	0.680
หลังการทดลอง	24.36	3.76	16.86	3.63	7.50	5.76-9.23	8.59	<0.001**

**p-value<0.01

9. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.14 คะแนน (95% CI = 1.29-4.98) รายละเอียดตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

แรงสนับสนุนทางสังคม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean Diff	**95%CI**	**t**	**p-value**
	Mean	**SD**	**Mean**	**SD**				
ก่อนการทดลอง	37.27	3.76	37.66	3.69	-0.39	-2.14-1.36	-0.44	0.659
หลังการทดลอง	41.36	4.14	38.22	3.71	3.14	1.29-4.98	3.38	0.001**

**p-value<0.01

10. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.018) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.44 คะแนน (95% CI = 0.43-4.45) รายละเอียดตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

แรงสนับสนุนทางสังคม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean Diff	**95%CI**	**t**	**p-value**
	Mean	**SD**	**Mean**	**SD**				
ก่อนการทดลอง	39.00	4.01	39.33	4.09	-0.33	-2.23-1.57	-0.34	0.728
หลังการทดลอง	42.30	4.29	39.86	4.26	2.44	0.43-4.45	2.42	0.018

**p-value<0.01

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียเก้า ตำบลคำน้ำแซบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การพัฒนาโปรแกรมนี้อาศัยบริบทของข้อมูลพื้นที่และมีผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมาให้ข้อคิดข้อเสนอแนะในการออกแบบ โดยศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและทฤษฎีการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคม โปรแกรมนี้ถูกออกแบบมาเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการป้องกันโรคเบาหวานผ่านกิจกรรมที่มีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเข้มแข็ง โปรแกรมได้รวมการแบ่งปันประสบการณ์ส่วนตัว การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและวิธีการจัดการโรค รวมถึงการสร้างบทบาทสมมติในสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้ฝึกฝนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ยังมีการเสริมสร้างพลังในการรับการสนับสนุนทางสังคม และการเยี่ยมเสริมสร้างพลังเพื่อส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของวีรวัฒน์ ทางธรรม และคณะ[5] พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างการป้องกันโรคที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจการป้องกันโรค มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ การศึกษาของโสภณ จันทะโคตร[6] พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทัศนคติในการป้องกันโรคเบาหวานแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจในการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การศึกษาของเยาวดี ศรีสถาน[7] พบว่า โปรแกรมควบคุมปัจจัยเสี่ยงทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมเสี่ยง

ลดลงและสามารถควบคุมโรคให้อยู่ในระดับปกติได้ และการศึกษาของอรอนงค์ สุทโธ[8] พบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานมีประสิทธิผล โดยกลุ่มทดลองมีความเชื่อในโอกาสเสี่ยง ความเชื่อในความรุนแรง ความเชื่อในผลดีและอุปสรรคของการป้องกัน การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค และค่าดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง การใช้กิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมสามารถเพิ่มความรู้และแรงจูงใจในการป้องกันโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมจากชุมชนและการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนฝูงจะช่วยสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเพิ่มความสำเร็จในการป้องกันโรค

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. โปรแกรมมีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียเก้า ตำบลคำน้ำแซบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ควรนำโปรแกรมดังกล่าวไปขยายผลให้ครอบคลุมอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีหรือ ประยุกต์ใช้กับปัญหาอื่น

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณานำโปรแกรมนี้เข้าเป็นส่วนหนึ่งของโครงการส่งเสริมสุขภาพและนโยบายสาธารณะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน

3. ควรรักษาการมีส่วนร่วมและกลไกการสนับสนุนผู้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่องแม้จะผ่านช่วงการแทรกแซงแรกไปแล้ว เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคงอยู่ยาวนาน รวมถึงการติดตามผลและจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้และพฤติกรรมเป็นระยะสามารถช่วยเสริมสร้างความรู้และพฤติกรรมที่ได้เรียนรู้มา

4. ควรปรับปรุงเนื้อหาของโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรมและสังคมของชุมชนต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความเกี่ยวข้องและผลกระทบ มีการประสานงานกับผู้นำชุมชนและผู้มีส่วนได้เสียในพื้นที่เพื่อสร้างการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมจากชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบโปรแกรมมีประสิทธิผลในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียเก้า ตำบลคำน้ำแซบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีกับโปรแกรมอื่นเพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรม

2. ควรพิจารณาใช้การออกแบบวิจัยที่หลากหลาย เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพหรือการวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งและครอบคลุม มีการศึกษาหารูปแบบที่เหมาะสมในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงแบบผสมผสาน และ และขยายพื้นที่ในการศึกษา

3. ควรทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อดูนวัตกรรมที่ผ่านมาว่ามีอะไรบ้าง มีแนวทางใดที่ใช้ได้ผลและไม่ได้ผล และหาแนวทางสร้างนวัตกรรม หรือ วิธีการใหม่ ๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

4. ควรศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมที่อาจมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์. (2566). เบาหวานรู้เท่าทันป้องกันได้. เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2566: https://www.siphhospital.com/th/news/article/share/diabetes-2

2. รวีวรรณ ยิ้มเนียม, วสุธร ตันวัฒนกุล และบุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2561). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่มีต่อแรงจูงใจในการป้องกันโรคและการควบคุมน้ำตาลในเลือดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเป็นโรคเบาหวานอำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารกรมการแพทย์ ปีที่ 43 ฉบับที่ 2 มีนาคม - เมษายน 2561.
3. วิไล แสนยาเจริญกุล. (2561). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
4. เกสราวรรณ ประดับพจน์. (2564) ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์.
5. วีรวัฒน์ ทางธรรม และคณะ. (2566). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการป้องกันโรคที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน : กรณีศึกษา. Journal of Roi Kaensarn Academi ปีที่ 8 ฉบับที่ 7 ประจำเดือนกรกฎาคม 2566.
6. โสภณ จันทะโคตร. (2566). ผลของการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแดง ตำบลดอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2566.
7. เยาวดี ศรีสถาน. (2565). ผลของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการจัดการฝ้าระวังตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 (มกราคม -เมษายน 2565).
8. อรอนงค์ สุทโธ. (2565). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในเขตพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนโพนงาม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2565.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน เขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝั่งแดง จังหวัดนครพนม

Effects of the Health Promotion Program for the Elderly Chronic illness in the Community of Service Area of Fang Daeng Health Promoting Hospital, Nakhon Phanom Province.

(Received: June 16,2024 ; Revised: June 19,2024 ; Accepted: June 22,2024)

กรรธิมา ฝาระมี[1],รินทร์หทัย ธนพรสิทธิกูล[2],ผกาพรรณ อังคนาวราพันธุ์[1],อุเทน สุทิน[3]
Kanthima Faramee[1], Rinhathai Tanapornsitthikun [2],Phakapan Unkanawarapan[1],Uten Sutin[3]

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบ 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 51 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF-THAI) และแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ สถิติที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังเบื้องต้นใช้การทดสอบค่าที Dependent t-testหรือ Fisher's exact test และสถิติที่ใช้เปรียบเทียบ2 กลุ่ม ค่าคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กรณีข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นด้วยการทดสอบค่าที Independent t test

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพชีวิต (t = 18.89, 95%CI = 1.30 ถึง 1.61) และความผาสุกทางจิตวิญญาณ (t = 19.79, 95%CI = 1.43 ถึง 1.76) หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P< .0001 และหลังการทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน คุณภาพชีวิต (t = 27.95, 95%CI = 1.35 ถึง 1.55) และความผาสุกทางจิตวิญญาณ (t = 23.60, 95%CI = 1.46 ถึง 1.72) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P< .0001

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, โรคเรื้อรัง

Abstract

The purpose of this research study is to develop and study the results of using a health promotion program for elderly people with chronic illnesses in the community. This research is quasi-experimental research. (Quasi-experimental research design) 2 groups, experimental group and control group, totaling 51 people per group. The tools used to collect data include personal information questionnaires. Brief World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF-THAI) and the Spiritual Well-Being Scale, statistics used in the study General personal information using descriptive statistics by distributing frequencies, percentages, finding averages and standard deviations. Preliminary analysis of pre- and post-score comparisons was done using the Dependent t-test or Fisher's exact test and statistics used to compare the 2 groups. Score values between the experimental group and the control group. In the case where the data is in accordance with the preliminary agreement using the independent t test.

The results showed that the experimental group had high mean scores for quality of life (t = 18.89, 95%CI = 1.30 to 1.61) and spiritual well-being (t = 19.79, 95%CI = 1.43 to 1.76) after the experiment. than before the trial with statistical significance at P<.0001 and after the trial of the health promotion program for chronically ill elderly in the community,

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม
[3] อาจารย์สถาบันพระบรมชนก วิทยาลัยการสาธารณสุขวิรินธร จังหวัดชลบุรี Address Correspondence to author

quality of life (t = 27.95, 95%CI = 1.35 to 1.55) and mental well-being Spirituality (t = 23.60, 95%CI = 1.46 to 1.72) between the experimental group and the control group was significantly different at P < .0001.

Keywords: Health promotion program, Elderly, Chronic illness

บทนำ

ในยุคสังคมปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางประชากรอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการเปลี่ยนเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงวัยซึ่งเป็นปัญหาทั่วโลก โดยพบว่าระหว่าง พ.ศ. 2550-2560 สัดส่วนของผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นร้อยละ 13 ของประชากรโลก[1] ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมเกิดขึ้นในช่วง 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมา มีการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี 2565 มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 19.21 ของประชากรทั้งหมด[2] มีอัตราส่วนการเป็นภาระวัยผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 29.67 จังหวัดนครพนมมีประชากรผู้สูงอายุ เพศชาย จำนวน 43,216 เพศหญิง จำนวน 54,573 ราย คิดเป็นผู้สูงอายุร้อยละ 18.53 ของประชากรทั้งหมดในจังหวัด คิดเป็นอัตราส่วนการเป็นภาระวัยผู้สูงอายุร้อยละ 24.57 และอำเภอธาตุพนมมีอัตราส่วนการเป็นภาระคิดเป็นร้อยละ 58.1[3] จะเห็นได้ว่าจังหวัดนครพนมเข้าสู่ภาวะสังคมสูงวัยสูงกว่าร้อยละ 10 (Aging Society) พ.ศ. 2560 สถานการณ์ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าเป็นโรคเบาหวาน 98 ล้านราย จากจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 425 ล้านรายทั่วโลก และคาดการณ์ว่าในปี 2588 จะมีจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 191 ล้านราย คิดเป็น ร้อยละ 94.8 ของผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก[4] ในขณะที่โรคความดันโลหิตสูงก็ถือเป็นภัยเงียบเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่แสดงอาการแต่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การทำให้ประสาทตาเสื่อม เกิดภาวะสมองตีบ เป็นต้น ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านราย คาดว่าในปี 2568 จะมีอัตราผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 1.56 พันล้านราย ปัญหาที่พบได้ในผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่สะสมต่อเนื่องจนทำให้เกิดโรคเรื้อรังไม่ว่าจะเป็น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้คุณภาพชีวิตด้อยลง[5]

ความต้องการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจึงมีการดำเนินนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพ ในปัจจุบันจึงมีการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ[6,7] ได้ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับค่อนข้างดี ได้แก่ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านจิตใจ สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมมีระดับคุณภาพชีวิตค่อนข้างดีเฉพาะด้านสิ่งแวดล้อมและด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านจิตใจอยู่ในระดับค่อนข้างไม่ดี ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การจัดการกับความเครียดโดยรวมดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อสนับสนุนการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ[7,8] ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคไขมันในเลือด โรคเบาหวาน และโรคเกาต์ คิดเป็นร้อยละ 53.2, 35.4, 22.4, 19.0, 18.1และ 5.6 ตามลำดับ[9] ปี 2566 จังหวัดนครพนมมีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 11.08, 7.39, 1.71 และ 0.93 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2564-2566 เขตอำเภอธาตุพนมมีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี ป่วยด้วยความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 35.38, 36.19 และ 36.79 ตามลำดับ ป่วยด้วยโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 22.08, 22.63 และ 23.73 ตามลำดับ ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 2.04, 2.07 และ 1.94 ตามลำดับ และป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 10.71, 15.94 และ 17.86 ตามลำดับ[10] แม้จะมีการส่งเสริมสุขภาพตามแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการขับเคลื่อนสุขภาพผู้สูงวัยด้วยพลังเครือข่ายชุมชน มีการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดีสำหรับผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามจากสถิติผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในช่วง 3 ปีย้อนหลังกลับมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น

จากจำนวนสถิติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุและการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคติดต่อเรื้อรังเพื่อสอดคล้องกับนโยบายของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในแผนส่งเสริมสุขภาพดีในผู้สูงอายุโดยมีองค์ประกอบการส่งเสริมสุขภาพและจัดการปัจจัยเสี่ยง 6 ด้าน คือ 1. โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ 2. การเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ 3. สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ 4. ผู้สูงอายุสมองดี 5. ความสุขของผู้สูงอายุ 6. สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ[11-12] โดยการประยุกต์นวัตกรรมในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริม การฟื้นฟูความจำ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การดูแลเรื่องโภชนาการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายผนวกกับการสร้างพลังใจฝึกฝนสมาธิ และกิจกรรมการสร้างเครือข่ายทางสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยว อันเป็นภาพรวมต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตตามกรอบของ WHO ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม[13]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝั่งแดง จังหวัดนครพนม

2. เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝั่งแดง จังหวัดนครพนม

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบ 2 กลุ่มวัดประกอบกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 51 คน ทดสอบก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน เขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝั่งแดง จังหวัดนครพนม โดยการใช้นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วย 6 กิจกรรม ระยะเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 7-9 การติดตามทุก 1 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 10-12 ติดตามและประเมินผล รวม 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในตำบลฝั่งแดง อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 1,205 รายราย มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือหัวใจและหลอดเลือด โดยการวินิจฉัยของแพทย์

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G Power version 3.1.9.4 กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5, α = 0.05, Power = 0.70 ได้กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 51 คน ใช้เทคนิคการจับคู่ (pair matching) เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน โรค เพศ อายุ ระดับการศึกษา โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี โดยมีค่า ADL ≥ 12 2) เป็นผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ 3) สามารถเข้าใจ อ่านเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาในการได้ยิน มองเห็น หรือการสื่อสาร

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria) 1) มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีค่า ADL < 12 2) เป็นผู้มีสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว

3. ไม่สามารถอ่าน เขียน มองเห็นหรือสื่อสารได้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF-THAI) จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ 1) ด้านสุขภาพร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และการแปลผลคะแนนระดับคุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 3 ระดับการแปลผลดังนี้ คะแนน 1.00 – 2.33 คะแนน หมายถึง ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อย คะแนน 2.34 – 3.67 คะแนน หมายถึง ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางคะแนน 3.68 - 5.00 คะแนน หมายถึง ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก ค่าคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าคะแนน 0.80 ขึ้นไป

3. แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ จำนวน 20 ข้อ คำตอบเป็นมาตรประเมินค่า Rating scale 6 ระดับ จำนวน 20 ข้อ การแปลผลคะแนนแบบอิงเกณฑ์ดังนี้ 1.00 - 2.33 หมายถึง มีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณน้อย 2.34 - 3.67 หมายถึง มีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณปานกลาง 3.68 – 5.00 หมายถึง มีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก ค่าคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าคะแนน 0.85 ขึ้นไป

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตโดยใช้นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model) ประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก 3 กิจกรรมการติดตามและประเมินผล โดยทำกิจกรรม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมเป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์โดยมีกิจกรรมดังนี้ **สัปดาห์ที่ 1** สร้างสัมพันธภาพและพัฒนาความจำ **สัปดาห์ที่ 2** การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค**สัปดาห์ที่ 3** การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค **สัปดาห์ที่ 4** การรับรู้ต่ออุปสรรค **สัปดาห์ที่ 5** สร้างเสริมพลังกายพลังใจ ด้วยกิจกรรม "สุขสบายด้วยโยคะ"**สัปดาห์ที่ 6** การสร้างพลังความเข้มแข็งทางจิตใจ **สัปดาห์ที่ 7-9** การติดตามทุก 1 สัปดาห์ **สัปดาห์ที่ 10-12** การติดตามและประเมินผล โดย**กลุ่มควบคุม** จะได้รับเอกสาร ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต แนะนำเรื่องการดูแลตนเองที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

1. เจ้าหน้าที่ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรม เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมิน

คุณภาพชีวิต และแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 1

2. จัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดในกลุ่มทดลอง จำนวน 12 สัปดาห์

3. เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปหลังการทดลองด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 12

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม หาค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด-ต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง ทดสอบการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการทดลองภายในกลุ่มเดียวกันจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตและแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ กรณีข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นใช้การทดสอบค่าที Dependent t-test หรือ Fisher's exact test กรณีข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นใช้สถิติ Wilcoxon test และสถิติที่ใช้เปรียบเทียบ2 กลุ่ม ค่าคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กรณีข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นด้วยการทดสอบค่าที Independent t test หรือกรณีข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นใช้สถิติ Mann-Whitney U test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการวิจัย 142/66 วันที่รับรอง 15 ธันวาคม 2566

ผลการศึกษา

1.ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 51 รายพบว่ากลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.31 อายุระหว่าง 60 – 84 ปี เฉลี่ย 66.78 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร/ชาวนา/ชาวสวน ร้อยละ 82.35 มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 1,000 – 5,000 บาท ร้อยละ 58.82 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 76.47 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 58.82 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-5 คน ร้อยละ 84.31 สภาวะทางสุขภาพพบว่าไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 94.12 ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 80.39 ปัจจุบันออกกำลังกาย ร้อยละ 88.23 มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและความดัน ร้อยละ 37.65 กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.31 อายุระหว่าง 60 – 84 ปี เฉลี่ย 66.78 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร/ชาวนา/ชาวสวน ร้อยละ 84.31 มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 1,000 – 5,000 บาท ร้อยละ 78.43 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.51 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 68.63 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-5 คน ร้อยละ 82.35 สภาวะทางสุขภาพพบว่าไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 94.12 ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 86.27 ปัจจุบันออกกำลังกาย ร้อยละ 90.20 มีโรคประจำตัว เป็นเบาหวาน ร้อยละ 68.00 และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.00 ตามลำดับ

2. เปรียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน เขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝั่งแดง จังหวัดนครพนม พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม กลุ่มทดลองก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.07, SD. = 0.24) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.53, SD. = 0.42) ข้อที่มีค่าคะแนนสูงสุดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมคือ ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน(Mean = 3.39, SD. = 0.79 และ Mean = 4.86, SD. = 0.34) ตามลำดับ

คะแนนเฉลี่ยกลุ่มควบคุมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม

อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.07, SD. = 0.29) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.08, SD. = 0.30) ข้อที่มีค่าคะแนนสูงสุดก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมคือท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด (Mean = 3.37, SD. = 1.08) ข้อที่มีค่าคะแนนสูงสุดหลังการเข้าร่วมโปรแกรมคือ ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวลบ่อยแค่ไหน (Mean = 3.39, SD. = 0.86)

3.คะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน เขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝั่งแดง จังหวัดนครพนม พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลองก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.04, SD. = 0.08) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.64, SD. = 0.12) ข้อที่มีค่าคะแนนสูงสุดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมคือ ท่านรู้สึกว่ายังมีความหวังในชีวิต (Mean = 3.16, SD. = 0.75 และ Mean = 4.80, SD. = 0.44) ตามลำดับ

ค่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มควบคุมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.04, SD. = 0.12) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.05, SD. = 0.20) ข้อที่มีค่าคะแนนสูงสุดก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมคือท่านเชื่อว่าการทำความดีจะทำให้ชีวิตพบกับความสุขได้ (Mean = 3.33, SD. = 0.78) ข้อที่มีค่าคะแนนสูงสุดหลังการเข้าร่วมโปรแกรมคือ ท่านรู้สึกว่าชีวิตเป็นประสบการณ์ที่ดีงามอย่างหนึ่ง (Mean = 3.61, SD. = 0.89)

4. **เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย**คุณภาพชีวิตและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน **ภายในกลุ่มทดลอง**พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต (t = 18.89, 95%CI = 1.30 ถึง 1.61) และความผาสุกทางจิตวิญญาณ (t = 19.79, 95%CI = 1.43 ถึง 1.76) ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อย่างไรก็ตามค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและความผาสุกทางจิตวิญญาณ**ภายในกลุ่มควบคุม** ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและความผาสุกทางจิตวิญญาณ**ภายใน**กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean diff.	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				Lower	Upper
กลุ่มทดลอง									
คุณภาพชีวิต	3.07	0.59	4.53	0.13	1.46	18.89	0.000	1.30	1.61
ความผาสุกทาง จิตวิญญาณ	3.04	0.59	4.64	0.13	1.60	19.79	0.000	1.43	1.76
กลุ่มควบคุม									
คุณภาพชีวิต	3.07	0.34	3.08	0.35	0.01	1.59	0.12	-0.003	0.03
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	3.04	0.56	3.05	0.46	0.006	0.17	0.87	-0.065	0.08

$P < 0.05$

5.**เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย**คุณภาพชีวิต และความผาสุกทางจิตวิญญาณ**ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม** ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน เขตพื้นที่

บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝั่งแดง จังหวัดนครพนม มีความแตกต่างอย่างไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ

หลังการทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน เขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝั่งแดง จังหวัดนครพนม พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต (t = 27.95, 95%CI = 1.35 ถึง 1.55) และความผาสุกทางจิตวิญญาณ (t = 23.60, 95%CI = 1.46 ถึง 1.72) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต และความผาสุกทางจิตวิญญาณ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean diff.	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				Lower	Upper
คุณภาพชีวิต									
ก่อนทดลอง	3.07	0.59	3.07	0.34	0.005	0.05	0.96	-0.18	0.19
หลังทดลอง	4.53	0.13	3.08	0.35	1.45	27.95	0.000	1.35	1.55
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ									
ก่อนทดลอง	3.04	0.59	3.04	0.56	0.001	0.009	0.99	-0.23	0.22
หลังทดลอง	4.64	0.13	3.05	0.46	1.59	23.60	0.000	1.46	1.72

$P < 0.05$

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาได้พัฒนานวัตกรรมด้านโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model) ประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก เริ่มจากในสัปดาห์แรกผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม ได้ทำกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาความจำด้วยบรรยากาศที่ผ่อนคลายเป็นกันเอง และสร้างความสนุกสนานด้วยการเล่นเกมส์สันทนาการ เป็นกระบวนการสร้างความคุ้นเคย ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมการพัฒนาความจำจากสมุดภาพฟื้นฟูความจำ โดยการใช้ภาพถ่าย โปสการ์ด ตั๋ว บัตรหรือสิ่งของที่เคยเก็บไว้ที่บ้านนำมาทำกิจกรรมบอกเล่าเรื่องราวให้เพื่อนสมาชิกได้รับฟัง[14,15] สัปดาห์ที่ 2 คือการฟังบรรยายด้านความรู้เกี่ยวกับโรคภัยที่ผู้สูงอายุได้เผชิญอยู่ เช่น เบาหวาน ความดัน ปอดอักเสบเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ผู้สูงอายุได้เกิดองค์ความรู้ใหม่จากการเติมความรู้โดยการรับฟังบรรยาย และการดูภาพวิดิทัศน์ สร้างความรู้ และเกิดการเรียนรู้การเกิดโรคภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการเกิดภาวะฉุกเฉินของแต่ละโรค[16-18] ในสัปดาห์ที่ 4 เริ่มเข้าสู่กระบวนการคิดวิเคราะห์ โดยผู้สูงอายุร่วมกันระดมความคิดโดยเขียนลงกระดาษว่าอุปสรรคของตนเองในการดูแลสุขภาพ มีอะไรบ้าง เช่นปัญหาอุปสรรคเรื่องการเดินทาง ค่าใช้จ่าย การหลงลืม ขาดที่พึ่งพา ต่างๆ เป็นต้น และเพื่อนร่วมทีมร่วมกันหาทางออกในการลดปัญหา และอุปสรรค์ของแต่ละบุคคล[19] ตามด้วยกิจกรรมพึ่งพาเพื่อนรักโดยอาศัยการมีอายุในช่วงวัยเดียวกัน การต้องเผชิญกับโรคภัยเหมือนกันเพื่อลดช่องว่างในการให้คำปรึกษาและรู้สึกอุ่นใจ สามารถระบายความทุกข์ใจได้โดยการสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ด้วยกิจกรรมพึ่งพาเพื่อนรักและสรรหาบุคคลต้นแบบเพื่อเป็น

แบบอย่างและให้คำปรึกษา[20] สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมเพื่อสร้างสมรรถนะทางกายและใจด้วยการออกกำลังกายด้วยวิธีโยคะอย่างง่ายที่ผู้สูงวัยสามารถทำได้ นอกจากจะเป็นการช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อทำให้รู้สึกสบายตัว กิจกรรมสุขสบายด้วยโยคะยังช่วยส่งเสริมการสร้างสมาธิ ความมุ่งมั่น เมื่อผู้สูงอายุเริ่มเข้าสู่กระบวนการสงบทางด้านจิตใจ[21] สัปดาห์ที่ 6 จึงปิดท้ายด้วยกิจกรรมการสร้างความเข็มแข็งทางด้านจิตใจด้วยกิจกรรม พบพระนั่งสมาธิการนำวิธีการฝึกลมหายใจการนั่งสมาธิและสอดแทรกธรรมมะเพื่อส่งเสริมพลังบวกทางความคิดพัฒนาจิตใจเข้าถึงความผาสุกทางจิตวิญญาณ จากกิจกรรมทั้งหมดทุกกระบวนการทำให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาทักษะในการออกแบบสิ่งของด้วยตนเอง เกิดความภาคภูมิใจรู้สึกมีคุณค่า[22] มีการใช้นวัตกรรมทั้งกล่องลืมกินยา สมุดเมนูอาหาร การส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยโยคะ ล้วนแต่เป็นกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตตามด้วยกิจกรรมการพัฒนาจิตใจด้วยการนั่งสมาธิรับฟังคำสอนทางศาสนาเป็นการกล่อมเกลาให้ผู้สูงอายุรู้สึกปล่อยวาง ความผาสุกทางจิตวิญญาณ[23] สัปดาห์ที่ 7-9 การติดตามทุก 1 สัปดาห์ เพื่อดูอุปสรรคต่างๆของกลุ่มทดลอง การบริโภคอาหาร การจัดการกับอารมณ์ และภาวะเครียด การจัดการตัวเองด้านออกกำลังกาย และติดตามพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ การดูแลภาวะสุขภาพร่างกายกับภาวะโรคเรื้อรัง รายบุคคล[24] สัปดาห์ที่ 12 มีการติดตามประเมินการมีคุณภาพชีวิต และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม พบว่ามี ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนทางสังคมการสร้างเครือข่ายความช่วยเหลือ เช่นเจ้าหน้าทีสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน[25] รวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันที่สามารถสนับสนุนในการช่วยเหลือในด้านอุปสรรค เช่น การรับประทานยา การจัดการทางอารมณ์ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่มาพร้อมกับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ[26] ร่วมกับลักษณะครอบครัว ชุมชน ระบบสุขภาพ[27]

ข้อเสนอแนะ

จากการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว มุ่งเน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลตนเอง ส่งเสริมพัฒนาความทรงจำ ทบทวนฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ และการสร้างความผาสุกด้านจิตวิญญาณ โดยอาศัยหลักพุทธศาสนาช่วยกล่อมเกลาแนวคิด ทำให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวบรรลุวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความผาสุกทางจิตวิญญาณผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนได้

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน เขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝั่งแดง จังหวัดนครพนม ผู้วิจัยได้รับความกรุณาและรับทุนภายใต้โครงการวิจัยการพัฒนาระบบสุขภาพประเทศไทยและนวัตกรรมผู้สูงอายุ งบประมาณแผ่นดิน กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ผ่านสำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำให้โครงการวิจัยสำเร็จลุล่วงโดยสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กนิษฐ์ โง้วศิริ, กันยา นภาพงษ์ และวิภากร สอนสนาม. (2563). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ, 21(3); 418-431.

2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). สถิติผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 11 สิงหาคม 2566; เข้าถึงจาก: https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1962.
3. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). คู่มือแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan). จัดทำโดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
5. กรฐณธัช ปัญญาใส, จุฑามาศ กิติศรี และพิชชานาถ เงินดี. (2560).ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 12(2),65-74.
6. กัลยาวีร์ อนนท์จารย์. (2559). ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2567; เข้าถึงจาก: https://myblogcomnurse.blogspot.com/2016/02/health-belive-model.html.
7. จิรภา วิลาวรรณ, จิรัชญา เหล่าคมพฤฒาจารย์, ธิติรัตน์ เหล่าคมพฤฒาจารย์, ยุวดี บุญเนาว์ และพัทรินทร์ บุญเสริม. (2565). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและ วัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบคุณภาพ, 15(1), 181-195.
8. ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ. (2558). การทบทวนกฎหมายและนโยบายด้านผู้สูงอายุสู่การจัดการสุขภาพ. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 1(2): 149-163.
9. ณัฐธิวรรณ พันธ์มุง, อลิสรา อยู่เลิศลบ และสราญรัตน์ ลัทธิ .(2562). ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลกปี 2562. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
10. นฤนาท ยืนยง และวลัยนารี พรมลา. (2561). โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอุชาวมอญ จังหวัดปทุมธานี.วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ, 4(พิเศษ): 390-400.
11. ปัญจพจน์ วิมลรัตนชัยศิริ. (2563). การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุตำบลสามชุก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี, 3(2): 52-75.
12. รพีพรรณ สารสมัคร. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 15(2): 92-107.
13. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. (2564). กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) โรคที่เกิดจากพฤติกรรม. สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2566; เข้าถึงจาก: https://www.bumrungrad.com/th/health-blog/may-2016/ncds- non-communicable-diseases-symptoms-prevention.
14. วิไลวรรณ ทองเจริญ.(2566). การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในวัยสูงอายุ. Available at: https://ns.mahidol.ac.th (Accessed:14 May 2023).
15. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2561). การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ. Available at: https://www.thaihealth.or.th. (Accessed:14 May 2566).
16. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2566). การเผชิญหน้าสังคมผู้สูงอายุโจทย์ท้าทายภาระ ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น. สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2566 เข้าถึงจาก https://resourcecenter.thaihealth.or.th/article/.
17. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งปี. (2565). จับตาสถานการณ์ประชากรสูงอายุทั่วโลกและไทย. สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2566; เข้าถึงจาก: https://infocenter.nationalhealth.or.th/node/27613.
18. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. (2566). HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. สืบค้นเมื่อ สิงหาคม 2566; เข้าถึงจาก: https://npm.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php.
19. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิรวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิต วงศ์สุวรรณ และราณีกุล พรหมานะจิรัง. (2545). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (Whoqol-Bref-Thai). กรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ. Available at: https://www.dmh.go.th/test/whoqol/.
20. ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2563). จับตาสถานการณ์ประชากร สูงอายุทั่วโลกและไทย. สืบค้นเมื่อ

10 กรกฎาคม 2566; เข้าถึงจาก: https://infocenter.nationalhealth.or.th/node/27613.

21. อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข, พิชสุดา เดชบุญ, กฤติเดช มิ่งไม้, ศศิวิมล โพธิ์ภักต์, สานุรักษ์ โพธิ์หา และสุชานรี พานิชเจริญ. (2560). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น. วารสารราชพฤษ์, 15(2)
22. อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ. (2554). การเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนการประยุกต์แนวคิด และทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ. หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
23. Bandura, Albert. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. Annu.Rev.Psychol.Becker, M.H. (1974). The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Health Education Monographs, 2, 324- 508.
24. Becker M.H., Maiman LA.(1975). Sociobehavioural determinants of compliance with health and medical care recommendations. Med Care, 13:10-23.
25. Hfocus. (2019). สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ ประเมินทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวาน 425 ล้านราย.สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2566; เข้าถึงจาก: https://www.hfocus.org/content/2019/11/18054.
26. House, Robert J. & Mitchell, Terence R. (1974). Path-Goal theory of leadership. Journal of Contemporary Business; 81-97.
27. O'Brien, M.E. (2011). The need for spiritual integrity. In Yura, H., & Walsh, M. eds. Human needs and the nursing process. (pp. 82-115). Norwalk, CT: Appleton- Century-Crofts.

การผลิตถ่านอัดแท่งจากตะกอนน้ำเสียจากกระบวนการผลิตเครื่องปรุงรสและถ่านกะลามะพร้าว

Charcoal Briquette Production from Wastewater Sludge from the Seasoning Production Process and Coconut Shell Charcoal

(Received: June 22,2024 ; Revised: June 25,2024 ; Accepted: June 26,2024)

ประยุกต์ เดชสุทธิกร[1], ธรรมวัฒน์ อุปวงษาพัฒน์[2], รจฤดี โชติกาวินทร์[3], ธีรยุทธ เสงี่ยมศักดิ์[4]
อารีรัตน์ แต้มรู้[5], จิดาภา รัตนประเสริฐ[5], ธัญญพร เต็นประโคน[5], ศิริวรรณ บรรเลงทรัพย์[5] และ สุกัญญา นาเมือง[5]
Prayook Detsuttikorn[1], Dhammawat Ouppawongsapat[2], Rotruedee Chotigawin[3]
Teerayut Sa-ngiamsak[4], Areerat Tamru[5], Jidapha Ruttanaprasert[5], Tunyaporn Tenprakone[5]
Siriwan Bunlengsup[5], and Sukanya namueang[5]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราส่วนที่เหมาะสมของการผลิตถ่านอัดแท่ง จากตะกอนน้ำเสียจากกระบวนการผลิตเครื่องปรุงรสและถ่านกะลามะพร้าวในการผลิตเป็นเชื้อเพลิง การวิจัยมีการแปรเปลี่ยนอัตราส่วนของตะกอนน้ำเสียต่อถ่านกะลามะพร้าวร้อยละ 0:100, 20 : 80, 40 : 60, 60 : 40 และ 80 : 20 ตามลำดับ ผลการศึกษาคุณภาพของถ่านอัดแท่ง พบว่า ทุกอัตราส่วนผ่านเกณฑ์มาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน (มผช.238/2547) ยกเว้นที่อัตราส่วน 60:40 และ 80:20 อัตราส่วนที่เหมาะสมในการผลิตถ่านอัดแท่ง คือ อัตราส่วน 20:80 โดยมีค่าผ่านมาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน และค่าความร้อน 6,711.6 ± 122.5 แคลอรี่ต่อกรัม คาร์บอนคงตัวร้อยละ 71.27 ± 2.31 และอัตราการเผาไหม้ 52.10 ± 1.11 นาที โดยมีค่ามากที่สุด เมื่อเทียบกับอัตราส่วนอื่นๆ จึงมีคุณสมบัติทางด้านเชื้อเพลิงที่ดี และมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้เป็นเชื้อเพลิงทดแทน

คำสำคัญ: ถ่านกะลามะพร้าว ถ่านอัดแท่ง ตะกอนน้ำเสีย

Abstract

The objective of this research was to study the optimum ratio of Charcoal Briquette production. The research has produced Charcoal briquettes from Wastewater Sludge from the Seasoning Production Process and Coconut Shell Charcoal. In the experiment, the variable the ratio of Wastewater Sludge to Coconut Shell Charcoal at 0:100, 20:80, 40:60, 60:40 and 80:20, respectively. The results of the study showed that every ratio passed the Thai community product standard (TCPS.238/2004), except at 60:40 and 80:20 ratios. The ratio of 20:80 is the optimum ratio of Charcoal Briquette production. When compared with other ratios, it was found that the 20:80 ratio passed community product standards and has the highest heating value is 6,711.6 ± 122.5 cal/g, fixed carbon is 71.27% ± 2.31, and combustion rate is 52.10 ± 1.11 min. This ratio has good fuel properties and suitable for use as an alternative fuel.

Keywords: Coconut Shell Charcoal, Charcoal Briquette, Wastewater Sludge

บทนำ

ความต้องการใช้พลังงานในปัจจุบันของคนไทยมีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งภาครัฐไม่สามารถผลิตให้เพียงพอต่อการใช้งาน การหาแหล่งพลังงานทดแทน

[1]อาจารย์, สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
[2]อาจารย์, ดร., สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
Corresponding author, E-mail: Dhammawat.buu@gmail.com
[3]ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ดร., สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
[4]ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ดร., สาขาวิชาสุขศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
[5]นักศึกษาระดับปริญญาตรี, สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

จึงเป็นสิ่งจำเป็น จึงมีนโยบายในการผลิตพลังงานทดแทนภายในประเทศเพิ่มมากขึ้น เพื่อบูรณาการพลังงานของชาติ[1] การจัดหาแหล่งพลังงานทดแทนให้เพียงพอ และมีประสิทธิภาพ โดยการนำวัสดุเหลือทิ้งจากการเกษตร อุตสาหกรรม และครัวเรือน มาแปรรูปเพื่อผลิตเชื้อเพลิงในรูปของถ่านอัดแท่ง เพื่อตอบสนองความต้องการพลังงานของประชาชน ทั้งในภาคธุรกิจ อุตสาหกรรม และชุมชน จึงเป็นการใช้ของเสียให้เกิดประโยชน์แทนการกำจัดโดยการทิ้งสู่สิ่งแวดล้อม

ในภาคการเกษตรพบว่ามีวัสดุเหลือทิ้งจากการผลิตจำนวนมาก เช่น ชานอ้อย กากปาล์ม กะลามะพร้าว โดยมีกะลามะพร้าวเหลือทิ้ง สูงถึง 21,968.22 ตันต่อปี[2] กระบวนการผลิตถ่านกะลามะพร้าวโดยการเผาที่อุณหภูมิมากกว่า 500 องศาเซลเซียส เกิดเป็นถ่านซึ่งมีองค์ประกอบของคาร์บอนร้อยละ 80 ไฮโดรคาร์บอนร้อยละ 10-20 และเถ้าร้อยละ 0.5-10[3] นอกจากนี้มีการแปรรูปให้เป็นประโยชน์ เช่น การผลิตเป็นเชื้อเพลิงชีวมวล พบว่ามีค่าคาร์บอนคงตัวและความร้อนสูง โดยมีค่าร้อยละ 25.5 และ 4,830 กิโลแคลอรี่ต่อกิโลกรัม ตามลำดับ แต่ปริมาณสารระเหย เถ้า และกำมะถันมีค่าต่ำ[4] กล่าวคือ เมื่อนำไปเผาไหม้จะให้ความร้อนสูงและขี้เถ้าน้อย และการนำมาใช้หุงต้ม จะติดไฟได้ดี ไม่มีเขม่า กลิ่นและควัน[5] การนำกะลามะพร้าวไปใช้ประโยชน์ใหม่ เป็นการเพิ่มมูลค่า อีกทั้งทดแทนการใช้ไม้หรือแก๊สหุงต้มซึ่งมีราคาแพง

ภาคอุตสาหกรรมที่ขยายตัวอย่างรวดเร็วจึงมีการเพิ่มการผลิตสินค้า ส่งผลให้มีตะกอนน้ำเสียในปริมาณมาก ปัจจุบันมีการนำตะกอนน้ำเสียไปใช้ประโยชน์ เช่น การนำตะกอนน้ำเสียจากโรงงานผลิตแป้งมันสำปะหลังไปเป็นส่วนผสมในการผลิตอิฐมอญ[6] ซึ่งพบว่ามีความแข็งแรงผ่านเกณฑ์มาตรฐาน มอก. 58-2533 กระบวนการผลิตเครื่องปรุงรสมีการใช้วัตถุดิบที่มีองค์ประกอบของสารอินทรีย์เป็นส่วนใหญ่ เช่น ถั่วเหลือง แป้งสาลี แป้งข้าวเจ้า เมื่อเกิดเป็นตะกอนน้ำเสียซึ่งมีส่วนประกอบของกากตะกอนของถั่วเหลือง และแป้ง ซึ่งเป็นสารอินทรีย์ หากปล่อยทิ้งสู่แหล่งน้ำโดยไม่ผ่านการบำบัดอาจทำให้เกิดปัญหามลพิษทางน้ำ[7] การนำตะกอนมาใช้เป็นเชื้อเพลิงทดแทนได้อย่างดี เนื่องจากมีองค์ประกอบส่วนใหญ่เป็นถั่วเหลืองและแป้งซึ่งเป็นสารอินทรีย์ที่เผาไหม้ได้ง่าย จึงมีการนำไปใช้ผลิตเป็นเชื้อเพลิงในหลากหลายรูปแบบ เช่น การผลิตเทียนไขจากถั่วเหลืองซึ่งเผาไหม้ได้นานและไม่มีสารพิษตกค้าง[8] ดังนั้นจึงมีการนำตะกอนน้ำเสียมาผสมกับกะลามะพร้าวเพื่อผลิตถ่านอัดแท่ง สามารถทดแทนการใช้กะลามะพร้าวในการผลิตถ่านเพียงอย่างเดียว โดยมีค่าความร้อนผ่านเกณฑ์มาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน (มผช.238/2547) โดยมีค่าไม่น้อยกว่า 5,000 แคลอรี่ต่อกรัม[9] นอกจากนี้ปริมาณตะกอนเหลือทิ้งที่มีจำนวนมาก เมื่อมีการนำกลับมาใช้ใหม่จึงเป็นการลดต้นทุนด้านพลังงาน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการผลิตถ่านอัดแท่งจากตะกอนน้ำเสียจากกระบวนการผลิตเครื่องปรุงรสโดยนำมาผสมกับถ่านกะลามะพร้าวเพื่อนำไปใช้เป็นพลังงานทดแทน เช่น ถ่านไม้ธรรมชาติ หรือแก๊สหุงต้ม และนำไปใช้เป็นแนวทางให้มีการผลิตถ่านอัดแท่งในครัวเรือน หรือผลิตเพื่อการจำหน่ายเสริมสร้างรายได้ในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราส่วนที่เหมาะสมของการผลิตถ่านอัดแท่ง ที่มีส่วนผสมตะกอนน้ำเสียจากกระบวนการผลิตเครื่องปรุงรสและถ่านกะลามะพร้าว
2. เพื่อศึกษาความหนาแน่นรวม ความชื้น ค่าความร้อน คาร์บอนคงตัว และอัตราการเผาไหม้ของถ่านอัดแท่ง

วิธีการศึกษา

1. การเตรียมวัตถุดิบ

1.1 กะลามะพร้าวได้จากร้านรับซื้อ - ส่งมะพร้าว และตะกอนน้ำเสียจากกระบวนการผลิตในบริษัทผลิตเครื่องปรุงรส (ซีอิ๊ว) ในเขตเทศบาลตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ตามลำดับ นำตัวอย่างไปตากแดดให้แห้ง ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 วัตถุดิบในการผลิตถ่านอัดแท่ง
(ก) กะลามะพร้าว (ข) ตะกอนน้ำเสีย

1.2 นำกะลามะพร้าวไปเผาให้กลายเป็นถ่านในเตาเผาแบบไพโรไลซิส (Pyrolysis) ดังแสดงในภาพที่ 2 นาน 10 ชั่วโมง จนกระทั่งเกิดเป็นถ่านไม้สีดำ และนำตะกอนน้ำเสียไปอบให้แห้งสนิท ในเตาอบลมร้อน (Hot Air Oven) ที่อุณหภูมิ 105 °C นาน 24 ชั่วโมง นำตัวอย่างไปเก็บในโถแก้วดูดความชื้น (Desiccators) จากนั้นนำตัวอย่างไปบดด้วยเครื่องบดและร่อนผ่านตะแกรงร่อน 18 mesh (ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางช่อง 1 มิลลิเมตร)[10]



ภาพที่ 2 เตาเผาแบบไพโรไลซิส (Pyrolysis)

1.3 ทำการกวนแป้งมันสำปะหลังกับน้ำกลั่น ที่อัตราส่วนแป้ง 0.2 กิโลกรัมต่อน้ำ 1 ลิตร จนกระทั่งหลังกลายเป็นแป้งเปียก จากนั้นนำไปผสมกับตะกอนน้ำเสียและถ่านกะลามะพร้าว ที่อัตราส่วนตะกอนน้ำเสียต่อถ่านกะลามะพร้าว เท่ากับ 0:100, 20:80, 40:60, 60:40 และ 80:20 โดยมีปริมาณตะกอนน้ำเสียต่อถ่านกะลามะพร้าวต่อแป้งเปียก เท่ากับ 0 กรัม: 60 กรัม: 12 กรัม, 12 กรัม: 48 กรัม: 12 กรัม, 24 กรัม: 36 กรัม: 12 กรัม, 36 กรัม: 24 กรัม: 12 กรัม, 48 กรัม: 12 กรัม: 12 กรัม ตามลำดับ[10] จากนั้นนำตัวอย่างในแต่ละอัตราส่วนไปอัดแท่งด้วยเครื่องอัดแท่งเชื้อเพลิง ด้วยเครื่องบดอัดดิน (Standard Compaction Hammer) และนำไปตากแดดให้แห้ง ดังแสดงในภาพที่ 3 (ก) และ (ข) ตามลำดับ และนำตัวอย่างไปทดสอบคุณสมบัติของถ่านอัดแท่ง ได้แก่ ความหนาแน่นรวม (Bulk Density), อัตราการเผาไหม้, ค่าความร้อน (Heating Value), ความชื้น (Moisture Content), ปริมาณสารระเหย (Volatile Matter), ปริมาณเถ้า (Ash) และคาร์บอนคงตัว (Fixed Carbon) การทดลองในทุกตัวแปรได้ทดสอบตัวอย่างละ 3 ครั้ง[10] จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



ภาพที่ 3 เครื่องมือและผลิตภัณฑ์ในการวิจัย

(ก) เครื่องอัดแท่งเชื้อเพลิง (ข) ผลิตภัณฑ์ถ่านอัดแท่ง

2. การทดสอบคุณสมบัติของถ่านอัดแท่ง

2.1 การทดสอบคุณสมบัติทางกายภาพ

2.1.1 ความหนาแน่นรวม (Bulk Density) โดยการชั่งน้ำหนักเพื่อหามวลของตัวอย่าง (M) และคำนวณหาปริมาตรของตัวอย่าง (V) จดบันทึก และนำไปคำนวณตามสมการที่ 1 วิธีการวิเคราะห์ตามมาตรฐาน ASTM D2974-14[11]

$$\rho = \frac{M}{V} \qquad (1)$$

เมื่อ ρ = ความหนาแน่นของถ่านอัดแท่ง (g/cm^3)
M = มวลของถ่านอัดแท่ง (g)
V = ปริมาตรของถ่านอัดแท่ง (cm^3)

2.1.2 อัตราการเผาไหม้ของถ่านอัดแท่ง โดยการชั่งน้ำหนักตัวอย่าง 500 กรัม จากนั้นนำไปเผาไหม้ในเตา แล้วสังเกตระยะเวลาการเผาไหม้ของตัวอย่าง โดยการบันทึกระยะเวลาในการเผาไหม้จนกลายเป็นเถ้า[12]

2.2 การทดสอบคุณสมบัติทางเคมี

2.2.1 ค่าความร้อน (Heating Value) โดยใช้เครื่องบอมบ์แคลอริมิเตอร์ วิธีการวิเคราะห์ตามมาตรฐาน ASTM D 5865[13] โดยค่าความร้อนต้องไม่น้อยกว่า 5,000 แคลอรี่ต่อกรัม ตามมาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุนชนถ่านอัดแท่ง (มผช.238/2547)[6]

2.2.2 ความชื้น (Moisture Content) โดยการนำถ้วยกระเบื้องไปอบให้แห้งสนิท ในเตาอบลมร้อน (Hot Air Oven) ที่อุณหภูมิ 105 °C นาน 24 ชั่วโมง แล้วนำไปทำให้เย็นในโถดูดความชื้น ชั่งน้ำหนัก บันทึกผล จากนั้นใส่ตัวอย่างลงในถ้วยกระเบื้อง แล้วชั่งน้ำหนัก (W1) บันทึกผล จากนั้นนำไปอบในเตาอบลมร้อน ที่อุณหภูมิ 105 °C นาน 24 ชั่วโมง นำไปทำให้เย็นในโถดูดความชื้น ชั่งน้ำหนัก (W2) บันทึกผล และคำนวณร้อยละความชื้น (M) ตามสมการที่ 2 วิธีการวิเคราะห์ตามมาตรฐาน ASTM D 3173[14] ทั้งนี้ความชื้น ต้องไม่เกินร้อยละ 8 โดยน้ำหนัก ตามมาตรฐาน (มผช.238/2547)[9]

$$M = \frac{(W1-W2)}{W1} \times 100 \qquad (2)$$

เมื่อ M = ร้อยละของปริมาณความชื้น
W1 = น้ำหนักถ้วยและตัวอย่างก่อนอบ (g)
W2 = น้ำหนักถ้วยและตัวอย่างหลังอบ (g)

2.2.3 ปริมาณสารระเหย (Volatile Matter) โดยการเผาถ้วยกระเบื้องที่อุณหภูมิ 750 °C เป็นเวลานาน 30 นาที จากนั้นทำให้เย็นในโถดูดความชื้น นาน 15 นาที ชั่งตัวอย่างหนัก 1 กรัม ใส่ในถ้วยกระเบื้อง นำไปชั่งน้ำหนัก (W1) และนำไปเผาที่อุณหภูมิ 750 °C นาน 1 ชั่วโมง ปล่อยไว้ในเตานาน 7 นาที ปล่อยให้เย็นในโถดูดความชื้น 30 นาที ชั่งน้ำหนัก (W2) และคำนวณปริมาณสารระเหย (V) ตามสมการที่ 3 วิธีการวิเคราะห์ตามมาตรฐาน ASTM D 3175[15]

$$V = \left(\frac{(W1-W2)}{W1} \times 100\right) - M \qquad (3)$$

เมื่อ V = ร้อยละปริมาณสารระเหย
W1 = น้ำหนักอบแห้งของตัวอย่างก่อนเผา (g)
W2 = น้ำหนักอบแห้งของตัวอย่างหลังเผา (g)
M = ร้อยละปริมาณความชื้น

2.2.4 ปริมาณเถ้า (Ash) โดยการอบถ้วยกระเบื้องที่อุณหภูมิ 105 °C นาน 30 นาที ปล่อยให้เย็นในโถดูดความชื้น นาน 15 นาที จากนั้นใส่ตัวอย่างหนัก 1 กรัม ใส่ในถ้วยกระเบื้อง และนำไปชั่งน้ำหนักบันทึกค่า (W1) นำไปเผาที่อุณหภูมิ 950 °C นาน 30 นาที ปล่อยให้เย็นในโถดูดความชื้นเป็นเวลา 20 นาที จนกระทั่งได้น้ำหนักของถ้วยกระเบื้องรวมกับน้ำหนักของเถ้าที่เหลือคงที่แล้ว (W2) คำนวณร้อยละปริมาณเถ้า (A) ตามสมการที่ 4 วิธีการวิเคราะห์ตามมาตรฐาน ASTM D 3174[16]

$$A = \frac{W2}{W1} \times 100 \qquad (4)$$

เมื่อ A = ร้อยละของปริมาณเถ้า
W1 = น้ำหนักตัวอย่างก่อนเผา (g)
W2 = น้ำหนักตัวอย่างหลังเผา (g)

2.2.5 คาร์บอนคงตัว (Fixed Carbon) โดยการหาร้อยละปริมาณความชื้น (M) ร้อยละปริมาณสารระเหย (V) และร้อยละปริมาณเถ้า (A) และนำไปคำนวณหาคาร์บอนคงตัว (C) ตามสมการที่ 5 ตามวิธีมาตรฐาน ASTM D3172[17]

$$C = 100 - M - V - A \quad (5)$$

เมื่อ C = ร้อยละคาร์บอนคงตัว
M = ร้อยละของปริมาณความชื้น
V = ร้อยละปริมาณสารระเหย
A = ร้อยละของปริมาณเถ้า

ผลการศึกษา

การผลิตถ่านอัดแท่ง ที่อัตราส่วนตะกอนน้ำเสียต่อถ่านกะลามะพร้าว 0 : 100, 20 : 80, 40 : 60, 60 : 40, 80 : 20 จากนั้นทำการทดสอบคุณภาพเปรียบเทียบกับมาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน (มผช. 238/2547)[9] ดังแสดงผลการศึกษาดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของถ่านอัดแท่ง

จากการผลิตถ่านอัดแท่งโดยนำตะกอนน้ำเสียและถ่านกะลามะพร้าว มาผสมกันโดยใช้แป้งเปียกเป็นตัวประสาน และผ่านการอัดตัวเป็นก้อนที่อัตราส่วนต่างๆ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของถ่านอัดแท่ง

อัตราส่วนตะกอนน้ำเสียต่อถ่านกะลามะพร้าว	ลักษณะทั่วไป	ภาพถ่านอัดแท่ง
0 : 100 (Control)	อัดแท่งได้ง่าย ประสานตัวเป็นเนื้อเดียวกันดี ไม่แตกง่าย สีดำสม่ำเสมอ	
20 : 80	อัดแท่งได้ง่าย ประสานตัวเป็นเนื้อเดียวกันดี ไม่แตกง่าย สีดำสม่ำเสมอ	
40 : 60	อัดแท่งได้ง่าย ลื่น ประสานเป็นเนื้อเดียวกันดี ไม่แตกง่าย สีดำสม่ำเสมอ	
60 : 40	อัดแท่งค่อนข้างยาก ประสานตัวกันค่อนข้างยาก แตกง่าย สีดำไม่ค่อยสม่ำเสมอ	
80 : 20	อัดแท่งยาก หนืด ประสานตัวกันค่อนข้างยาก แตกง่าย สีดำไม่ค่อยสม่ำเสมอ	

จากตารางที่ 1 พบว่า อัตราส่วนตะกอนน้ำเสียต่อถ่านกะลามะพร้าว 0:100 และ 20:80 และ 40:60 ถ่านอัดแท่งสามารถอัดแท่งขึ้นรูปได้ ประสานเป็นเนื้อเดียวกันได้ดี ไม่แตกง่าย และมีสีดำสม่ำเสมอทั่วทั้งก้อนถ่าน ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐาน

ผลิตภัณฑ์ชุมชน (มผช.238/2547)[9] ที่กล่าวว่า มีลักษณะทั่วไปของถ่านอัดแท่งต้องมีรูปทรงเดียวกัน ขนาดใกล้เคียงกัน มีสีดำสม่ำเสมอ ไม่เปราะแตกง่าย ยกเว้นที่อัตราส่วน 60:40 และ 80:20 ที่พบว่า ถ่านอัดแท่งแตกได้ง่าย และมีสีดำไม่สม่ำเสมอ

2. ผลการทดสอบคุณสมบัติถ่านอัดแท่ง

2.1 คุณสมบัติทางกายภาพ

ถ่านอัดแท่งที่อัตราส่วนตะกอนน้ำเสียต่อถ่านกะลามะพร้าว 0 : 100(Control), 20 : 80 40 : 60, 60 : 40, 80 : 20 เมื่อทดสอบคุณสมบัติทางกายภาพ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คุณสมบัติทางกายภาพของถ่านอัดแท่ง

อัตราส่วนตะกอนน้ำเสียต่อถ่านกะลามะพร้าว	ความหนาแน่นรวม (g/cm³)	อัตราการเผาไหม้ (นาที)
0 : 100	0.79 ± 0.02	68.29 ± 0.86
20 : 80	0.85 ± 0.02	52.10 ± 1.11
40 : 60	0.72 ± 0.02	57.15 ± 1.03
60 : 40	1.04 ± 0.02	45.30 ± 0.83
80 : 20	0.74 ± 0.01	49.33 ± 1.27

หมายเหตุ: ข้อมูลที่แสดงเป็นค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean±SD)

จากตารางที่ 2 พบว่า ทุกอัตราส่วนมีค่าความหนาแน่นที่มีค่าสูง โดยอัตราส่วน 60 : 40 มีค่ามากที่สุด คือ 1.04 ± 0.02 g/cm^3 และอัตราการเผาไหม้ พบว่า ที่อัตราส่วน 40 : 60 มีค่ามากที่สุดคือ 57.15 ± 1.03 นาที

2.2 คุณสมบัติทางเคมี

ถ่านอัดแท่งที่อัตราส่วนตะกอนน้ำเสียต่อถ่านกะลามะพร้าว 0 : 100(Control), 20 : 80, 40 : 60, 60 : 40, 80 : 20 เมื่อนำมาทดสอบคุณสมบัติทางเคมี ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คุณสมบัติทางเคมีของถ่านอัดแท่ง

อัตราส่วนตะกอนน้ำเสียต่อถ่านกะลามะพร้าว	ความชื้น (ร้อยละ)	ปริมาณสารระเหย (ร้อยละ)	ปริมาณเถ้า (ร้อยละ)	คาร์บอนคงตัว (ร้อยละ)	ค่าความร้อน (แคลอรี่ต่อกรัม)
0 : 100	4.38 ± 0.12	10.04 ± 3.27	3.57 ± 0.21	82.01 ± 1.03	7,133.0 ± 58.7
20 : 80	3.43 ± 0.25	19.43 ± 2.13	5.88 ± 0.16	71.27 ± 2.31	6,711.6 ± 122.5
40 : 60	4.69 ± 0.42	33.36 ± 3.18	5.60 ± 0.14	56.35 ± 4.64	6,200.4 ± 83.7
60 : 40	4.92 ± 0.27	49.44 ± 2.52	18.40 ± 0.38	27.24 ± 3.75	5,711.8 ± 62.8
80 : 20	6.28 ± 0.58	56.30 ± 1.24	24.32 ± 0.25	13.11 ± 0.91	5,511.5 ± 34.5

หมายเหตุ: ข้อมูลที่แสดงเป็นค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean±SD)

จากตารางที่ 3 อัตราส่วน 20 : 80 มีค่าพลังงานความร้อนและคาร์บอนคงตัวที่มากสุด และมีค่าใกล้เคียงกับตัวควบคุม (Control) คือ 6,711.6 ± 122.5 แคลอรี่ต่อกรัม และร้อยละ 71.27 ± 2.31 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

1. ลักษณะโดยทั่วไปของถ่านอัดแท่งตามมาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน (มผช.238/2547)

ถ่านอัดแท่งที่อัตราส่วนตะกอนน้ำเสียต่อถ่านกะลามะพร้าว 0 : 100 (Control), 20 : 80, และ 40 : 60 พบว่า ถ่านอัดแท่งมีรูปทรงเดียวกัน ขนาดใกล้เคียงกัน อัดแท่งง่าย ประสานตัวเป็นเนื้อเดียวกันได้ดี ไม่เปราะแตกง่าย และมีสีดำสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน (มผช. 238/2547)[9] ที่กล่าวว่า มีลักษณะทั่วไปของถ่านอัดแท่งต้องมีรูปทรงเดียวกัน ขนาดใกล้เคียงกัน มีสีดำสม่ำเสมอ ไม่เปราะแตกง่าย แต่อัตราส่วน 60 : 40 และ 80 : 20 พบว่า ถ่านอัดแท่งไม่ประสานตัวเป็นเนื้อเดียวกัน เปราะแตกง่าย เผาไหม้แล้วเกิดควันและมีกลิ่น แสดงถึงในอัตราส่วนที่มีการเพิ่มปริมาณตะกอนน้ำเสีย ส่งผลให้ถ่านรวมตัวกันเป็นก้อนได้ไม่ดี แตกง่าย เมื่อเผาไหม้จากการสังเกตด้วยสายตาของผู้วิจัยพบว่าเกิดควัน และมีกลิ่น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอังศุมน สังขพันธ์[18] ที่พบว่าเชื้อเพลิงอัดแท่งที่ผลิตจากระบบบำบัดน้ำเสียชุมชน หากมีการเพิ่มกากตะกอนน้ำเสียผสมกับผงถ่านในปริมาณที่มากขึ้น มีผลทำให้เชื้อเพลิงอัดแท่งแตกร่วนง่าย และมีสีดำที่จางลง

2. ความหนาแน่นรวม

ความหนาแน่นรวมของทุกอัตราส่วน พบว่ามีค่าอยู่ในเกณฑ์สูง โดยมีค่าอยู่ในช่วง 0.72 ± 0.02 ถึง 1.04 ± 0.02 g/cm³ จึงนับได้ว่าถ่านอัดแท่ง มีน้ำหนักของถ่าน หนัก สามารถเกิดการลุกไหม้ได้นาน และมีคุณภาพดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวีรชัย อาจหาญ[19] ที่ได้กล่าวว่า ถ่านที่มีคุณภาพดีจะมีน้ำหนักถ่าน หนัก และมีความหนาแน่นมาก โดยมีค่าความหนาแน่นมากกว่า 0.45 g/cm³ และสอดคล้องกับงานวิจัยของธารินี มหายศนันท์ และประเทือง อุษาบริสุทธิ์[20] ที่พบว่า เมื่อถ่านอัดแท่งมีความหนาแน่นที่เพิ่มขึ้น โดยมีค่าในช่วง 0.632 ถึง 0.819 g/cm³ มีผลให้ระยะเวลาการเผาไหม้มีค่าเพิ่มขึ้น โดยมีค่าในช่วง 83-164 นาที ตามลำดับ เมื่อพิจารณาแนวโน้ม พบว่า มีค่ามากขึ้นเมื่อเพิ่มปริมาณถ่านกะลามะพร้าวตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากถ่านกะลามะพร้าวมีขนาดอนุภาคที่เล็ก และภายในมีรูพรุนมาก จึงมีความสามารถในการจับตัวกับตะกอนน้ำเสียได้ดี จึงอัดแท่งได้ง่าย ประสานตัวดี ไม่แตกง่าย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของอังศุมน สังขพันธ์[18] ที่พบว่า การเพิ่มปริมาณผงถ่าน ส่งผลให้ความหนาแน่นมีค่ามากขึ้น และถ่านอัดแท่งมีความแข็งแรง ไม่แตกร่วนง่าย

3. อัตราการเผาไหม้

ถ่านอัดแท่งที่อัตราส่วนตะกอนน้ำเสียต่อถ่านกะลามะพร้าว 0 : 100 (Control), 20 : 80, และ 40 : 60 มีค่าอัตราการเผาไหม้ที่มากกว่าอัตราส่วน 60 : 40 และ 80 : 20 ทั้งนี้เนื่องจาก ถ่านกะลามะพร้าวที่มากขึ้น ส่งผลให้อัตราการเผาไหม้ในถ่านอัดแท่งมีค่ามากขึ้นตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของกรมโรงงานอุตสาหกรรม[21] ที่พบว่า ถ่านอัดแท่งที่มีปริมาณตะกอนเปียกที่น้อยลงหรือกะลามะพร้าวที่มากขึ้น ส่งผลให้ระยะเวลาในการมอดดับมีค่ามากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากอัตราการเผาไหม้มีค่าแปรผันโดยตรงกับคาร์บอนคงตัว โดยอัตราส่วนที่มีปริมาณถ่านกะลามะพร้าวมาก พบว่ามีค่าคาร์บอนคงตัวมาก ส่งผลให้อัตราการเผาไหม้มีค่ามากตามลำดับ[21]

4. คาร์บอนคงตัว ความชื้น ปริมาณสารระเหย และปริมาณเถ้า

ความชื้น ปริมาณสารระเหย และปริมาณเถ้า มีค่ามากขึ้นตามปริมาณตะกอนน้ำเสียที่มากขึ้น เมื่อพิจารณาปริมาณสารระเหย และปริมาณเถ้า

พบว่า ตะกอนน้ำเสียประกอบไปด้วยสารอินทรีย์ปริมาณมาก อันเกิดจากวัตถุดิบในกระบวนการผลิตเครื่องปรุงรส เมื่อนำถ่านอัดแท่งไปทดสอบโดยเผาไหม้จึงส่งผลให้สารระเหยและเถ้า เกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก สำหรับความชื้นที่มีค่ามากขึ้น เนื่องจากการเพิ่มปริมาณตะกอนน้ำเสียที่มากขึ้น

คาร์บอนคงตัว ได้จากการคำนวณมาจากค่าความชื้น ปริมาณสารระเหย และปริมาณเถ้า จากการวิจัย พบว่า ทุกอัตราส่วนมีค่ามากกว่าร้อยละ 15 แสดงถึงถ่านมีค่าคาร์บอนคงตัวที่เหมาะสมต่อการใช้งาน[18] ยกเว้นที่อัตราส่วน 80:20 ที่มีค่าน้อยกว่า โดยทั่วไปถ่านอัดแท่งที่มีคาร์บอนคงตัวมาก จะมีระยะเวลาการลุกไหม้ที่ยาวนาน เมื่อพิจารณาแนวโน้มคาร์บอนคงตัวพบว่า อัตราส่วนที่มีปริมาณถ่านกะลามะพร้าวมาก ส่งผลให้คาร์บอนคงตัวมีค่ามากตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของกรมโรงงานอุตสาหกรรม[21] ที่พบว่า ถ่านอัดแท่งที่มีกะลามะพร้าวมาก ทำให้คาร์บอนคงตัวมีค่ามาก ทั้งนี้เนื่องจากถ่านกะลามะพร้าวมีคาร์บอนคงตัวที่มีค่ามากกว่าตะกอนน้ำเสีย โดยมีค่า ร้อยละ 25.5[4] และร้อยละ 3.88[18] ตามลำดับ

5. ค่าความร้อน

ถ่านอัดแท่งทุกอัตราส่วนมีค่าความร้อนผ่านเกณฑ์มาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน (มผช.238/2547) โดยมีค่าไม่น้อยกว่า 5,000 แคลอรี่ต่อกรัม[9] ถ่านจึงมีคุณภาพดี หากนำไปเผาไหม้จะให้ความร้อนสูง เมื่อพิจารณาแนวโน้มค่าความร้อน พบว่า มีค่ามากขึ้น เมื่อเพิ่มปริมาณถ่านกะลามะพร้าว ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากถ่านกะลามะพร้าว มีค่าความร้อนที่มากกว่า ตะกอนน้ำเสีย[21] และสอดคล้องกับงานวิจัยของเอกลักษณ์ กิติภัทร์ถาวร และคณะ[22] ที่พบว่า ปริมาณถ่านกะลามะพร้าวในเชื้อเพลิงอัดแท่งที่มากขึ้น ทำให้ค่าความร้อนมีค่ามากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากถ่านกะลามะพร้าวมีธาตุคาร์บอน (C) เป็นองค์ประกอบในปริมาณที่มากกว่าตะกอนน้ำเสีย โดยมีค่าร้อยละ 87.32[4] และร้อยละ 18.67[18] ตามลำดับ หากถ่านอัดแท่งมีธาตุคาร์บอน (C) มาก จึงมีคุณภาพดีและให้ความร้อนสูง[23] นอกจากนี้อัตราส่วนที่มีตะกอนน้ำเสียมาก ทำให้ความชื้นที่มีค่ามากขึ้นตามลำดับ จึงส่งผลให้ค่าความร้อนมีค่าน้อยลง[18] แต่เนื่องจากในปัจจุบันมีกากตะกอนน้ำเสียเกิดขึ้นในปริมาณมากและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการกำจัด การนำกากตะกอนน้ำเสียไปใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตถ่านจึงเป็นแนวทางหนึ่งในการลดภาระค่าใช้จ่ายและลดปริมาณของเสียที่นำไปกำจัดที่สถานฝังกลบมูลฝอย

6. อัตราส่วนที่เหมาะสมของการผลิตถ่านอัดแท่งจากตะกอนน้ำเสียและถ่านกะลามะพร้าว

จากการวิจัย พบว่าการเพิ่มปริมาณถ่านกะลามะพร้าวที่มากขึ้น ส่งผลให้ถ่านอัดแท่งมีค่าความหนาแน่นรวม อัตราการเผาไหม้ คาร์บอนคงตัว และค่าความร้อน มีค่าเพิ่มขึ้นในทุกตัวแปร แสดงถึงถ่านกะลามะพร้าวมีองค์ประกอบที่ดีในการเพิ่มคุณสมบัติทั้งทางกายภาพและเคมีของถ่านอัดแท่ง กล่าวคือถ่านมีความแข็งแรง ให้ความร้อนสูง และเผาไหม้ได้ยาวนาน

นอกจากนี้ถ่านอัดแท่งที่อัตราส่วน 20:80 มีค่าผ่านมาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน (มผช.238/2547)[9] และมีค่าความร้อน คาร์บอนคงตัว และอัตราการเผาไหม้ที่มากที่สุด เมื่อเทียบกับอัตราส่วนอื่นๆ ที่มีการผสมตะกอนน้ำเสีย

แสดงถึงอัตราส่วนดังกล่าวเมื่อนำถ่านอัดแท่งไปใช้งาน จะให้ความร้อนที่มาก เผาไหม้ได้นาน จึงนับว่าอัตราส่วนดังกล่าวเป็นอัตราส่วนที่เหมาะสมในการผลิตถ่านอัดแท่งจากตะกอนน้ำเสียและถ่านกะลามะพร้าว

ข้อเสนอแนะ

ในการผลิตถ่านอัดแท่งให้มีคุณภาพที่ดี ควรตากถ่านในที่โล่งแจ้ง มีลมพัด แต่ไม่ควรมีแดดแรงมาก เพราะจะทำให้ผิวด้านนอกของถ่านอัดแท่งเกิดการแตกร้าว เนื่องจากอัตราการระเหยของน้ำบริเวณผิวด้านนอกเกิดได้อย่างรวดเร็ว ในขณะที่ด้านในของถ่านยังคงระเหยได้ช้ากว่า

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ บริษัท จิ้วฮวด จำกัด ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์กากตะกอนน้ำเสียมาใช้ในการวิจัย

ขอขอบพระคุณ ภาควิศวกรรมโยธา คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์อุปกรณ์ในการอัดแท่งเชื้อเพลิง

ขอขอบพระคุณ สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่ให้ความช่วยเหลือ และข้อเสนอแนะในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน. แผนพัฒนาพลังงานทดแทนและพลังงานทางเลือก พ.ศ. 2558 – 2579. [อินเตอร์เน็ต]. 2558. [สืบค้นเมื่อ 3 กค.66]. เข้าถึงจาก: https://www.eppo.go.th/images/POLICY/PDF/AEDP2015.pdf
2. กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน. ข้อมูลทั่วไป [อินเตอร์เน็ต]. 2566. [สืบค้นเมื่อ 4 กค.66]. เข้าถึงจาก: https://biomass.dede.go.th/biomass_web/index.html
3. ดวงกมล ดังโพนทอง และวสันต์ ปินะเต. การส่งเสริมการผลิตถ่านอัดแท่งจากเศษวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตรเพื่อใช้ประโยชน์ในครัวเรือนระดับชุมชนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง [รายงานการวิจัย]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2557.
4. วรัญญา เทพสาสน์กุล วรัญญา ธรรมชาติ และอัครินทร์ อินทนิเวศน์. การศึกษาการผลิตเชื้อเพลิงอัดแท่งที่ผ่านกระบวนการคาร์บอไนเซชันจากวัสดุเหลือทิ้งทางการเกษตรประเภทกะลามะพร้าว. การประชุมวิชาการเครือข่ายพลังงานแห่งประเทศไทยครั้งที่ 12 จังหวัดพิษณุโลก 2559: 610-618.
5. สังเวย เสวกวิหารี และอุดมเดชา พลเยี่ยม. การผลิตเชื้อเพลิงอัดแท่งจากเปลือกมะพร้าวอ่อน [รายงานการวิจัย]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร; 2563.
6. ปิยะวดี ศรีวิชัย และเสกสรรค์ ทองติ๊บ. การใช้ประโยชน์กากตะกอนน้ำเสียจากโรงงานผลิตแป้งมันสำปะหลังเป็นวัสดุผสมในอิฐมอญ. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) กรุงเทพฯ 2564; 13 (25): 86-96.
7. กรมควบคุมมลพิษ. คู่มือการจัดการน้ำเสียจากสถานประกอบการขนาดเล็กที่ผลิตสินค้าหรือให้บริการบางประเภทสำหรับเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น [อินเตอร์เน็ต]. 2565. [สืบค้นเมื่อ 24 มิ.ย.67]. เข้าถึงจาก: https://www.pcd.go.th/wp-content/uploads/2022/04/pcdnew-2022-04-20_07-54-46_706503.pdf
8. Mescente. ความแตกต่างระหว่างเทียนไขถั่วเหลืองและเทียนไขพาราฟิน [อินเตอร์เน็ต]. 2567. [สืบค้นเมื่อ 24 มิ.ย.67]. เข้าถึงจาก: https://th.m-scent.com/news/the-difference-between-soy-wax-candles-and-paraffin-wax-candles.html
9. สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม. มาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชนของถ่านอัดแท่ง มผช. 238-2547. กรุงเทพฯ. 2547.
10. อารีรัตน์ แต้มรู้ จิดาภา รัตนประเสริฐ ธัญญพร เต็นประโคน ศิริวรรณ บรรเลงทรัพย์ และสุกัญญา นาเมือง. การผลิตถ่านอัดแท่งจากตะกอนน้ำเสียและถ่านกะลามะพร้าว [รายงาน]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2565.
11. American Society for Testing and Materials (ASTM). Standard Test Methods for Moisture, Ash, and Organic Matter of Peat and Other Organic Soils: ASTM D2974-14. Pennsylvania: ASTM International; 2020.
12. รอกีเยาะ สา และฮาลีเมาะ ฮูลู. การศึกษาถ่านอัดแท่งจากวัสดุเหลือใช้ในท้องถิ่น [รายงานการวิจัย]. ยะลา: มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา; 2554.
13. American Society for Testing and Materials (ASTM). Standard Test Method for Gross Calorific Value of Coal and Coke: ASTM D5865. Pennsylvania: ASTM International; 2019.
14. American Society for Testing and Materials (ASTM). Standard Test Method for Moisture in The Analysis Sample of Coal and Coke: ASTM D3173-11. Pennsylvania: ASTM International; 2017.

15. American Society for Testing and Materials (ASTM). Standard Test Method for Volatile Matter in the Analysis Sample of Coal and Coke: ASTM D3175-20. Pennsylvania: ASTM International; 2020.
16. American Society for Testing and Materials (ASTM). Standard Test Method for Ash in the Analysis Sample of Coal and Coke from Coal: ASTM D3174-12. Pennsylvania: ASTM International; 2018.
17. American Society for Testing and Materials (ASTM). Standard Practice for Proximate Analysis of Coal and Coke: ASTM D3172-13. Pennsylvania: ASTM International; 2021.
18. อังศุมน สังขพันธ์. เชื้อเพลิงอัดแท่งร่วมจากระบบบ้าบัดน้ำเสียชุมชน กรณีศึกษาโรงบำบัดน้ำเสียชุมชนแห่งหนึ่งในเมืองพัทยา [วิทยานิพนธ์วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
19. วีรชัย อาจหาญ. การพัฒนาเครื่องอัดแท่งชีวมวลสำหรับใช้ผลิตถ่านชีวภาพ [รายงานการวิจัย]. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2547.
20. ธารินี มหายศนันท์ และประเทือง อุษาบริสุทธิ์. การออกแบบและสร้างเครื่องผลิตถ่านอัดแท่งสำหรับการผลิตในระดับครัวเรือน [วิทยานิพนธ์วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2548.
21. กรมโรงงานอุตสาหกรรม. คู่มือแนวทางและเกณฑ์คุณสมบัติของเสียเพื่อการแปรรูปเป็นแท่งเชื้อเพลิงและบล็อกประสาน [อินเตอร์เน็ต]. 2555. [สืบค้นเมื่อ 8 กค.66]. เข้าถึงจาก: http://webintra.diw. go.th/iwmb/form/iwd040_ผนวก%20ง_คู่มือนำร่อง.pdf
22. เอกลักษณ์ กิติภัทร์ถาวร ประเสริฐ เรียบร้อยเจริญ และวลัยรัตน์ อุตตมะปรากรม. เชื้อเพลิงอัดแท่งจากการผลิตร่วมของตะกอนเปียกอุตสาหกรรมผลิตเอทานอล. วารสารวิจัยพลังงาน กรุงเทพฯ 2556; 10 (3): 43-56.
23. ทิพย์วรรณ ช่วยทอง ธเนศ ไชยชนะ และศุภลักษณ์ อำลอย. สมบัติของถ่านจากเปลือกหมาก. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ จังหวัดพัทลุง 2557; 17 (3): 68-75.

รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

Model for improving the efficiency of debt repayment services in the Northeastern Health Savings Cooperative.

(Received: June 21,2024 ; Revised: June 23,2024 ; Accepted: June 24,2024)

จรรยาพร ผลยังส่ง[1] แดนวิชัย สายรักษา[2] สัญญา เคณาภูมิ[3]
Chanyapron Phonyangsong [1] Danwichai Sairaksa[2] Sanya Kenaphoom[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2) เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3) เพื่อทดลองและประเมินผลการใช้รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การวิจัยเชิงสำรวจ การวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงทดลอง วิธีการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ

ผลการวิจัย พบว่า 1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันเฉียงเหนือ พบว่า ผลจากตัวแปรที่พยากรณ์ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ (Y) ทั้ง 5 ปัจจัย ได้แก่ ด้านภาวะผู้นำ บุคลากร การทำงานเป็นทีม การรับรู้บทบาท การสร้างแรงจูงใจ มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ โดยสามารถอธิบายการผันแปรในตัวแปรตามได้ร้อยละ 93 (R^2= .93) 2) ผลการสร้างรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันเฉียงเหนือ โดยการนำผลการวิจัยในระยะที่ 1 มายกร่างรูปแบบเบื้องต้น และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ในการวิจัยระยะที่ 2 ได้หลักสูตรการฝึกอบรม เป็นลักษณะกิจกรรมในการพัฒนาเป็นไปตามสมมติฐาน ได้รูปแบบจากปัจจัยเชิงสาเหตุมาพัฒนาทั้ง 5 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ บุคลากร การทำงานเป็นทีม การรับรู้บทบาท การสร้างแรงจูงใจ ได้หลักสูตรการอบรม จำนวน 10 หลักสูตร และได้กิจกรรมการพัฒนาโดยการทดลอง จำนวน 10 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพภาวะผู้นำ 2) การพัฒนาภาวะผู้นำของสมาชิก 3) การแก้ไขปัญหาหนี้ 4) พฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ 5) ทีมบิวดิ้ง 6) ทีมเวิร์คทูซับบ์เซ็ตส์ 7) การสร้างแรงจูงใจในความต้องการ 8) มายเซ็ตส์ ทูซับบ์เซ็ตส์ 9) การสร้างกระบวนการรับรู้บทบาท และ 10) การพัฒนาพฤติกรรมการรับรู้บทบาท นำผลที่ได้มาปรับปรุงรูปแบบให้สมบูรณ์ แล้วนำไปทดลองใช้ในระยะที่ 3 3) ผลหลังการทดลองใช้และการประเมินรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันเฉียงเหนือดีขึ้น การวิจัยระยะที่ 3 ผลจากการใช้รูปแบบ โดยประเมินจากปัจจัยด้านภาวะผู้นำ บุคลากร การทำงานเป็นทีม การรับรู้บทบาท แรงจูงใจ และด้านการมีส่วนร่วม ด้านการเป็นสมาชิกที่ดี และด้านความพึงพอใจ ในกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของประสิทธิภาพการให้บริการ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยของประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในกลุ่มทดลองหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง จึงสรุปได้ว่าหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทำให้ประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

คำสำคัญ : การพัฒนาประสิทธิภาพ, การให้บริการชำระหนี้, สหกรณ์ออมทรัพย์

ABSTRACT

The objectives of this research were to 1) To study factors affecting the efficiency of debt repayment services of the Northeastern Health Savings Cooperative. 2) To create a model for developing the efficiency of

[1] ปร.ด. ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิภาค มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

debt repayment services in the Northeastern Health Savings Cooperative. 3) To test and evaluate the use of a model for improving the efficiency of debt repayment services in the Northeastern Health Savings Cooperative. It is a mixed methods research consisting of survey research. Quantitative research and experimental research The research method is divided into 3 phases.

Results of the research were as follows : 1) Results of data analysis of causal factors affecting the efficiency of debt repayment services for members of the Northeastern Health Savings Cooperative. It was found that the results of the variables that predicted the factors affecting the development of efficiency in debt repayment services (Y) included all 5 factors, Namely Leadership, Personnel, Teamwork. Role Perception Motivation Influences the efficiency of debt repayment services. It was able to explain 93 percent (R^2 = .93) of the variation in the dependent variable. 2) The results of creating a model for developing the efficiency of debt repayment services for members of the Northeastern Health Savings Cooperative. By using the results of research in Phase 1 to draft a preliminary model. and organize workshops In the second phase of the research, a training course was given. It is characterized by development activities based on assumptions. The model was derived from causal factors to develop all 5 factors, Including factors in Leadership, Personnel, Teamwork. Role Perception Motivation Received 10 training courses. There were 10 training courses and 10 experimental development activities, consisting of : 1) Leadership potential development. 2) Member leadership development. 3) Solving debt problems. 4) Excellent Service Behavior. 5) Team Building. 6) Teamwork to Subsets. 7) Motivating the needs. 8) My Sets Two Chubb Sets. 9) Creating a role recognition process. And 10) Development of role - perception behavior. Use the results to improve the model to perfection. Then put it to trial in phase 3. 3) Results after the trial and evaluation of the model for improving the efficiency of debt repayment services for members of the Northeastern Health Savings Cooperative. Phase 3 research results from using the model Evaluated by factors in Leadership, Personnel, Teamwork. Perception of role, Motivation, and Participation, Aspects of being a good member and regarding satisfaction in the experimental group, it was found that the average of service efficiency Before and after using the development model Not significantly different at the .05 level. The average performance of the work in the experimental group after the experiment was better than before the experiment. Therefore, it can be concluded that after using the development model created by the researcher, the efficiency of debt repayment services for members of the Public Health Savings Cooperative was better than before the experiment. which is in line with the assumptions set.

Keywords : Efficiency development, Debt payment service, savings cooperative.

บทนำ

สภาวการณ์ปัจจุบันสังคมโลกนานับประเทศกำลังเผชิญปัญหาทางเศรษฐกิจตกต่ำ ไม่ว่าจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วหรือกำลังพัฒนาก็ตาม ซึ่งหมายร่วมถึงประเทศที่มีระบบเศรษฐกิจ การปกครองสังคมและวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างหลากหลายประเทศต่าง ๆ จึงได้นำแนวความคิดที่เป็นที่ยอมรับและมีการนำมาปรับใช้ในการแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคมในทั่วภูมิภาค คือ องค์การสหกรณ์ ปัจจุบันองค์การสหกรณ์ได้กลายเป็นองค์การสากลกระจายอยู่ทั่วทุกหนทุกแห่งของโลก สหกรณ์เป็นองค์กรธุรกิจที่แตกต่างไปจากองค์กรภาคธุรกิจเอกชนและรัฐวิสาหกิจ โดยมีกรอบแนวคิดในการบริหารจัดการที่ต้องยึดมั่นหลักการและวิธีการสหกรณ์ เพื่อความมีคุณภาพการให้บริการต่อเป็นที่พึ่งพาของสมาชิก โดยมีเครือข่ายความร่วมมือกันตั้งแต่ระดับรากหญ้าไปจนถึงระดับโลกในรูปของขบวนการสหกรณ์ ซึ่งเกิดขึ้นจากแนวความคิดของนักอุตสาหกรรมชาวอังกฤษ ชื่อ โรเบิร์ต โอเวน (Robert Oven) ถือได้ว่าเป็นนักสหกรณ์ทั่วโลก เป็นจุดกำเนิดของขบวนการสหกรณ์เกิดขึ้นในปลายศตวรรษที่ 18 ได้มีการริเริ่มนำวิธีการสหกรณ์มาใช้ในการแก้ปัญหาความเดือดร้อนทางเศรษฐกิจ ของกลุ่มคนที่มีสภาพปัญหาและมีความต้องการอย่างเดียวกันนำมาซึ่งการสมัคร

เป็นสมาชิก อันเป็นผลสำเร็จในการแก้ปัญหา ในส่วนของประเทศไทยระบบสหกรณ์ได้กำเนิดขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2457 ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว แต่ก็ยังไม่เกิดผลเท่าที่ควร จนเมื่อปี พ.ศ. 2458 โดยพระราชวรวงศ์เธอกรมหมื่นพิทยาลงกรณ์ ในฐานะทรงเป็นอธิบดีกรมพาณิชย์และสถิติพยากรณ์ และนายทะเบียนสหกรณ์พระองค์แรก จึงได้ดำเนินการที่จริงจัง ซึ่งนับได้ว่าพระองค์ทรงเป็นพระบิดาแห่งสหกรณ์ไทย ในสมัยแรกเริ่มสหกรณ์มีจุดมุ่งหมายให้การช่วยเหลือสมาชิกคนจนที่ประกอบอาชีพกสิกรรมรายย่อย เนื่องจากประเทศไทยเป็นประเทศกสิกรรม การซื้อขายพืชผลทางการเกษตรมักถูกพ่อค้าคนกลางเอารัดเอาเปรียบอยู่เสมอ การขาดแคลนทุนทรัพย์ในการประกอบอาชีพจำเป็นต้องกู้ยืมเงินจากพ่อค้า คหบดีทำให้รัฐบาลต้องยื่นมือเข้ามาช่วยแก้ปัญหาอย่างจริงจังด้วยวิธีการสหกรณ์[1]

สหกรณ์แห่งแรกในประเทศไทยถือกำเนิดขึ้นที่จังหวัดพิษณุโลก เมื่อปี พ.ศ.2459 ชื่อ “สหกรณ์วัดจันทร์ไม่จำกัดสินใช้” ต่อมาในปัจจุบันรัฐบาลได้จัดสหกรณ์ออมทรัพย์เป็นสถาบันการเงินประเภทหนึ่ง ตามประกาศกระทรวงการคลัง ฉบับที่ 4 ลงวันที่ 21 พฤศจิกายน 2526 แต่การดำเนินงานของสหกรณ์ออมทรัพย์มิได้มีเป้าหมายเพื่อหวังผลกำไรสูงสุดเช่นสถาบันการเงินอื่น ทั้งนี้สหกรณ์ออมทรัพย์เป็นองค์การที่จัดตั้งขึ้นจากการรวมกันของสมาชิกด้วยความสมัครใจ มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้สมาชิกออมเงินและกู้ยืมเงินได้ เมื่อมีความจำเป็นเพื่อยกระดับมาตรฐานการครองชีพหรือคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น โดยมีการดำเนินงานเกี่ยวกับธุรกิจ การรับฝากเงินของสมาชิก การให้กู้ การให้บริการ เพื่อการแก้ไขปัญหาของสมาชิก ซึ่งปัจจุบันมีความจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิก ผู้ที่มีอาชีพข้าราชการหรือลูกจ้างประจำในสถานประกอบการที่มีรายได้เป็นเงินเดือนประจำ ที่ประสบปัญหาค่าครองชีพสูง รายได้อาจไม่เพียงพอกับรายจ่ายในรอบเดือนหรือรอบปี หากมีความเดือดร้อนจำเป็นต้องกู้ยืมเงินจะกู้จากสถาบันการเงินอื่นอาจจะไม่ได้รับการพิจารณาอนุมัติ หากกู้จากนายทุนจะต้องจ่ายดอกเบี้ยที่สูงกว่าปกติยิ่งจะส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นจากดอกเบี้ยเงินต้น หรือปัญหาเบี้ยปรับจากการชำระตามงวดส่งล้าช้า สหกรณ์ออมทรัพย์จึงเป็นแหล่งเงินกู้ของมวลสมาชิกสหกรณ์เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนดังกล่าว ตลอดจนถึงการจัดสวัสดิการในรูปแบบการช่วยเหลือสมาชิกหรือเป็นการปันผลอีกรูปแบบหนึ่ง หรือเป็นหลักประกันความมั่นคงให้กับสมาชิก เช่น การให้ทุนศึกษาแก่บุตรของสมาชิก การช่วยเหลือในกรณีประสบภัย การจัดสงเคราะห์สมาชิกในยามเจ็บไข้ การออกจากงาน การเกษียณอายุราชการ และการสงเคราะห์ในรูปแบบฌาปนกิจสงเคราะห์ของสมาชิก เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติราชการหรือการปฏิบัติงานของสมาชิก ครอบครัว สังคมและประเทศ โดยที่สหกรณ์ออมทรัพย์อยู่ท่ามกลางกระแสธารเศรษฐกิจ การเงิน สังคม การเมือง สิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยี ซึ่งมีความผันผวน เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ถ้าหากสหกรณ์ออมทรัพย์ใดไม่มีการปรับบทบาทท่าทีในการทำงานก็อาจจะได้รับผลกระทบจากแรงเหวี่ยงของภาวะเศรษฐกิจ การเงิน สังคม การเมือง สิ่งแวดล้อม ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสหกรณ์หรือสมาชิก ถ้าหาสหกรณ์ใดสหกรณ์หนึ่งไม่ปรับปรุงหรือหาแนวทางในการพัฒนาอยู่ตลอดเวลาแล้ว สหกรณ์นั้น ย่อมไม่สามารถบริหารจัดการดำเนินการในรูปแบบสหกรณ์ต่อไปได้[2]

สหกรณ์ออมทรัพย์ ถือเป็นอีกสถาบันการเงินหนึ่ง ที่มีความมั่นคงสูงเป็นที่ยอมรับในสังคมว่าสหกรณ์ออมทรัพย์เป็นสถาบันการเงิน ที่ส่งเสริมให้สมาชิกมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยวิธีการสหกรณ์แต่เนื่องจากสภาวะแวดล้อมทางการเงินได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วอันเนื่องจากกระแสโลกาภิวัฒน์ทางการเงินของโลก และการดำเนินนโยบายการเงินเสรีของประเทศไทย ทำให้ธุรกิจด้านสถาบันการเงินต้องเผชิญกับสภาวะการแข่งขันที่สูงขึ้น จากสถาบันการเงินในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ และจากธุรกิจอื่น ๆ ที่สามารถให้บริการทางการเงินที่เกิดความเหลื่อมล้ำ ซึ่งสถาบันการเงินต่าง ๆ ก็พยายามที่จะมุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพการ

บริการให้มีความหลากหลาย รวดเร็ว มีการนำเทคโนโลยีต่าง ๆ มาพัฒนาการให้บริการ และนำกลยุทธ์ทางการตลาดมาใช้เพื่อพัฒนาองค์กรให้ประสบความสำเร็จ โดยการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการให้มีคุณภาพการให้บริการต่อสูงสุด[3]

ปัจจุบันสหกรณ์ออมทรัพย์ พบปัญหาการชำระหนี้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ตรงตามกำหนดระยะเวลาที่กำหนด ถือเป็นการปฏิบัติในธุรกิจที่มีการตรวจสอบการทำงานของกรรมการสหกรณ์ว่ามีความรู้ความสามารถในการติดตามหนี้คงค้างอย่างมีประสิทธิภาพ[4] รวมทั้งในเรื่องของการนำโปรแกรมบัญชี มาช่วยลดขั้นตอนในการติดตามหนี้และควบคุมลูกหนี้ ตลอดจนมีการประเมินจากการรายงานของการปฏิบัติงานมีการประเมินและการจัดการลูกหนี้ค้างชำระธุรกิจเช่าพื้นที่และบริการพื้นที่ เป็นธุรกิจที่เรียกเก็บเป็นงวดเดือนสัปดาห์วัน ซึ่งกรรมสิทธิ์ในการเช่าของลูกค้า จะต้องเป็นไปตามสัญญากำหนด สอดคล้องกับ[5] การชำระหนี้ตามข้อตกลงระหว่างศูนย์การค้าสุพรีมคอมเพล็กซ์กับลูกค้าผู้เช่าพื้นที่ จะต้องชำระค่าเช่าพื้นที่จะชำระค่าเช่าเป็นราย ตามระยะเวลาที่เช่ากับทางศูนย์การค้าสุพรีมคอมเพล็กซ์ เพื่อลดความเสี่ยงของลูกค้าที่ไม่ชำระตามกำหนดโดยทางศูนย์การค้าสุพรีมคอมเพล็กซ์จะเรียกเก็บเงินประกันพื้นที่ โดยระหว่างสัญญาของผู้เช่าสามารถใช้พื้นที่ได้ตามที่ได้ตกลงตามสัญญาปัญหาลูกหนี้คงค้างชำระ ถ้าบริษัท สุพรีมสามเสน จำกัด ไม่สามารถแก้ไขปัญหาหนี้ค้างชำระจะทำให้ธุรกิจขาดสภาพคล่อง เนื่องจากผู้ประกอบการต้องสำรองเงินทุนเพิ่ม ดังนั้นธุรกิจการให้เช่าพื้นที่ควรมีการบริหารจัดการที่ดี เพื่อลดความเสี่ยงหนี้สูญ

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์หรือ การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานให้คุณภาพการให้บริการต่อเป็นสิ่งสำคัญมาก เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน โดยเฉพาะในสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปรับปรุงและพัฒนาเจ้าหน้าที่ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข เพื่อให้สมาชิกสหกรณ์เกิดความประทับใจสหกรณ์มีความมั่นคงโปร่งใส และตรวจสอบได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุงประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือให้ดีขึ้น และเกิดความเจริญแก่ขบวนการสหกรณ์ออมทรัพย์ทั่วประเทศตลอดจนสร้างความเจริญต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
3. เพื่อทดลองและประเมินผลการใช้รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 ประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้รับอิทธิพลทางตรง ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ บุคลากร การทำงานเป็นทีม การรับรู้บทบาท แรงจูงใจ ส่วนตัวแปรคั่นกลาง ซึ่งเป็นปัจจัยเชิงเหตุและผล คือ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ปัจจัยด้านการเป็นสมาชิกที่ดี และปัจจัยด้านความพึงพอใจ

สมมติฐานที่ 2 ผลการประเมิน กลุ่มทดลองหลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ผู้วิจัยสร้าง

ขึ้น หลังการทดลองมีประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขอบเขตของการวิจัย

1.พื้นที่เป้าหมาย เป็นการศึกษาเฉพาะสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 180 สหกรณ์

2.ระยะการวิจัย การวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ **ระยะที่ 1** เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ **ระยะที่ 2** เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนา และ **ระยะที่ 3** เป็นการวิจัยเชิงทดลองปฏิบัติการ

วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ ประธาน กรรมการ สมาชิก และเจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 180 สหกรณ์ จำนวน 2,700 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ประธาน กรรมการ สมาชิก และเจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 349 คน

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

2.1 ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ ด้านบุคลากร ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการรับรู้บทบาท และปัจจัยด้านแรงจูงใจ

2.2 ตัวแปรคั่นกลาง ซึ่งเป็นปัจจัยเชิงเหตุและผล คือ การมีส่วนร่วม การเป็นสมาชิกที่ดี และความพึงพอใจ

2.3 ตัวแปรตาม ซึ่งเป็นผลลัพธ์ คือ ประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นมาตรวัดประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุดถึงไม่น้อยที่สุด

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 นำหนังสือขออนุญาตจากมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

4.2 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจแล้ว ผู้วิจัยขอเข้าพบบุคคลที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ประสานงานในการเก็บข้อมูลการวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และความสำคัญของการวิจัย รวมถึงวิธีการตอบและการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง นำแบบสอบถามมอบผู้ประสานงานในการเก็บข้อมูล โดยให้ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 3 สัปดาห์ และติดตามแบบสอบถามที่ยังไม่ได้รับคืนอีก 1 สัปดาห์ รวมระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้นประมาณ 4 สัปดาห์

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่และบันทึกคะแนนแต่ละข้อในรูปแบบรหัส (Coding Form) หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อทดสอบสมมติฐานเชิงทฤษฎีชั่วคราวที่สร้างขึ้นก่อนการวิจัย

1) การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป สถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) สถิติวิเคราะห์ ในการวิเคราะห์ข้อมูลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลมีความสำคัญอย่างยิ่ง หากข้อมูลหรือตัวแปรที่ศึกษาไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ก็จะทำให้การสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลไม่เป็นจริงได้ สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานได้แก่ การวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้าง (SEM) โดยใช้โปรแกรมลิสเรล (LISREL) และสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ประธานกรรมการ คณะกรรมการดำเนินการ และเจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 10 คน และนักวิชาการ 10 คน รวมกลุ่มเป้าหมาย 20 คน ซึ่งกลุ่มเป้าหมายทั้ง 2 กลุ่ม

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ระยะที่ 2 คือ แผนงานหรือแนวทางรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ผู้วิจัยนำผลจากการวิจัยระยะที่ 1 มาสร้างขึ้น เพื่อใช้เป็นแบบจำลองชั่วคราวในการพิจารณา ในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshops) เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholders) วิพากษ์รูปแบบการพัฒนา

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลการใช้รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1.**กลุ่มทดลอง** ได้แก่ ประธาน กรรมการ เจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข หนองคาย จำกัด การเลือกกลุ่มเป้าหมายทดลองในการวิจัยระยะที่ 3 จำนวนทั้งสิ้น 40 คน

2.ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัย

2.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยได้จากกิจกรรม โครงการ และแผนงาน จากการวิจัยระยะที่ 2

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ ประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และตัวแปรอิสระในระยะที่ 1 ที่พบว่ามีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีค่าระดับนัยสำคัญที่ .05

3. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติที่ใช้ (Repeated Measure Multivariate Analysis of Variance : MANOVA)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวัดความสำเร็จของการทดลองในกลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน ใช้การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามทั้ง 8 ด้าน ระหว่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลองด้วย MANOVA (Repeated Measure) ในตัวแปรตามที่ศึกษา จำนวน 8 ด้าน ได้แก่ ด้านภาวะผู้นำ บุคลากร การทำงานเป็นทีม การรับรู้บทบาท แรงจูงใจ และด้านการมีส่วนร่วม ด้านการเป็นสมาชิกที่ดี และด้านความพึงพอใจ

สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ตอบสมมติฐานที่ 1 จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำมากำหนดเป็นสมมติฐานการวิจัยในครั้งนี้ ดังนี้ ปัจจัยเชิงสาเหตุด้านภาวะผู้นำ บุคลากร การทำงานเป็นทีม การรับรู้บทบาท แรงจูงใจ ส่งผลต่อปัจจัยทางอ้อม ด้านการมีส่วนร่วม ด้านการเป็นสมาชิกที่ดี และด้านความพึงพอใจ จำนวน 8 ด้าน จากการวิจัยระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) พบว่า ผลจากตัวแปรที่พยากรณ์ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันเฉียงเหนือ (Y) ทั้ง 5 ปัจจัย ได้แก่ ด้านภาวะผู้นำ บุคลากร การทำงานเป็นทีม การรับรู้บทบาท การสร้างแรงจูงใจ มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันเฉียงเหนือ

โดยสามารถอธิบายการผันแปรในตัวแปรตามได้ร้อยละ 93 (R^2= .93)

ตอบสมมติฐานที่ 2 ผลการสร้างรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันเฉียงเหนือ โดยการนำผลการวิจัยในระยะที่ 1 มายกร่างรูปแบบเบื้องต้น และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ในการวิจัยระยะที่ 2 ผลการสร้างรูปแบบได้รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันเฉียงเหนือ เป็นหลักสูตรการฝึกอบรม ลักษณะกิจกรรมในการพัฒนาเป็นไปตามสมมติฐาน ได้รูปแบบจากปัจจัยเชิงสาเหตุมาพัฒนาทั้ง 5 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ บุคลากร การทำงานเป็นทีม การรับรู้บทบาท การสร้างแรงจูงใจ ได้หลักสูตรการอบรมจำนวน 10 หลักสูตร ประกอบด้วย 1) ภาวะผู้นำกับการบริหารงานในสหกรณ์ 2) ภาวะผู้นำของสมาชิก 3) หลักการชำระหนี้ 4) บุคลากรกับประสิทธิภาพการให้บริการ 5) ทีมกับการก้าวสู่ความสำเร็จ 6) ทีมกับประสิทธิภาพการให้บริการ 7) การจูงใจในความต้องการ 8) การสร้างแรงจูงใจให้กับสมาชิก 9) กระบวนการรับรู้บทบาท และ 10) พฤติกรรมการรับรู้บทบาท ได้กิจกรรมการพัฒนาโดยการทดลอง จำนวน 10 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพภาวะผู้นำ 2) การพัฒนาภาวะผู้นำของสมาชิก 3) การแก้ไขปัญหาหนี้ 4) พฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ 5) ทีมบิวดิ้ง 6) ทีมเวิร์คทูซับบ์เซ็ตส์ 7) การสร้างแรงจูงใจในความต้องการ 8) มายเซ็ตส์ ทูซับบ์เซ็ตส์ 9) การสร้างกระบวนการรับรู้บทบาท และ 10) การพัฒนาพฤติกรรมการรับรู้บทบาท นำผลที่ได้มาปรับปรุงรูปแบบให้สมบูรณ์ แล้วนำไปทดลองใช้ในระยะที่ 3

ตอบสมมติฐานที่ 3 ผลหลังการทดลองใช้และการประเมินรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันเฉียงเหนือดีขึ้น การวิจัยระยะที่ 3 ผลจากการใช้รูปแบบ โดยประเมินจากปัจจัยด้านภาวะผู้นำ บุคลากร การทำงานเป็นทีม การรับรู้บทบาท แรงจูงใจ และด้านการมีส่วนร่วม ด้านการเป็นสมาชิกที่ดี และด้านความพึงพอใจ ในกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของประสิทธิภาพการให้บริการ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยของประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในกลุ่มทดลองหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง จึงสรุปได้ว่าหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทำให้ประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

สรุปและอภิปรายผล

จากวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 1. เพื่อการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันเฉียงเหนือ ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรเชิงสาเหตุทั้ง 5 ปัจจัยมาอภิปรายเรียงตามลำดับอำนาจการพยากรณ์จากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงต่อประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ เท่ากับ 0.11 ผู้วิจัยจัดทำรูปแบบโดยให้มีการอบรม สร้างความเข้าใจต่อกันในภาวะผู้นำ ในการบริหารงานโดยสมาชิก ซึ่งสมาชิกทุกคนจะเลือกตัวแทน เรียกว่า คณะกรรมการดำเนินการ จากที่ประชุมใหญ่ คณะกรรมการดำเนินการมีหน้าที่กำหนดนโยบายการบริหารงานในสหกรณ์ โดยจัดจ้าง ผู้จัดการให้ปฏิบัติงานในสหกรณ์ภายใต้การควบคุมดูแลของคณะกรรมการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพการให้บริการกับสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขทุกด้าน ดังนั้น ภาวะผู้นำที่มาจากสมาชิกจำเป็นต้องโน้มน้าว จูงใจ สร้างความเชื่อมั่น สร้างแรงบันดาลใจ ให้กับบุคลากรปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจ ให้ความร่วมมือในกิจกรรมจนบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ สอดคล้องกับแนวคิดของ ณิรดา เวชญาลักษณ์[6] ได้กล่าวว่าประสิทธิภาพประสิทธิผลของงาน เป็นความสามารถบุคคลในการใช้อิทธิพลสามารถจูงใจให้บุคคลหรือกลุ่มปฏิบัติตามความ

คิดเห็นและความต้องการด้วยความเต็มใจ เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จและเป้าหมายขององค์กรตามที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลาวัณย์ เพิ่มสุขรุ่งเรือง[7] เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ขวัญในการปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา ได้แก่ การสนับสนุนทรัพยากรการมุ่งเน้นวิชาการ ภาวะผู้นำแบบมิตรสัมพันธ์และบูรณภาพของสถาบันตามลำดับ

2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคลากร มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงต่อประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ เท่ากับ 0.11 ผู้วิจัยจัดทำรูปแบบโดยให้มีการอบรม สร้างความเข้าใจต่อกันในองค์กร บุคลากรจึงประกอบไปด้วย คณะกรรมการดำเนินการ มีหน้าที่กำหนดนโยบาย และแนวทางปฏิบัติงานของสหกรณ์ ผู้จัดการ มีหน้าที่รับผิดชอบการจัดการธุรกิจของสหกรณ์ให้เป็นไปตามนโยบายที่คณะกรรมการดำเนินการกำหนด ผู้จัดการจึงควรเป็นผู้ที่มีความรู้ความ สามารถ และประสบการณ์ในการทำงาน โดยผู้จัดการจะจัดจ้างเจ้าหน้าที่ให้ทำงานในสหกรณ์ตามปริมาณธุรกิจ และฐานะการเงินของสหกรณ์ เพื่อให้มีประสิทธิภาพการให้บริการกับสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขทุกด้าน สอดคล้องกับแนวคิดของ บุญช่วย ภูทองเงิน[8] กล่าวว่า มนุษย์สามารถพัฒนาได้ทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีกระบวนการ หลักการ วิธีการที่สำคัญ คือ การให้การศึกษาอบรม ทำให้มีความรู้ โดยเริ่มจากการพัฒนาได้ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาตลอดจนถึงสิ้นอายุ สอดคล้องกับการวิจัยของ ลาวัณย์ เพิ่มสุขรุ่งเรือง[7] ผลการศึกษา พบว่า การบริหารงานบุคคลของสถานศึกษา อยู่ในระดับมากทั้งภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการพัฒนาบุคลากร การสรรหาและบรรจุแต่งตั้ง การวางแผนอัตรากำลัง และการบำรุงรักษาบุคลากร ร่วมทั้งการบริหารงานบุคคล ประกอบด้วย การพัฒนาบุคลากร การวางแผนอัตรากำลัง และการบำรุงรักษาบุคลากร เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพองค์การของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาราชบุรี เขต 2 โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 71.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการวิจัยของ อัศวิน กองถวิล[9] ผลการวิศึกษาพบว่า สภาพปัญหาการบริหารงานบุคคลของการประปาส่วนภูมิภาค สำนักงานใหญ่ โดยภาพรวม พบว่า เป็นปัญหาคิดเป็นร้อยละ 17.05 ไม่เป็นปัญหาคิดเป็นร้อยละ 82.92 ส่วนใหญ่เป็นปัญหามากที่สุด คือ ด้านการธำรงรักษาบุคลากร เป็นปัญหาคิดเป็นร้อยละ 21.5 ไม่เป็นปัญหาคิดเป็นร้อยละ 78.5 รองลงมา คือ ด้านการพัฒนาบุคลากร เป็นปัญหาคิดเป็นร้อย 20.0 ไม่เป็นปัญหาคิดเป็นร้อยละ 80.0 ด้านการได้มาซึ่งบุคลากร เป็นปัญหาคิดเป็นร้อยละ 13.5 ไม่เป็นปัญหาคิดเป็นร้อยละ 86.5 และด้านการให้บุคลากรพ้นจากงาน เป็นปัญหาคิดเป็นร้อยละ 13.2 ไม่เป็นปัญหาคิดเป็นร้อยละ 86.8 แนวทางการแก้ไขการบริหารงานบุคคลของการประปาส่วนภูมิภาค สำนักงานใหญ่ใน 4 ด้าน ได้แก่ การได้มาซึ่งบุคลากร การพัฒนาบุคลากรการธำรงรักษาบุคลากรและการให้บุคลากรพ้นจากงานมีดังนี้ ด้านการได้มาซึ่งบุคลากร พบว่า การวางแผนกำลังคนไม่เหมาะสมตามความจำเป็น ควรมีการวางแผนด้านอัตรากำลังที่มีความจำเป็นให้ครอบคลุมเหมาะสม ตามความจำเป็นของแต่ละหน่วยงานการสรรหาบุคลากรควรพิจารณาตามความต้องการของหน่วยงาน โดยเฉพาะบุคลากรควรคัดเลือกบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเหมาะสมกับตำแหน่ง โดยใช้ระบบคุณธรรมในการคัดเลือกการนำบุคคลเข้าสู่หน่วยงานควรมีการปฐมนิเทศก่อนเข้าปฏิบัติงาน และการทดลองงานควรมีการรายงานผลให้ผู้บริหารทราบทุกเดือนในช่วงทดลองปฏิบัติงานด้านการพัฒนาบุคลากร พบว่า การประปาส่วนภูมิภาคสำนักงานใหญ่ไม่ค่อยมีการฝึกอบรมและสัมมนาพนักงาน จึงควรมีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรที่ชัดเจนต่อเนื่อง ควรสนับสนุนงบประมาณในการฝึกอบรมสัมมนาอย่างทั่วถึง และควรรายงานหลังการฝึกอบรมสัมมนาให้ผู้บังคับบัญชาทราบทุกครั้ง ด้านการธำรงรักษาบุคลากร พบว่า การจูงใจถือเป็นปัจจัยสำคัญในการทำงานให้มีประสิทธิภาพสูงผู้บริหารควรมีการจัดสรรงบประมาณด้านสวัสดิการเช่นโบนัส เมื่องบประมาณ

ไม่เพียงพอก็สามารถโอนงบประมาณมาตั้งใหม่ได้และจัดตั้งงบประมาณไว้ เพื่อการเฉพาะการมอบหมายงานควรให้ตรงกับตำแหน่งความรับผิดชอบของหน้าที่แต่ละคน สถานที่ทำงานควรก็มีการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการทำงานให้เพียงพอไม่แออัด ด้านสัมพันธ์ในองค์กรควรมีการจัดกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้น สำหรับความก้าวหน้าควรส่งเสริมคนที่มีความรู้ความสามารถให้มีความเจริญก้าวหน้า ตลอดจนมีการกำกับดูแลด้านวินัยอย่างใกล้ชิด และการประเมินผลการปฏิบัติงาน มีการตรวจสอบและติดตามผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ด้านการให้บุคลากรพ้นจากงาน พบว่า การให้บุคลากรพ้นจากงานเพราะเมื่อบุคลากรได้เข้ามาทำงานในหน่วยงานปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งบางครั้งงานที่ทำอยู่อาจไม่พึงพอใจเกิดความขับข้องใจหมดกำลังใจต้องการเปลี่ยนงานถูกลงโทษหรืออายุมากเกินไป ไม่สามารถทำงานนั้นได้ต่อไปงานนั้นไม่เหมาะสมกันความรู้ความสามารถและการให้พ้นจากงานนั้นก็ยังต้องดำเนินการควบคู่กันไปอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ตราบเท่าที่งานบุคคลยังคงมีอยู่ แต่การให้พ้นจากงานจะต้องให้ความยุติธรรมและถูกต้องตามระบบคุณธรรมหรือกฎระเบียบแบบแผน เพื่อป้องกันความไม่เป็นธรรมอันพึงเกิดขึ้น

3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงต่อประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ เท่ากับ 0.11 ผู้วิจัยจัดทำรูปแบบโดยให้มีการอบรม สร้างความเข้าใจต่อกันในทีม ด้วยความสามารถในการทำงานเป็นทีมของเจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข มาจากความรู้และทักษะต่าง ๆ ที่เหมาะสมในการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยความรู้และทักษะต่าง ๆ นั้น สามารถนำมาพัฒนาและปรับปรุงให้ดีขึ้นได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฉลอง นาคเสน[10] พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 ใน 4 ปัจจัย คือ ปัจจัยความสามารถในการทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับแนวคิดและงานวิจัยของ มะญู บุญศรีมณีชัย[3] จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า ความสามารถในการทำงานเป็นทีม มีความสัมพันธ์กับตัวแปรต่าง ๆ และได้ผลการวิจัยดังนี้ 1) ความสามารถในการทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและประสิทธิภาพทีมทำงาน 2) ความสามารถในการทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้บทบาทและความคลุมเครือในบทบาท ส่วนการวิจัย พบว่า ความสามารถในการทำงานเป็นทีมของเจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ส่งผลโดยตรงและโดยทางอ้อมต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย และสอดคล้องกับงานวิจัยของ อิงครัต จันทร์วงศ์[11] ปัจจัยการทำงานเป็นทีมที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของข้าราชการกรมศุลกากร จังหวัดสงขลา ผลการวิจัยพบว่า ระดับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของข้าราชการกรมศุลกากร จังหวัดสงขลา อยู่ในระดับมากที่สุด ผลการเปรียบเทียบประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของข้าราชการกรมศุลกากร จังหวัดสงขลา จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ข้าราชการกรมศุลกากร จังหวัดสงขลา ที่ประกอบด้วยเพศ สถานภาพ สถานที่ปฏิบัติงาน มีระดับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนอายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง และระยะเวลาการปฏิบัติงานมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสุดท้าย พบว่าปัจจัยการทำงานเป็นทีมส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของข้าราชการกรมศุลกากร จังหวัดสงขลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านการสร้างแรงจูงใจ มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงต่อประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ เท่ากับ 0.05 ผู้วิจัยจัดทำรูปแบบโดยให้มีการอบรม สร้างความเข้าใจต่อกันในแรงจูงใจ หรือความต้องการของบุคคลที่กระตุ้นหรือชักนำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อตอบสนองความต้องการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่

องค์การหรือบุคคลต้องการ สอดคล้องกับแนวคิดของ พูขัน เปียพอนมะนิวง[12] ได้กล่าวว่า แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ (Achievement motive) ซึ่งเปรียบเสมือนพลังผลักดันให้บุคคลก้าวไปข้างหน้า และพัฒนาตนเองอยู่เสมอเพื่อความเป็นเลิศในสิ่งที่ทำ ดังนั้น บุคคลใดที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูง จะมีแนวโน้มที่จะมีความสำเร็จสูงและด้วยมาตรฐานที่ดีเยี่ยมมากกว่าผู้ที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ต่ำ และผู้ที่ไร้แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์จึงกล่าวได้ว่า แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์มีความสำคัญทั้งต่อความเจริญก้าวหน้าของบุคคลและของประเทศ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรสร้างเสริมและพัฒนาให้เป็นคุณลักษณะประจำตัวของบุคคล สอดคล้องกับงานวิจัยของ เพ็ญพิชญา ติชะรา[13] ผลการวิจัยพบว่า 1) ตัวแปรระดับนักเรียนและตัวแปรระดับห้องเรียนที่มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจในการเรียน ได้แก่ ลักษณะมุ่งอนาคต เจตคติต่อการเรียน ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเพื่อน พฤติกรรมการสอนของครู และบรรยากาศในชั้นเรียน ซึ่งมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.988, 0.767, 0.646, 0.546 0.389 ตามลำดับ 2) โมเดลสมการปัจจัยพหุระดับที่มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจในการเรียนมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สิริรัตน์ ประสารพันธ์[14] แรงจูงใจของบุคลากรเทศบาลตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่า 1) แรงจูงใจของบุคลากรเทศบาลตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 2) ผลการเปรียบเทียบแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรเทศบาลตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา ประเภทบุคลากร ประสบการณ์การทำงานและรายได้/เดือน พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านการรับรู้บทบ มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวม โดยตรงต่อประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ เท่ากับ 0.04 ผู้วิจัยจัดทำรูปแบบโดยให้มีการอบรม สร้างความเข้าใจต่อกันในการรับรู้บทบ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฉลอง นาคเสน. (2556 น. 168) ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 ใน 4 ปัจจัย คือ ปัจจัยการรับรู้บทบาท สอดคล้องกับงานวิจัยของ ยศวรรณ พิพัฒน์ศิริผล[3] ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้บทบาทเป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานสอดคล้องกับการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่บุคลากรทางการศึกษา พบว่า ความขัดแย้งในบทบาทเป็นตัวแปรทำนายความพึงพอใจด้านการสูญเสียสัมพันธภาพส่วนบุคคล และด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของงานและความเหนื่อยหน่าย (Burnout) หากบุคคลมีการรับรู้บทบาทที่ขาดความชัดเจน การที่ต้องแสดงบทบาทที่มี ความขัดแย้งกันเอง ก็ส่งผลต่อสภาพจิตใจของตนเองในการปฏิบัติงาน ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจ ด้วยไม่เชื่อมั่นว่าพฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นเป็นไปตามความคาดหวังหรือไม่ ทำให้เครียด ท้อแท้ เบื่อหน่ายได้ ซึ่งผลให้บุคคลมีความพึงพอใจในงานลดลง ในที่สุดก็เบื่อหน่ายการปฏิบัติงาน หากสามารถเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง สามารถที่จะเลือกแสดงบทบาทที่มีความขัดแย้งกันได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดผลดีต่อสภาพจิตใจ เห็นคุณค่าตนเองด้วย สามารถทำหน้าที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้ เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ภาคภูมิใจในวิชาชีพที่ทำให้ได้ช่วยเหลือผู้อื่น จึงเกิดความพึงพอใจในงานมากขึ้นและมีความต้องการที่จะทำงานในวิชาชีพนี้ต่อไป และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปรีชา สุวรรณทอง (2565). การรับรู้ และความคาดหวังของประชาชนต่อบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในสถานการณ์ COVID-19 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ของประชาชนต่อบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในสถานการณ์ COVID-19 น้อยกว่าความคาดหวัง ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05 ประชาชนมีการรับรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับดี และมีความคาดหวังในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยปัจจัยส่วนบุคคลมีส่งผลต่อการรับรู้และความคาดหวังของประชาชนคือ อาชีพ และระยะทาง

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงการรับรู้ และความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในสถานการณ์ COVID-19 สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในสถานการณ์ COVID-19 ในอนาคต

สรุปจากวัตถุประสงค์การวิจัยระยะที่ 1 เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุในระดับบุคคลกับประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. จากปัจจัยทั้งหมด 8 ปัจจัย ที่นำมาทำการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ จำนวน 5 ปัจจัย โดยมุ่งเน้นกิจกรรมที่สอดคล้องกับตัวแปร และสามารถดำเนินการได้ด้วยผู้วิจัย สามารถประเมินผลตามกรอบเวลาได้ ส่วนกิจกรรมที่ไม่สามารถดำเนินการได้โดยผู้วิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สรุปและคืนข้อมูลให้กับผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำแผนในการพัฒนาต่อไป

จากวัตถุประสงค์การวิจัยระยะที่ 2 เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันเฉียงเหนือ การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างรูปแบบโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาประสิทธิภาพ แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนา แนวคิดการให้บริการ แนวคิดเกี่ยวกับสหกรณ์ ผู้วิจัยได้นำปัจจัยเชิงสาเหตุของประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสมาชิกในสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ผ่านการประประเมินความเห็นชอบจากผู้เกี่ยวข้อง ครอบคลุมปัจจัยด้านภาวะผู้นำ ด้านบุคลากร ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการรับรู้บทบาท และด้านแรงจูงใจ ได้หลักสูตรการอบรมจำนวน 10 หลักสูตร ประกอบด้วย 1) ภาวะผู้นำกับการบริหารงานในสหกรณ์ 2) ภาวะผู้นำของสมาชิก 3) หลักการชำระหนี้ 4) บุคลากรกับประสิทธิภาพการให้บริการ 5) ทีมกับการก้าวสู่ความสำเร็จ 6) ทีมกับประสิทธิภาพการให้บริการ 7) การจูงใจในความต้องการ 8) การสร้างแรงจูงใจให้กับสมาชิก 9) กระบวนการรับรู้บทบาท และ 10) พฤติกรรมการรับรู้บทบาท ได้กิจกรรมการพัฒนาโดยการทดลองจำนวน 10 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) การพัฒนาภาวะผู้นำกับการบริหารงานในสหกรณ์ 2) การพัฒนาภาวะผู้นำของสมาชิก 3) การพัฒนาการค้างชำระหนี้ 4) บุคลากรกับการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการ 5) การพัฒนาทีม ให้ก้าวสู่ความสำเร็จ 6) การพัฒนาทีมต่อประสิทธิภาพการให้บริการ 7) การสร้างแรงจูงใจในความต้องการ 8) การสร้างแรงจูงใจให้กับสมาชิก คืออะไร 9) การสร้างกระบวนการรับรู้บทบาท และ 10) การพัฒนาพฤติกรรมการรับรู้บทบาท นำผลที่ได้มาปรับปรุงรูปแบบให้สมบูรณ์แล้วนำไปทดลองใช้ในระยะที่ 3

จากวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 3 ผลการทดลองใช้และการประเมินผลรูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันเฉียงเหนือ พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันเฉียงเหนือมีสิทธิภาพการให้บริการดีขึ้นกว่าเดิม ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่าหลังจากทดลองใช้รูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแล้ว ทำให้ประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันเฉียงเหนือดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1 การฝึกอบรม เป็นกิจกรรมที่สำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันเฉียงเหนือ เพราะการฝึกอบรม มีประโยชน์ต่อตนเอง และต่อหน่วยงาน ซึ่งในการฝึกอบรมจะทำให้บุคลากรมีความรู้ มีความเข้าใจในการให้บริการชำระหนี้เพิ่มขึ้น

2 การคืนข้อมูลสะท้อนปัญหาให้กับผู้บริหารสูงสุด ในการวิจัยครั้งนี้ทำให้บุคลากรระดับผู้ปฏิบัติมีความมั่นใจว่า ข้อมูลและปัญหาได้รับทราบ จะได้รับการแก้ไขและการตอบสนองตรงกับความ

ต้องการและทำให้เกิดการให้บริการที่ดี มีการพัฒนาตนเอง

3 ควรให้มีการสร้างแรงจูงใจ ให้เกิดความร่วมมือร่วมใจในการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย และก่อให้เกิดความตระหนักในการชำระหนี้ของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันเฉียงเหนือ

4 ควรมีการกำหนดแผนการปฏิบัติงานอย่างเป็นขั้นตอนมีการประเมินความพึงพอใจของสมาชิกเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการให้บริการ

5 กรรมการและเจ้าหน้าที่ควรคิดถึงส่วนรวมก่อนเสมอและเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ อยู่เสมอ สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างดีเยี่ยมและรับฟังความคิดเห็นของสมาชิก

6 หัวหน้าฝ่ายควรมีความใจกว้าง ควรพร้อมจะตอบคำถามในการให้บริการเวลาสมาชิกบำนาญส่งไลน์มา สามารถตอบคำถามได้และไม่ควรหลีกเลี่ยงการให้บริการ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่มีผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ในสหกรณ์อื่น

2.ควรมีการศึกษาการจัดทำแผนพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการชำระหนี้ในสหกรณ์

3.ควรมีการศึกษาการพัฒนาเพื่อการปรับโครงสร้างหนี้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์รวม พร้อมด้วยอาจารย์ทุกท่านในสาขายุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิภาค ที่ได้เมตตาให้ความรู้คำปรึกษาแนะนำในการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนทำให้วิจัยเล่มนี้เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมส่งเสริมสหกรณ์, (2554). “สหกรณ์ออมทรัพย์.” [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มาhttp://www.cpd.go.th (17 มิถุนายน 2554).
2. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสหกรณ์.(2559). ส่งเสริมให้สมาชิกมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยวิธีการสหกรณ์. กรมส่งเสริมสหกรณ์.
3. มะญู บุญศรีมณีชัย. (2559) รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย. วารสารสำนักป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น ปีที่ 23 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม). หน้า 12 -22
4. ธนิดา ตันติอาภากุลใ (2560) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการผิดนัดชำระหนี้สินเชื่ออุปโภคของธนาคารพาณิชย์ และบริษัทที่ประกอบธุรกิจ แต่มิใช่สถาบันการเงินในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตร์มหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
5. วิชญ์พล คุ้มกัน และกุลบุตร โกเมนกุล. (2562). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการผิดนัดชำระหนี้กรณีศึกษาในกลุ่มผู้ประกอบการธุรกิจ SMEs ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารสุรนารีสายสังคมศาสตร์และวิทยาศาสตร์, 13(1), 105-125.
6. ณิรดา เวชญาลักษณ์. (2560). ภาวะผู้นำทางการบริหาร. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
7. ลาวัณย์ เพิ่มสุขรุ่งเรือง. (2559). การบริหารงานบุคคลที่ส่งผลต่อสุขภาพองค์การของสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาราชบุรีเขต 2.
8. บุญช่วย ภูทองเงิน. (2560). รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะผู้นำท้องถิ่นในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษมุกดาหาร. สำนักวิทยบริการฯ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
9. อัศวิน กองถวิล. (2558). แนวทางการพัฒนาการบริหารงานบุคคลของการประปาส่วนภูมิภาคสำนักงานใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.
10. ฉลอง นาคเสน. (2556). รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. มหาสารคาม.
11. อิงครัต จันทร์วงศ (2565). ปัจจัยการทำงานเป็นทีมที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของข้าราชการกรมศุลกากร จังหวัดสงขลา. สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

12. พูขัน เปียพอนมะนีวง. (2562). รูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนหมู่บ้านหลัก 35 บ้านอีตู้ เมืองปากซ่อง แขวงจำปาสัก สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. มหาสารคาม : วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. ปีที่ 13 ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน - ธันวาคม 2562.
13. เพ็ญพิชญา ติชะรา. (2560). การศึกษาปัจจัยพหุระดับที่มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจในการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 32. สำนักวิทยบริการฯ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
14. สิริรัตน์ ประสารพันธ์. (2560). แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรเทศบาลตำบลในเขตอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. สำนักวิทยบริการฯ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.